



UNIVERSIDAD SAN PEDRO

VICERRECTORADO ACADÉMICO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

“Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con parálisis cerebral infantil atendidos en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana de enero a julio 2017 ”

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
TECNOLOGÍA MÉDICA CON MENCIÓN EN TERAPIA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN**

AUTORA:

Correa Saavedra, Gilary Rubí.

ASESOR:

Lic. Marín Chirre, Raúl.

Chimbote – Perú

2017

**“CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LOS
PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA DE ENERO A JULIO 2017 ”**

PALABRAS CLAVE : Parálisis Cerebral Infantil .

KEY WORDS : Child brain paralysis .

LINEA DE INVESTIGACION

0202003 Salud Publica.

DEDICATORIA

El trabajo va dedicado a Dios que nos lleva por el sendero del buen camino; a mis padres porque son la fuente de motivación en cada meta trazada pues gracias a ellos nos estamos educando para ser personas preparadas ante esta sociedad que evoluciona todos los días, también dedico este trabajo a mis profesores que nos forman como futuros profesionales.

AGRADECIMIENTO

Me gustaría mediante estas líneas expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial a mi querido profesor Lic Rafael Quenaya Mesones por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de nuestro asesoramiento.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el apoyo que me brindo la Lic. Adriana Saavedra Ramírez.

Quiero agradecerles también a mis padres que son la base y fuente de motivación quienes me impulsan a seguir adelante día a día, y a DIOS gracias por permitirme haber logrado un objetivo más.

Agradezco también al equipo de terapia Física y Rehabilitación por sus conocimientos previos y la enseñanza a cada uno: Dr. Miguel Caray Roque, Rosita Chong Urbina, Silvana Mogollón, Yanira Castro.

INFINITAS GRACIAS

DERECHO DE AUTORÍA

Se observa esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGSILATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Terapia Física y Rehabilitación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida y cada detalle adicional

NDICE DE CONTENIDO

Palabras clave y línea de Investigación _____	2
Dedicatoria _____	3
Agradecimiento _____	4
Derecho de autoría _____	5

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO

Resumen _____	9
Abstract _____	10
Introducción _____	11
Antecedentes de la investigación científica _____	12-14
Justificación de la investigación _____	15
Problema de investigación _____	16
Marco teórico _____	16-37
Objetivo general _____	38
Objetivo específico _____	38

CAPITULO II

METODOLOGIA DEL TRABAJO

Tipo y diseño de investigación _____	40
Población y muestra _____	40
Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos _____	41
Procesamiento de recolección _____	41-42

CAPITULO III

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Resultados _____ 44-49

Discusión _____ 50

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones _____ 52

Recomendaciones _____ 52

INDICE DE CUADROS

Tabla n°1. Evaluación de Reflejos Patológicos de pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 SULLANA de Enero a Julio del 2017. ____ 44

Tabla n°2. Evaluación del tono muscular de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 SULLANA de Enero a Julio del 2017. _____ 45

Tabla n°3. Evaluación de los tipos de Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 SULLANA de Enero a Julio del 2017. _____ 46

Tabla n°4. Evaluación de las Alteraciones del Lenguaje en pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 SULLANA de Enero a Julio 2017 __ 47

Tabla n°5. Edad de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 SULLANA de Enero a Julio del 2017. _____ 48

Tabla n°6. Sexo de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 SULLANA de Enero a Julio del 2017. _____ 49

INDICE DE GRAFICOS

Grafico n°1. Determinar el porcentaje de reflejos patológicos de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 SULLANA de Enero a Julio del 2017. _____44

Grafico n°2. Porcentaje de tono muscular de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 SULLANA de Enero a Julio del 2017. _____45

Grafico n°3 Determinar el porcentaje de los tipos de Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 SULLANA de Enero a Julio del 2017. _____46

Grafico n°4. Porcentaje de las alteraciones del lenguaje de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 SULLANA de Enero a Julio del 2017. _____47

Grafico n°5. Porcentaje de la edad de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 SULLANA de Enero a Julio del 2017. _____48

Grafico n° 6 .Porcentaje del Sexo de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 SULLANA de Enero a Julio del 2017. _____49

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS _____54-55

ANEXOS

ANEXO N°1: Carta de Consentimiento Informado _____57

ANEXO N°2: Imágenes de pacientes con Parálisis Cerebral Infantil _____58-63

ANEXO N°3: Fichas de evaluación para Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil _64-88

RESUMEN:

Este presente trabajo de investigación tuvo como propósito evaluar las Características Clínicas y Epidemiológicas de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil atendidos en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana de Enero a Julio 2017 teniendo como objetivo general determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil atendidos en el hospital de Apoyo II-2 Sullana de Enero a Julio 2017 , el cual se lograra mediante los siguientes objetivos específicos :evaluar los reflejos patológicos, identificar las características de cada paciente con Parálisis Cerebral Infantil ,determinar edad , sexo y reflejos de cada paciente con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana , el tipo de Investigación es Descriptivo, con Diseño de Investigación:No experimental,se utilizó como instrumento de trabajo la ficha de evaluación , se desarrolló un análisis mediante el programa de Microsoft SPSS v24 y Excel 2016. Los resultados se analizaron de 25 pacientes del servicio de los cuales en la evaluación se observó que el 44% de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil atendidos en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana de Enero a Julio del 2017 presentan todos los reflejos , mientras que un 32% de pacientes tienen ausencia del reflejo Epistotono y en menor proporción un 24% presentan el reflejo Epistotono ,se observa también que el 56% de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil presentan Hipotonía, el 40% Hipertonía, y un 4 % son Distónicos , mientras que en los tipos de Parálisis Cerebral Infantil se observa el tipo Atetosica aumentado en 52% , el tipo Espástica en un 40% y el tipo Atáxica disminuido en un 8% , en la clasificación de las Alteraciones del Lenguaje en los niños con Parálisis Cerebral Infantil atendidos en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana encontramos el 24% de los niños presentan el lenguaje normal , un 28% presentan Dislalia , un 36% Disartria y un 12% Afasia , en lo que refiere a la edad de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil tenemos que el 20% son pacientes entre 1 y 2 años, son los pacientes más recurrentes en el servicio , el 16% está la edad entre 3 y 5 años , luego tenemos el 12% en la edad de 4 años , un 8% la edad de 6 años , y el 4% la edad de 7 y 8 años que son los pacientes menos recurrentes con la patología , observamos que el 60% abarca el sexo masculino y un 40% son los pacientes del sexo femenino . Llegamos a la conclusión que la ficha de evaluación nos permitió los objetivos necesarios para obtener los datos que buscamos pues mediante la evaluación concluimos características clínicas ,edad , sexo de cada paciente con Parálisis Cerebral Infantil .

Palabras claves: Parálisis Cerebral Infantil

ABSTRACT:

The purpose of this research was to evaluate the Clinical and Epidemiological Characteristics of patients with Cerebral Palsy of Children treated at Hospital de Apoyo II-2 Sullana from January to July 2017 with the general objective of determining the clinical and epidemiological characteristics of patients with Infant Cerebral Palsy attended in the Hospital of Support II-2 Sullana from January to July 2017, which will be achieved through the following specific objectives: evaluate pathological reflexes, identify the characteristics of each patient with Cerebral Infantile Paralysis, determine age, sex and reflexes of each patient with Cerebral Infantile Paralysis in the Support Hospital II-2 Sullana, the type of Research is Descriptive, with Research Design: Non-experimental, the evaluation file was used as a working instrument, an analysis was developed through the Microsoft SPSS v24 and Exc program in 2016. The results were analyzed from 25 patients in the service. In the evaluation, it was observed that 44% of the patients with Cerebral Palsy Children treated at the Hospital de Apoyo II-2 Sullana from January to July 2017 present all the reflexes, while 32% of patients have absence of the Epistotono reflex and in a lesser proportion 24% present the Epistotono reflex, it is also observed that 56% of the patients with Cerebral Palsy have Hypotonia, 40% Hypertonia, and a 4% are Dystonic, while in the types of Infantile Cerebral Palsy the Athetotic type increased by 52%, the Spastic type by 40% and the Ataxic type decreased by 8%, in the classification of Language Alterations in Children with Cerebral Palsy Children treated in the Support Hospital II-2 Sullana found 24% of children presented normal language, 28% presented Dislalia, 36% had dysarthria and 12% Aphasia, in what refers to the age of patients with Cerebral Palsy Children we have that 20% are patients between 1 and 2 years, are the most recurrent patients in the service, 16% is the age between 3 and 5 years, then we have 12% in the age of 4 years, 8% in the age of 6 years, and 4% in the age of 7 and 8 years who are the least recurrent patients with the pathology, we observe that 60 % includes the male sex and 40% are the female patients. We reached the conclusion that the evaluation card allowed us the necessary objectives to obtain the data we are looking for, since through the evaluation we conclude clinical characteristics, age, sex of each patient with Cerebral Infantile Paralysis.

Keywords: Child brain paralysis .

CAPITULO I

INTRODUCCION

I INTRODUCCIÓN:

1.1 ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Vázquez Vela Cristina Calzada, Vidal Ruiz Carlos Alberto (2014) afirma que: “La parálisis cerebral (PC) es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la principal causa de la discapacidad infantil. Los casos de esta lesión mundial ha permanecido estable durante los últimos años presentándose alrededor de 2 a 2.5 casos por cada 1,000 nacidos vivos”.

Soto, Rosario A; Vallejos, Raúl E; Falconil, Edith M.; Monzón, Freddy (2011) sostuvo que: “La Encefalopatía Infantil, es una patología asociada principalmente a la asfixia perinatal, así como a los nacimientos prematuros. A consecuencia de esto un niño puede presentar alteraciones motoras, pudiendo también acompañarse de problemas de lenguaje y cognición. Según las estimaciones de la OMS, entre 4 y 9 millones de casos de niños con asfixia ocurren cada año, más de 1 millón, de ellos sobreviven y desarrollan problemas entre los cuales se encuentra la parálisis cerebral, siendo afectada mayormente los varones”.

López Madrigal Belegui (2013) sostuvo que : “Existe el riesgo de desarrollar PC tras una agresión al SNC, con la presencia del genotipo apolipoproteína E (ApoE). Este factor se conoce hace tiempo como factor predisponente de la enfermedad de Alzheimer y como factor determinante de la evolución neurológica tras lesiones cerebrales en el adulto. El riesgo de evolucionar a una PC sería tres veces superior en los niños portadores del alelo E4 de esta proteína y además tenderían a las formas más graves” .

Benites Angela (2012) llegaron a la conclusión que : “Se debe conocer la relación entre el mecanismo postural y las distintas experiencias sensoriales para que la intervención sea global. La experiencia motora necesita involucrar otras áreas del desarrollo (visión, tacto, emociones, etc.) pues los estímulos tienen varias vías para ingresar informaciones nuevas al SNC” .

Caputo Julieta, Stewart Usher Ma. Victoria (2010) sostuvo que: “ Los trastornos perceptuales son muy frecuentes , la tercera parte de los niños con Parálisis Cerebral infantil sufren trastornos auditivos , sobre todo los atetosicos , conllevando a su vez , a trastornos del lenguaje y en la conducta general del niño . Más del 50% de estos pacientes presentan estrabismo. El 80% -90% manifiestan transtornos del lenguaje de diversa índole”.

Valverde Martha Elena, Serrano María del Pilar(2009) afirma que: “La realización de habilidades funcionales requiere de patrones selectivos y complejos, así como de la coordinación muscular. Éstos a su vez dependen de un sistema nervioso cerebral intacto y de la presentación de patrones motores básicos que adquiere el niño normal durante los primeros tres años de vida; el niño con parálisis cerebral tiene un daño neurológico que da como resultado, patrones anormales de coordinación de la postura y del movimiento para realizar las actividades normales de cada día”.

Forero Olaya Mayid Margarita (2009) llevo a la conclusión que: “PCI en niños de 0 a 3 años , concluye que en la actualidad uno de los factores más importantes son las infecciones maternas o neonatales , la presencia de acidosis en el parto demostrada por las alteraciones del pH en los gases del cordón umbilical, el modo del parto y el estado de la placenta”.

“En el tratamiento Fisioterapéutico de la Parálisis Cerebral Infantil , existe diferentes Escuelas y Métodos de tratamiento que han desarrollado una gran cantidad y variedad de técnicas, y de información respecto a la PCI del tipo espástico, sin embargo respecto al tratamiento de la PCI con componentes atáxicos y disquinéticos esta información es menor , mientras que las posturas inhibitorias influye grandemente en la ayuda de los niños con Parálisis Cerebral Infantil mediante la inhibición y facilitación”. **Sophie Levitt(2012)**.

"In the Physical Therapeutic treatment of Childhood Cerebral Palsy, there are different Schools and Methods of treatment that have developed a great quantity and variety of techniques, and information regarding spastic type PCI, however regarding the treatment of PCI with Ataxic and dyskinetic components this information is less, whereas the posturas inhibitori greatly influences the help of children with Cerebral Palsy by means of inhibition and facilitation. " (**Sophie Levitt(2012).**). **Traducción mía.**

1.2 Fundamentación Científica

Caputo, Julieta Stewart Usher, Ma. Victoria(2010) , llevo a la conclusión que :

Se denomina Parálisis Cerebral Infantil a un grupo de trastornos motores no progresivos (es decir, el daño cerebral no empeora), que provocan anomalías en el control postural de los movimientos y la coordinación muscular. Está causada por lesiones en el sistema nervioso central (SNC), que generalmente ocurren durante el desarrollo fetal, antes, durante o inmediatamente después del nacimiento, o en los años de infancia. Si bien no es curable, el tratamiento y la terapia pueden mejorar la función muscular.

La Parálisis Cerebral Infantil se clasifica en tres tipos:

Espástica : Rigidez de movimientos; incapacidad de relajar los músculos. Los músculos espásticos están contrayéndose constantemente, lo cual conduce a posiciones anormales de las articulaciones sobre las que actúan. Pueden desarrollarse deformidades de las articulaciones que pueden tornarse contracturas fijas con el tiempo.

Distónica: cambio brusco en el tono muscular; poco control en movimiento de brazos y piernas (inicio y término del movimiento); dificultad para controlar su lengua, la respiración y las cuerdas vocales.

Atáxica: dificultad para controlar el equilibrio; propensión a tener movimientos en las manos y un hablar tembloroso; si aprenden a caminar, lo hacen de una manera muy inestable.

Muchos niños con PC tienen una formación compleja de daños y limitaciones

funcionales, y aunque existen diferentes tipos bien delimitados, la realidad es que los niños con PC no pueden ser ubicados en categorías exactas. En la mayoría de los casos, presentan características mixtas.

“La Parálisis Cerebral Infantil es el un grupo de desórdenes del desarrollo del movimiento y la postura, que causa limitaciones en las actividades, atribuibles a alteraciones no-progresivas que ocurren en el desarrollo cerebral fetal o infantil. Asimismo, estos desórdenes motores a menudo están acompañados de déficit sensitivos, cognitivos, de comunicación, percepción, y comportamiento.

Esta definición incluye el concepto de limitación de la actividad, usado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y definido por el mismo , además introduce conceptos muy valiosos para la práctica clínica neuropsicológica ya que indica que estos niños pueden presentar déficit cognitivos, comportamentales y de la comunicación. Hasta hace 10 pocos años la PCI se contemplaba únicamente como un trastorno motor a pesar de la presencia de limitaciones, que a menudo comportaban problemas funcionales en el entorno, con sus iguales, a nivel educativo y sobre todo, a nivel familiar”.

Carne Brun Gasca(2015)

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

La Parálisis Cerebral Infantil describe un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor, que causan una limitación de la actividad de la persona, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del niño , esta enfermedad afecta grandemente a una sociedad debido a la cantidad de casos que denota la lesión neurológica , ya que aqueja a infantes de ambos sexos , además es importante investigar las afecciones que causadas, para realizar un pronóstico en la planificación de un correcto tratamiento.

En este proyecto hablaremos de las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con Parálisis Cerebral Infantil atendidos que va dirigido al niño con disfunción neurológica, un proceso interactivo entre paciente y terapeuta, en su evaluación, atención y tratamiento, que basado en la comprensión del movimiento normal, utiliza todos los canales perceptivos para facilitar

movimientos y posturas selectivas que aumentan la calidad de la función. La aplicación de posturas inhibitorias sirve de mucha ayuda pues mediante el tratamiento fisioterapéutico podemos devolver al niño a sus actividades de la vida diaria dándole una mejor calidad de vida.

1.4 FORMULACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son las Características Clínicas y Epidemiológicas de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil atendidos en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana de Enero a Julio 2017 ?

1.5 MARCO TEORICO

DEFINICIÓN: PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

RUSK , M.(2012) . La Parálisis Cerebral Infantil se considera un grupo de síndromes, se manifiestan como problemas motores no evolutivos, aunque frecuentemente cambiantes. Son secundarios a lesiones o malformaciones cerebrales originados en las primeras etapas del desarrollo que incluye los 3 a 5 primeros años de la vida, cuando el cerebro está inmaduro

Se define como un trastorno aberrante en el control del movimiento y la postura, aparece tempranamente en la vida debido a una lesión, disfunción o malformación del Sistema Nervioso Central (SNC) y no es resultado de una enfermedad progresiva o degenerativa. Esta anomalía puede ocurrir en etapas pre, peri o postnatales.

El diagnóstico siempre involucra un déficit motor y usualmente el paciente se presenta al médico por retraso en el desarrollo psicomotor, o presentar otros síntomas de disfunción cerebral como retardo mental, retardo en el lenguaje, epilepsia y trastornos sensoriales.

El término parálisis cerebral engloba a un gran número de síndromes neurológicos clínicos, de etiología diversa. Estos síndromes se caracterizan por tener una sintomatología común: los trastornos motores.

MAGAN JOSE (2010) : La parálisis cerebral es la expresión más común para describir a niños con problemas posturales y del movimiento que normalmente se hacen evidentes en la primera infancia.

La parálisis cerebral se caracteriza por alteraciones sistemáticas neuromusculares, musculo esqueléticos y sensoriales que son el resultado inmediato de una fisiopatología o consecuencias indirectas desarrolladas para compensar los trastornos.

La manifestación del trastorno y la discapacidad resultante cambian a medida que el niño crece, se desarrolla e intenta compensar las dificultades posturales y del movimiento. Aunque la denominación "parálisis cerebral" implica un trastorno de la postura y del movimiento, a menudo se puede asociar con retraso mental o dificultades del aprendizaje, alteraciones del lenguaje, trastornos de la audición, epilepsia o alteraciones visuales.

ETIOLOGÍA

ALFARO V (2011) .Para evitar que un niño nazca con Parálisis Cerebral Infantil es conveniente saber la causa, así como también los períodos en la que se produce: Las causas de la parálisis cerebral han ido cambiando con el tiempo. Es más frecuente en países subdesarrollados, donde el cuidado pre y postnatal es deficiente y existen déficit nutricionales. En los países desarrollados la prevalencia de niños con parálisis cerebral no ha disminuido debido a un aumento de la incidencia de esta patología en niños que han sido prematuros y al aumento de la supervivencia de niños prematuros con peso muy bajo.

Las lesiones que se producen en un cerebro en desarrollo, ya sea en el feto o en el recién nacido, pueden dar lugar a problemas diferentes, dependiendo de la estructura y función del cerebro en el momento de la lesión.

Los efectos de la lesión cerebral en niños prematuros también suelen ser diferentes de los efectos en los niños nacidos a término, ya que el niño prematuro presenta el riesgo de tener un retraso en la mielinización debido a los efectos de la hemorragia hipóxica-isquémica o hemorragia intracraneal.

Existen diferentes factores etiológicos que pueden dar lugar a una parálisis cerebral. Podemos decir que hay tres períodos en función de la etapa de la lesión, y dentro de cada período se distinguen diferentes causas.

Período prenatal:

Enfermedades infecciosas de la madre en el primer trimestre de gestación: rubéola, hepatitis vírica, sarampión, etc.

Trastornos de la oxigenación fetal determinados por insuficiencia cardíaca grave de la madre, anemia, hipertensión, circulación sanguínea deficiente del útero y la placenta, etc.

Enfermedades metabólicas: diabetes, defectos en el metabolismo de los hidratos de carbono (galactosemia), defectos del metabolismo de los aminoácidos (fenilcetonuria), de las proteínas o de los lípidos.

Hemorragia cerebral fetal producida por toxemia gravídica del embarazo, traumatismo, discrasia sanguínea de la madre, etc.

Incompatibilidad de Rh o enfermedad hemolítica del recién nacido. Este último factor etiológico está prácticamente erradicado en los países desarrollados, ya que existe tratamiento preventivo pero en numerosos países subdesarrollados aún existe este riesgo, que se da en niños con Rh positivo nacidos de madres con Rh negativo previamente sensibilizadas.

Otras causas de la lesión son: las intoxicaciones fetales por rayos X, en bajo peso para la edad gestacional y el parto prematuro. Así, los niños prematuros tienen el riesgo de sufrir leucomalacia periventricular como resultado de una hemorragia intraventricular y de la dilatación ventricular.

Como resultado de una leucomalacia periventricular la diplejía espástica es la forma más común de parálisis cerebral debido a la proximidad del sistema ventricular con las fibras motrices descendentes que inervan las extremidades inferiores.

La hemorragia intraventricular es la lesión del cerebro más común en niños de 32 semanas de gestación, y se produce aproximadamente en el 40% de todos los prematuros.

Período natal o perinatal:

Anoxia prenatal. (circulares al cuello , patologías placentarias o del cordón).

Hemorragia cerebral prenatal

Infección prenatal. (toxoplasmosis , rubeola , etc) .

Factor Rh (incompatibilidad madre-feto) .

Exposición a radiaciones.

Ingestión de drogas o tóxicos durante el embarazo.

Desnutrición materna (anemia) .

Amenaza de aborto .

Tomar medicamentos contraindicados por el médico.

Período postnatal:

Traumatismos craneales

Infecciones (meningitis , meningoencefalitis , etc)

Intoxicaciones (plomo, arsénico)

Accidentes vasculares

Epilepsia

Fiebres altas con convulsiones

CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE PARÁLISIS CEREBRAL:

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA LESION:

Existe una clasificación de la parálisis cerebral en función de la extensión de la lesión, también denominada clasificación topográfica.

Esta clasificación define mejor las posibilidades y pronóstico del niño:

Hemiplejia: La afectación se limita a un hemicuerpo. Las alteraciones motrices suelen ser más evidentes en el miembro superior.

Diplejia: Es la afectación de las 4 extremidades, con predominio de las extremidades inferiores.

Tetraplejia: Es la afectación global, incluidos el tronco y las 4 extremidades, con predominio de la afectación de las extremidades superiores.

Triplejia: Indica afectación de 3 miembros. Esta afectación es poco frecuente, ya que la extremidad no afectada, aunque suele ser funcional, también suele estar afectada pero con menor intensidad. En muchos casos se trata de una tetraplejía con menor afectación de un miembro o una diplejía con hemiparesia.

Monoplejia: Presupone la afectación de un miembro pero, al igual que la triplejía, no se da de manera pura ya que también suele haber afectación con menor intensidad, de alguna otra extremidad.

CLASIFICACIÓN SINTOMATOLOGICA :

Se define la sintomatología clínica de la Parálisis Cerebral:

Doman Glenn (2010) llegó a la conclusión que :

Parálisis cerebral espástica: Es el tipo más frecuente de parálisis. Es el resultado de una lesión en la corteza motora o proyecciones de la sustancia blanca en las áreas sensoriomotrices corticales.

Parálisis cerebral atetósica o discinética: Está asociada con la lesión a nivel de los ganglios basales y sus conexiones con la corteza prefrontal y premotora.

Parálisis cerebral atáxica: Es el resultado de una lesión en el cerebelo, dado que este se conecta con la corteza motora y el mesencéfalo, la ataxia a menudo aparece en combinación con espasticidad y atetosis.

Parálisis cerebral hipotónica: En la mayoría de los casos, la hipotonía es la primera fase de la evolución hacia otras formas de parálisis cerebral. La hipotonía

se caracteriza por una disminución del tono muscular y de la capacidad para generar fuerza muscular voluntaria, y por excesiva flexibilidad articular e inestabilidad postural.

El espástico:

Las principales características motoras son:

Hipertonía de la variedad "navaja": Si los músculos espásticos se estiran a una velocidad determinada, responden de una manera exagerada; cuando se contraen, bloquean el movimiento. El reflejo de estiramiento hiperactivo puede presentarse al comienzo, en la mitad o cerca del final de la extensión del movimiento. Existen sacudidas tendinosas aumentadas, clonus ocasionales y otros signos de lesiones de neurona motora superior.

Posturas anormales: Por lo general se las asocia con los músculos anti gravitatorios que son extensores en la pierna y flexores en el brazo. Se encontrará una gran cantidad de variaciones, en especial cuando el niño llega a los diferentes niveles de desarrollo. Las posturas anormales se mantienen por los grupos musculares espásticos tirantes cuyos antagonistas son débiles, o al menos lo parecen en el sentido de que no pueden vencer el tirón tenso de los músculos espásticos y corregir así las posturas anormales.

Los cambios en hipertonía y posturas: Estos pueden producirse mediante la excitación, el miedo o la ansiedad que aumentan la tensión muscular. Las variaciones en la hipertonía ocurren en las mismas partes afectadas del cuerpo, o desde una parte del cuerpo a otra por ejemplo, en la estimulación de las reacciones anormales como las "reacciones asociadas" o los restos de la actividad refleja tónica. En algunos niños se observan con cambios de postura. La posición de la cabeza y la del cuello pueden afectar la distribución de la hipertonía debida a reflejos anormales encontrados en algunos pacientes. Los movimientos repentinos, a diferencia de los lentos, aumentan la hipertonía.

La hipertonía, puede ser tanto espasticidad como rigidez y la superposición entre ambas es imposible de diferenciar. La rigidez se reconoce mediante

una resistencia continua o "plástica" o un estiramiento pasivo en toda la extensión del movimiento. Esta rigidez "de cañería" difiere de la espasticidad en que esta última ofrece resistencia en un determinado punto o en una pequeña parte de la extensión pasiva del movimiento. Para la programación del tratamiento, el tipo de hipertonía en general no tiene demasiada importancia y las técnicas para el desarrollo motor y la prevención de la deformidad son las mismas.

Movimiento voluntario: La espasticidad no quiere decir parálisis, pues el movimiento voluntario está presente y puede elaborarse. Es posible que haya debilidad al iniciar movimientos o durante su transcurso en las diferentes partes de su extensión. Si la espasticidad disminuye o desaparece por medio de tratamiento o drogas, los músculos espásticos pueden ser fuertes o débiles. Una vez que disminuye la espasticidad quizá los antagonistas también resulten ser más fuertes puestos que ya no tienen que vencer la resistencia de los músculos espásticos tensos. Sin embargo, después de algún tiempo, ellos son proclives a volverse débiles por la falta de uso.

Los grupos de músculos o las "cadenas" de músculos usados en los modelos de movimientos son diferentes de los que se utilizan en los niños normales de la misma edad. Puede ser que los músculos que funcionan combinados entre sí estén estereotipados y que se presenten de cuando en cuando en el niño normal, o que la asociación de músculos sea anormal.

Otros modelos de movimiento anormales se presentan como co-contracción del agonista con el antagonista, en lugar de la normal relajación del antagonista, lo que bloquea el movimiento o lo vuelve forzado. También es común la presencia de movimientos masivos en los que el niño no puede mover una articulación por separado. Esta ausencia de movimiento separado es una característica de muchos espásticos. Es obvio que no tienen la acción de modelo de movimiento muscular suave, coordinado, sin esfuerzo e inconsciente que se observa en las habilidades motoras normales.

El atetoide:

Las principales características motoras son:

Movimientos involuntarios-atetosis: Son movimientos muy poco comunes, sin un propósito determinado y, a veces, incontrolables. Pueden ser lentos o rápidos y se presentan dentro de los tipos de contorsión, sacudida, temblor, manotazos o rotaciones o fuera de cualquiera de los modelos. En algunos niños se presentan estando en reposo. El movimiento involuntario se ve aumentado por la excitación, por cualquier tipo de inseguridad y por el esfuerzo de hacer un movimiento voluntario o incluso de abordar un problema mental. Los factores que disminuyen la atetosis son la fatiga, la somnolencia, la fiebre, la posición decúbito ventral o la atención muy concentrada del niño. La atetosis se puede presentar en todas las partes del cuerpo incluso en la cara o la lengua, pero sólo aparece en las manos o pies, en las articulaciones proximales o en las articulaciones distales o proximales.

Movimientos voluntarios: Son posibles, pero puede haber un retraso inicial antes de que comience el movimiento. El movimiento involuntario puede interrumpir el voluntario en forma parcial o total, haciéndolo no coordinado. Hay una falta de movimientos más finos y debilidad.

Hipertonía o hipotonía: Puede ser que existan o que se presenten fluctuaciones en el tono. Los atetoides algunas veces reciben la denominación de modelos de "tensión y no tensión". En ocasiones hay distonía o sacudidas de la cabeza, del tronco o los miembros. También se presentan espasmos repentinos de flexión o extensión.

La danza atetoide: Algunos atetoides no logran mantener su peso sobre los pies, por lo que continuamente mueven los pies hacia arriba o hacia arriba y afuera en una danza atetoide. Ponen el peso sobre un pie mientras rascan o arañan el suelo en un movimiento de separación con la otra pierna, lo que se atribuye al conflicto entre los reflejos de asir y soltar, que también puede observarse en las manos.

Parálisis de los movimientos de la mirada: Encuentran dificultad para mirar hacia arriba y a veces para cerrar los ojos de manera voluntaria.

Los atetoides cambian con el tiempo: Cuando son bebés son blandos y los movimientos involuntarios aparecen cuando llegan a los 2 o 3 años.

Los adultos atetoides no parecen hipotónicos pero tiene tensión muscular, la cual se ve aumentada cuando se esfuerzan por controlar los movimientos involuntarios.

El atáxico:

Las principales características motoras son:

Perturbaciones en el equilibrio. Hay mala fijación de la cabeza, tronco, hombros y cintura pélvica. Algunos atáxicos compensan demasiado la inestabilidad con reacciones excesivas en los brazos para mantener el equilibrio. La inestabilidad también se encuentra en los atetoides y en los espásticos.

Los movimientos voluntarios: Están presentes pero son torpes. El niño tiene disimetría, que cuando quiere asir un objeto se extiende demasiado o no llega. El movimiento del miembro inseguro en relación con el objetivo también puede presentarse junto con temblor intencional. Hay pocos movimientos manuales finos .

La hipotonía es común.

El nistagmo puede estar presente

CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD DERIVADA DE LA PARÁLISIS CEREBRAL

Calvopiña Basantes Alexandra Patricia, VicChicaiza Chiquito (2011) define que: Hay diferentes grados de discapacidad derivada de la parálisis cerebral que conllevan distintas dificultades en los individuos que la padecen:

Para clasificar el grado de discapacidad derivada de una lesión del SNC (sistema nervioso central) se utilizan normalmente las denominaciones afectación media, moderada, grave y profunda:

Afectación leve:

Se da en niños con alteraciones sensoriomotrices que presentan dificultades en la coordinación y el movimiento, pero cuyas limitaciones funcionales solo se ponen en evidencia en las actividades motrices más avanzadas como correr, saltar, escribir, etc. Generalmente, estos niños suelen necesitar más tiempo para aprender y ejecutar estas actividades.

Afectación moderada:

Las alteraciones sensoriomotrices producen limitaciones funcionales en la marcha, sedestación, cambios de postura, manipulación y lenguaje. Con el paso del tiempo los niños con afectación moderada necesitan modificaciones del entorno a través de material adaptado y asistencia física para poder participar en las actividades propias de su edad.

Afectación grave:

La discapacidad restringe la independencia del niño en la vida diaria, porque presenta alteraciones en el control del equilibrio y poca habilidad para usar sus manos en las actividades cotidianas. El niño tiene dificultades para participar en la dinámica familiar debido a los déficit en la comunicación. La calidad de vida de estos niños y de sus familias puede estar seriamente alterada. Los niños dependen del material adaptado, de ayudas para la movilidad y de la asistencia personal para controlar la postura y facilitar el movimiento.

Afectación profunda:

Con este grado de afectación, los niños tienen una capacidad motriz muy reducida, incluso para funciones básicas de la movilidad, como cambiar de posición, sedestación, independencia, y necesitan la asistencia personal para las actividades

más básicas, como las de alimentación. No pueden usar comunicación alternativa. Necesitan asistencia personal, material adaptado y equipo especial para todas las actividades de la vida diaria. Los problemas de salud suelen ser complicaciones serias en estos casos. Este grado de afectación suele ir asociada a otros déficit importante a nivel cognitivo, de lenguaje, visual, etc.; denominándose la concomitancia de estos déficits con el término de plurideficiencia.

SÍNTOMAS

Garcia Prieto A .(2009) refiere que :Los primeros síntomas comienzan antes de los tres años de edad y suele manifestarse porque al niño le cuesta más trabajo voltearse, sentarse, gatear, sonreír o caminar. Los síntomas varían de una persona a otra, pueden ser tan leves que apenas se perciban o tan importantes que le imposibilite levantarse de la cama.

Algunas personas pueden tener trastornos médicos asociados como convulsiones o retraso mental, pero no siempre ocasiona graves impedimentos. Los síntomas más importantes son las alteraciones del tono muscular y el movimiento, pero se pueden asociar otras manifestaciones:

Problemas visuales

Dificultades en el habla y el lenguaje.

Distractibilidad.

Diskinesia: dificultad en los movimientos voluntarios

Alteraciones perceptivas:

Agnosias : Alteración del reconocimiento de los estímulos sensoriales.

Apraxias : Pérdida de la facultad de realizar movimientos coordinados para un fin determinado o pérdida de la comprensión del uso de los objetos ordinarios, lo que

da lugar a comportamientos absurdos. Incapacidad para realizar movimientos útiles .

PROBLEMAS ASOCIADOS

La mayoría de los niños con trastornos motores de origen general pueden presentar las siguientes anomalías:

Déficit auditivo: algunas veces con problemas de agnosia, en parte debido a una hipoacusia o sordera parcial o total.

Disfunción vestibular: con problemas para controlar el alineamiento de la cabeza en movimiento.

Defectos visuales: estrabismo, nistagmo, hemianopsia. En muchos casos van relacionados con déficit en el control del movimiento de los ojos. En los casos de agnosias visuales, el niño no interpreta lo que ve. El déficit visual puede ocasionar problemas de percepción que dificultarán el aprendizaje.

Déficit perceptivos y sensoriales que dificultan la percepción del movimiento: esta depende de la información disponible a través de los sistemas sensoriales (visual, vestibular, somatosensorial), así como de la representación interna del movimiento. Si alguno de estos sistemas no proporciona una información adecuada, el niño puede tener una organización pobre del movimiento.

Déficit somatosensoriales: ocasionados secundariamente por una mala alineación del sistema musculo esquelético. En el niño hemipléjico es evidente que la información somatosensorial de un hemicuerpo es diferente de la del otro.

Alteraciones del lenguaje: hay disfunciones como afasia receptiva, dislexia, incapacidad para organizar y seleccionar adecuadamente las palabras. Estas alteraciones del lenguaje son secundarias al escaso control motor responsable del habla.

Déficit cognitivo: El retraso mental puede obedecer al trastorno primario, pero también al secundario a los trastornos motores y sensoriales. Puede presentarse en el 50% de los niños con parálisis cerebral, especialmente en los niños con tetraplejía espástica, rigidez e hipotonía. Los niños que tienen una inteligencia normal son los que padecen hemiplejía y ataxia. Los niños con atetosis pueden tener una inteligencia normal o inferior.

Trastornos de la conducta: Algunos niños pueden presentar trastornos conductuales no relacionados con las áreas motrices de la disfunción cerebral. En otros niños, estos trastornos están relacionados con componentes emocionales como la frustración, dificultades de comunicación o de adaptación al entorno o con la propia disminución del control motor.

Problemas emocionales: son debidos principalmente a factores como la sobreprotección, la hospitalización frecuente y la sobre interpretación de gestos y actitudes del niño, que hacen que los padres actúen de una forma inadecuada, incrementando más su incapacidad.

ALTERACIONES EN LA PARÁLISIS CEREBRAL

Escobar Perugachi Verónica Alejandra, Godoy Arias Lisseth Madelaine(2015) refiere que : Todos los individuos con Parálisis Cerebral tienen características comunes que hacen sospechar que la padecen.

Tono Muscular Anormal :

Los niños con parálisis cerebral se mueven en patrones más o menos predecibles según el tipo de trastorno, la extensión de la afectación o si han tenido o no la experiencia de movimiento. La selección, secuencia y tiempo de la actividad de los grupos musculares influyen en la forma del movimiento, pero es importante anotar cómo se mueve el niño, tanto en patrones de movimiento anormal como normal.

Algunos niños pueden moverse en unos niveles bajos de desarrollo y mostrar sólo movimientos anormales cuando están de pie y andan.

La incapacidad para iniciar el movimiento con el segmento adecuado del cuerpo puede distorsionar el control de los patrones de movimiento. Los niños hemipléjicos suelen iniciar el movimiento con el lado sano. Los niños con diplejía a menudo inician el movimiento con la cabeza, el cuello, el tronco superior y los brazos, mientras las piernas permanecen pasivas pero tensas. Otros intentan iniciar el movimiento con la misma extremidad con la que hacen el soporte del cuerpo, y se puede observar el esfuerzo que supone iniciar este movimiento.

La irradiación de la actividad anormal en múltiples músculos de un mismo segmento y en músculos distales altera los músculos primarios y puede inhibir la relación recíproca normal entre los músculos agonistas y antagonistas durante el movimiento voluntario y hacer imposible para el niño mover los músculos de una articulación sin mover la extremidad entera; esto contribuye a una calidad anormal del movimiento dinámico que a menudo aparece cuando el niño hace mucho esfuerzo.

Los reflejos primitivos son iniciados por estímulos propioceptivos y estereoceceptivos, y su valoración puede proporcionar información sobre cómo responde el niño a los impulsos sensoriales específicos. Si los patrones estereotipados dominan el movimiento, el niño tendrá muy poca variedad de movimiento, poca capacidad para fraccionarlo y disminución para inhibir el efecto de los impulsos sensoriales, necesarios para las respuestas motrices.

Una persistencia del reflejo tónico asimétrico sólo puede ser modificada con la maduración o quizás a través de técnicas de manejo específicas que combinen el manejo del control postural y faciliten los impulsos sensoriales, y se reconoce que su presencia en niños con PC tiene una significación importante.

Alteración del Control Motor Selectivo:

Un aspecto del desarrollo motor es la excesiva actividad muscular innecesaria que acompaña a una actividad motriz inmadura y que tradicionalmente ha sido

denominada movimientos asociados y movimientos en espejo. Clínicamente, la relación entre movimientos asociados y espasticidad se conoce como reacciones asociadas, observándose un aumento del tono muscular en otras partes del cuerpo que suelen acompañar al movimiento voluntario o intencional.

En la infancia, los movimientos asociados y en espejo son particularmente evidentes en la manipulación, aunque también suelen aparecer con otros movimientos como parte de la adquisición gradual del control motor. Por ejemplo, cuando el niño presiona un objeto con una mano también aparece un movimiento de apretar en la otra mano.

En el niño con parálisis cerebral los movimientos y reacciones asociadas aparecen con más frecuencia debido a la incapacidad de fraccionar el movimiento, a la falta de habilidad en una actividad motriz particular, a las fuerzas de movimiento dependiente, a la incapacidad de inhibir los músculos que son innecesarios en una actividad muscular, etc.

Reacciones Asociadas:

Las anormalidades en la alineación son los principales indicios que contribuyen a las alteraciones del control motor. El alineamiento del cuerpo se refiere a la disposición de los diferentes segmentos del cuerpo con respecto a otros segmentos y con respecto a la gravedad y a la base de soporte. El soporte del peso en contra de la gravedad se refiere a la distribución del peso del cuerpo en relación con la anticipación del movimiento. El alineamiento es fundamental para la conducta motriz humana y sus anormalidades deben ser observadas tanto en situación de reposo como en situación de interacción ya que la alineación del cuerpo puede variar notablemente.

Los ajustes posturales anticipadores normalmente ocurren antes de los movimientos voluntarios, y son pequeños cambios de peso en dirección opuesta al movimiento voluntario anticipado, que aseguran que la estabilidad del centro de la masa corporal se mantenga en una secuencia entera de movimiento y con una interrelación apropiada con los diferentes segmentos corporales para que estos que no mantengan soporte estén más libre para moverse.

Los niños con PC tienen muchas dificultades para mantener una actividad muscular anticipadora, y esta dificultad se pone en evidencia cuando realizan movimientos voluntarios. La asimetría persistente en el soporte de peso limita el movimiento en el lado de soporte, y eso puede contribuir al desarrollo de deformidades estructurales. A menudo, el niño no puede adaptarse a la superficie de soporte porque la superficie del cuerpo no está alineada.

Estas limitaciones añaden al déficit de movimiento, y la espasticidad o tensión muscular anormal puede limitar la estabilidad para el soporte de peso. A menudo, el lado que parece más estable para el soporte es en realidad el lado más tenso.

DIAGNOSTICO DE LA PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

Historia clínica (factores de riesgo pre, peri y posnatales) :

Valorar los Ítems de desarrollo y la “calidad” de la respuesta

Observar la actitud y la actividad del niño (prono, supino, sedestación, bipedestación y suspensiones)

Observar los patrones motores (motricidad fina y amplia)

Examen del tono muscular (pasivo y activo)

Examen de los ROT, clonus, signos de Babinski .

Valoración de los reflejos primarios y de reflejos posturales (enderezamiento cefálico, paracaídas y Landau) .

Signos cardinales de la exploración sugestivos de PC:

Retraso motor

Patrones anormales de movimiento

Persistencia de los reflejos primarios

Diagnóstico

Escobar Perugachi Verónica Alejandra, Godoy Arias Lisseth Madelaine(2015) refiere que: La identificación temprana de los bebés con

Parálisis Cerebral, les da la oportunidad de desarrollar al máximo sus capacidades. Gracias a la investigación biomédica existen técnicas diagnósticas mejores, más precisas.

Normalmente, las primeras señales de la Parálisis Cerebral aparecen antes de los 3 años de edad, y a menudo los padres son las primeras personas que sospechan que su niño no está desarrollando las destrezas motores normalmente.

Con frecuencia, los niños con Parálisis Cerebral alcanzan con mayor lentitud las etapas del desarrollo como el aprender a rodar, sentarse, gatear, sonreír o caminar. Los padres que por alguna razón estén preocupados por el desarrollo de su hijo deben ponerse en contacto con su médico, que podrá ayudarles a distinguir las variaciones normales en el desarrollo de un trastorno del desarrollo. El médico debe realizar un examen de la capacidad motora y los reflejos del paciente.

Para poder realizar un diagnóstico correcto es necesario realizar:

Examen físico

Doman Glenn(2010) sostuvo que :Gracias a él examen físico , el médico obtiene los datos sobre los antecedentes prenatales y nacimiento del bebé. Normalmente, el diagnóstico no puede realizarse hasta que el niño tiene entre 6 y 12 meses, en el que el niño debería haber alcanzado ciertas etapas de desarrollo, como iniciar el andar, controlar las manos y la cabeza. El médico debe verificar los síntomas descritos (desarrollo lento, tono muscular anormal y postura irregular), poner a prueba los reflejos del niño y observar la tendencia inicial en cuanto a la preferencia de mano.

Exámenes diagnósticos

Examen neurológico: Evaluación de los reflejos y las funciones cerebrales y motoras. Los reflejos son movimientos que el cuerpo hace de manera automática en respuesta a un estímulo específico. Por ejemplo, si se pone al recién nacido de espaldas y con las piernas sobre la cabeza, el bebé extenderá automáticamente sus

brazos y hará un gesto que se llama el reflejo Moro (parecido a un abrazo). Normalmente, los bebés pierden este reflejo después de los 6 meses, pero aquellos con Parálisis Cerebral lo mantienen por períodos anormalmente largos. Este es sólo uno de los distintos reflejos que el médico puede verificar.

Otras pruebas

Resonancia magnética (RM). Está alcanzando, rápidamente, un uso generalizado en la identificación de trastornos cerebrales. Esta técnica utiliza un campo magnético y ondas de radio en lugar de rayos X. La RM da mejores imágenes de estructuras o áreas anormales localizadas cerca de los huesos que el TAC.

Tomografía computarizada (TAC): utiliza una combinación de radiografías y tecnología computarizada para obtener imágenes de cortes transversales del cuerpo, tanto horizontales como verticales. Se obtienen imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, huesos, músculos, tejido adiposo y de los órganos.

Ultrasonido : Esta técnica envía ondas de sonido al cerebro y utiliza el patrón de ecos para formar una imagen, o sonograma, de sus estructuras. El ultrasonido se puede utilizar en los niños antes de que los huesos del cráneo se endurezcan y se cierren. A pesar de que es menos precisa que el TAC y la RM , esta técnica puede detectar quistes y estructuras en el cerebro, es más barata y no requiere de períodos largos de inmovilidad.

Radiografía.

Electroencefalograma: Se registra la actividad eléctrica cerebral mediante unos electrodos que se adhieren al cuero cabelludo.

Análisis de sangre.

Evaluación de la marcha.

Estudios genéticos.

Estudios metabólicos: se utilizan para evaluar la ausencia o falta de una enzima específica necesaria para mantener la función química normal del cuerpo.

TRATAMIENTO

García Díez E.(2010)sostuvo que :La Parálisis Cerebral no tiene tratamiento, pero, con una atención adecuada que le permita mejorar sus movimientos, que le estimule su desarrollo intelectual y le permita alcanzar el mejor nivel de comunicación posible y que estimule su relación social, podrá llevar una vida plena y enteramente satisfactoria.

Los niños con Parálisis Cerebral y sus familias o ayudantes son miembros importantes del equipo de tratamiento y deben involucrarse íntimamente en todos los pasos de la planificación, toma de decisiones y la administración de los tratamientos. Diversos estudios han demostrado que el apoyo familiar y la determinación personal son dos de los factores más importantes que predicen cuáles de los individuos con Parálisis Cerebral lograrán alcanzar las metas propuestas a largo plazo. El dominar habilidades específicas, como el caminar correctamente, es un enfoque importante del tratamiento diario, pero la meta final debería ser ayudar a las personas a evolucionar a la edad adulta de manera satisfactoria y conseguir la máxima independencia en la sociedad.

El niño debe ser controlado por un médico especialista en rehabilitación y tiene que ser valorado en forma periódica:

Inicialmente cada mes hasta que cumpla los 6 meses de edad.

De los seis a los doce meses: cada dos meses.

Semestralmente hasta los 2 años de edad o en caso de presentar alteraciones neurológicas hasta que sea necesario y de acuerdo a su programa establecido.

Los padres deben de estar entrenados en cómo realizar los ejercicios y además deben de:

Conocer el desarrollo psicomotor normal del niño.

Aprender a observar las conductas del niño.

Conocer las técnicas de higiene y alimentación.
Conocer el programa de tratamiento domiciliario.

Los pilares del tratamiento de la Parálisis Cerebral son cuatro:

Terapia Física

Novoa Gutierrez (2014) sostiene : Normalmente, la terapia física comienza en los primeros años de vida, inmediatamente después de haber realizado el diagnóstico. Se utilizan combinaciones específicas de ejercicios para conseguir tres metas fundamentales:

Prevenir el deterioro o debilidad de los músculos por la falta de uso (atrofia).

Evitar la contractura, en la que los músculos se inmovilizan en una postura rígida y anormal.

Mejorar el desarrollo motor del niño. La contractura muscular es una de las complicaciones más frecuentes y graves de la Parálisis Cerebral y se produce cuando los músculos se encogen debido a un tono muscular anormal y a la debilidad asociada a la enfermedad. Se encuentra limitado el movimiento de las articulaciones y puede causar la pérdida de las habilidades motoras adquiridas previamente.

La terapia física sola o combinada con aparatos especiales (aparatos ortopédicos) puede prevenir esta complicación mediante el estiramiento de los músculos afectados. Si el niño tiene tendones espásticos en la corva (tendones en la parte posterior de la rodilla) el terapeuta y los padres deben animar al niño a sentarse con las piernas extendidas. Un programa que se utiliza normalmente en la terapia física, que logra mejorar el desarrollo motor del niño, es la técnica Bobath. Este programa consiste en inhibir los esquemas de movimiento patológico e influir en el tono muscular para facilitar el movimiento. Otro método de terapia física es la realización de "patrones", que se basa en el principio de que las destrezas motoras deben enseñarse en la misma secuencia que se desarrollan normalmente.

Sin considerar la edad del niño, al niño se le enseña movimientos elementales como impulsarse para ponerse de pie y gatear antes de enseñarle a caminar.

Terapia ocupacional

El terapeuta ocupacional debe enseñarle a realizar destrezas tales como comer, vestirse o usar el baño, que aumenta la confianza en sí mismos y la autoestima.

Logopedia

Si existen problemas para comunicarse, el logopeda debe identificar las dificultades específicas y trabajar para superarlas mediante un programa de ejercicios.

Terapia de conducta

Utiliza teoría y técnicas psicológicas para aumentar las habilidades del niño. Sirve de complemento a la terapia física, ocupacional y del habla. En muchas ocasiones se utilizan métodos de premios, elogios, etc. Los principales profesionales que atenderán a su hijo desde el principio serán:

Médico neonatólogo.

Pediatra.

Fisioterapeuta. Suelen utilizar métodos como el ejercicio, la manipulación, el calor y los masajes para ayudar a que su hijo desarrolle unas pautas correctas de movimiento. También pueden aconsejarle sobre la mejor manera de llevar, coger o colocar a su hijo, y de cómo aprender a sentarse, permanecer de pie o caminar. Mediante la fisioterapia se fortalecen los músculos, facilita el caminar y evita las contracturas en las articulaciones. Mediante la terapia ocupacional el niño aprende actividades cotidianas como comer, vestirse, etc.

Trabajador social.

Más adelante, será necesaria la participación de otros profesionales como los pertenecientes a los Equipos de Orientación Psicopedagógica, que se encuentra compuesto por:

Psicólogos y Pedagogos. Ambos se encargan de la evaluación psicopedagógica de los niños para saber sus necesidades educativas especiales y orientarles hacia la modalidad de escolarización más adecuada, así como proponerles los centros en los que podrían escolarizarse.

Logopedas. Durante los primeros meses de vida puede tratar a su hijo si tiene problemas para comer o beber y más adelante para hablar, del uso del lenguaje o de comprensión, tanto del lenguaje escrito como del hablado.

Asistentes Sociales.

Cirugía Ortopédica:

Madrigal Muñoz Ana (2011) llegó a la conclusión que :

Puede ajustar la posición de los tendones o fusionar las articulaciones. En caso de presentar complicaciones ortopédicas se deben de valorar en forma individual y una vez detectadas las secuelas se debe de canalizar al servicio de ortopedia pediátrica para la evaluación correspondiente. Se recomienda cuando las contracturas son lo suficientemente severas como para causar problemas de movilidad. Se alargan los músculos y tendones que están proporcionalmente demasiado cortos, pero primero hay que identificarlos y no siempre es fácil. Piense que para dar dos pasos es necesario la coordinación de más de 30 músculos principales trabajando en el momento adecuado y con la fuerza correcta. Los médicos tienen una nueva herramienta llamada "análisis de la manera de andar", que permite reconocer las anomalías en el paso, localizar los músculos implicados y distinguir los problemas reales de los ajustes que realiza la persona para compensar el paso defectuoso. Se combinan cámaras que graban al paciente caminando, computadoras que lo analizan, unas planchas que detectan cuándo los pies tocan el suelo y una técnica especial que detecta la actividad muscular llamada electromiografía. El alargar el músculo lo convierte en más débil, por lo que la cirugía para corregir contracturas requiere muchos meses de recuperación.

Algunas personas se benefician de una técnica llamada bio retroalimentación, que les avisa cuando están babeando o cuando hay problemas para controlar los músculos que hacen que cerremos la boca. Esta terapia puede funcionar bien si

tiene una edad mental mayor de tres años, se encuentra motivado a controlar el babeo y entiende que no es socialmente aceptado.

1.6 OBJETIVOS:

Objetivo General:

Determinar las Características Clínicas y Epidemiológicas de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil atendidos en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana de Enero a Julio 2017.

Objetivos Específicos:

Evaluar los reflejos patológicos en pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital De Apoyo II-2 Sullana.

Identificar las características de cada paciente con parálisis cerebral infantil en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

Determinar edad , sexo de cada paciente con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana

CAPITULO II

METODOLOGIA

DEL TRABAJO

2.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo : Descriptivo

Diseño: No experimental .

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

La población está constituida por 200 pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

Muestra :

La muestra está conformada por 25 pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el mes de Enero a Julio del 2017 que constituye 13 % de la población en estudio.

El muestreo es no probabilístico por conveniencia porque el investigador conoce la población y las características que pueden ser utilizadas para seleccionar la muestra.

Criterios de Inclusión:

Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil de 1 a 8 años

Criterios de Exclusión

Se excluyeron a pacientes porque no tenían el diagnóstico a tratar 110

Se excluyeron a pacientes porque no aceptaron acceder al tratamiento 25

Se excluyeron a pacientes ingresados en julio ya que no se podía concluir el tratamiento 40

2.3 MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Técnica

Además de los datos de filiación, se revisaron los datos importantes como nombres, edad, sexo de cada paciente con Parálisis Cerebral Infantil.

Instrumento

Ficha de evaluación

2.4 PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitará una carta de la escuela de Tecnología Médica para presentar a la institución (Hospital de Apoyo II -2 de Sullana), donde se desarrollará dicho proyecto.

Después de haber sido aceptados por dicha institución, se procederá a coordinar con el director, los horarios y las fechas que se asistirá para evaluar a los pacientes mediante la ficha de evaluación.

Posteriormente se procederá a realizar el consentimiento informado (Anexo 02) para los padres de familia que consiste en explicarles cual es la importancia y la finalidad de los derechos que tiene su menor hijo como calidad de participantes.

Procedimiento técnico:

Se aplicará la técnica estadística de T STUDENT , así también para la descripción de los objetivos específicos se apoyará de tablas y figuras estadísticas apoyándonos del aplicador informático spss versión 24 también con apoyo de Excel y Word con herramientas complementarias..

2.5 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO.

La aplicación de los principios generales a la conducción de la investigación conduce a considerar los siguientes requerimientos: consentimiento informado; valoración riesgo/beneficio y selección de los sujetos de investigación.

Consentimiento informado:

El respeto por las personas exige que, a los sujetos, hasta el grado en que sean capaces, se les dé la oportunidad de escoger lo que les ocurrirá o no. Esta oportunidad se provee cuando se satisfacen estándares adecuados de consentimiento informado.

No hay duda sobre la importancia del consentimiento informado, pero persiste Una polémica sobre su naturaleza y posibilidad; no obstante, hay acuerdo Amplio en que el proceso del consentimiento contiene tres elementos: a) información; b) comprensión; c) voluntariedad.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

RESULTADOS

En la tabla 1 y figura 1 se observa que el 44% de los pacientes presentan todos los reflejos , mientras que un 32% de pacientes tienen ausencia del reflejo Epistotono y un 24% presentan el reflejo Epistotono .

Tabla.1 Evaluación de los reflejos patológicos en pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital De Apoyo II-2 Sullana.

	Frecuencia	Porcentaje
Todos	11	44,0
Ausencia de Reflejo Epistotono	8	32,0
Reflejo Epistotono	6	24,0
Total	25	100,0

Fuente : Ficha de evaluación de pacientes con parálisis Cerebral Infantil .

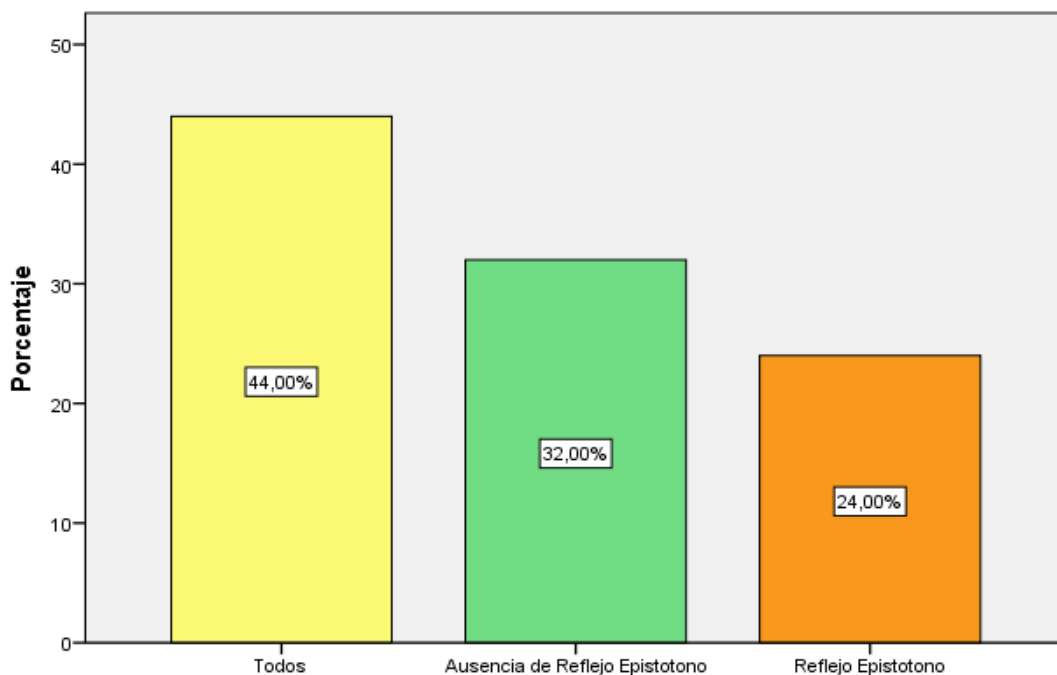


Figura1 Porcentaje en evaluación de los reflejos patológicos del recién nacido en pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital De Apoyo II-2 Sullana Reflejos Patologicos

En la tabla 2 y figura 2 se observa que el 56% de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil presentan Hipotonía, el 40% Hipertonía, y un 4 % son Distónicos.

Tabla2. Tono Muscular de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital De Apoyo II-2 Sullana de Enero a Julio del 2017.

	Frecuencia	%
Hipertónico	10	40,0
Hipotónico	14	56,0
Distonico	1	4,0
Total	25	100,0

Fuente: Ficha de Evaluación de Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil.

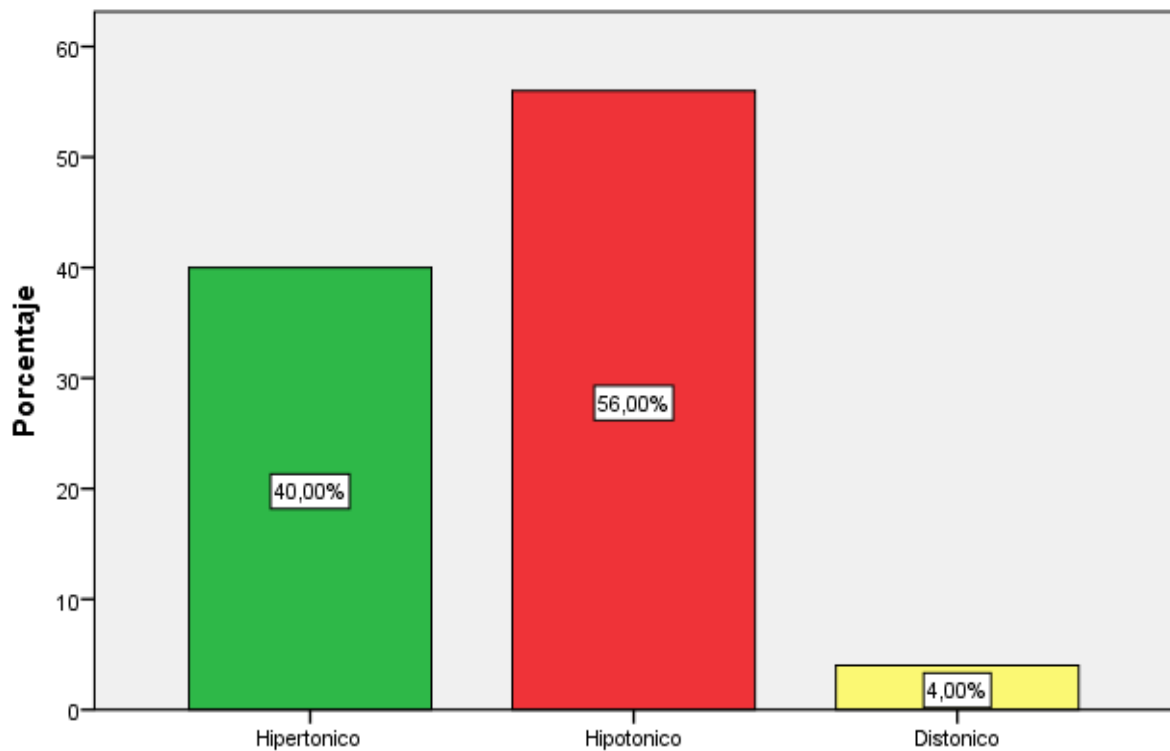


Figura1 Porcentaje del Tono Muscular de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital De Apoyo II-2 Sullana de Enero a Julio del2017.

En la tabla 3 y figura 3 se observa los tipos de Parálisis Cerebral Infantil el tipo Atetósica esta aumentada en 52% , el tipo Espástica en un 40% y el tipo Atáxica un 8% .

Tabla 3. Tipos de Parálisis Cerebral Infantil de los pacientes en el Hospital De Apoyo II-2 Sullana de Enero a Julio del 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Espástica	10	40.0
Atetósica	13	52.0
Atáxica	2	8.0
Total	25	100.0

Fuente :Ficha de evaluación de Parálisis Cerebral Infantil .

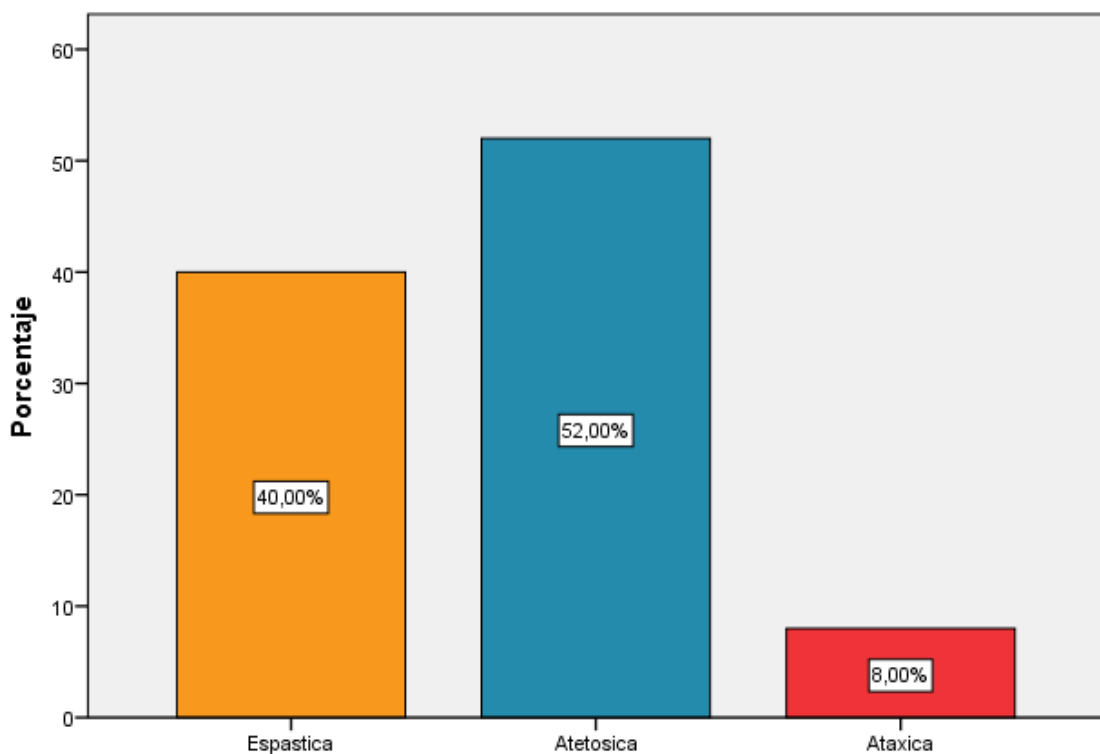


Figura3 Porcentaje de Tipos de Parálisis Cerebral Infantil de los pacientes en el Hospital De Apoyo II-2 Sullana de Enero a Julio del 2017

En la tabla 4 y figura 4 se observa la clasificación de las Alteraciones del Lenguaje ocupando el lenguaje normal un 24% , Dislalia un 28% , Disartria un 36% y Afasia un 12% .

Tabla 4. Alteraciones del Lenguaje en pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana de Enero a Julio del 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	6	24.0
Dislalia	7	28.0
Disartria	9	36.0
Afasia	3	12.0
Total	25	100.0

Fuente: Ficha de evaluación de pacientes con parálisis Cerebral Infantil .

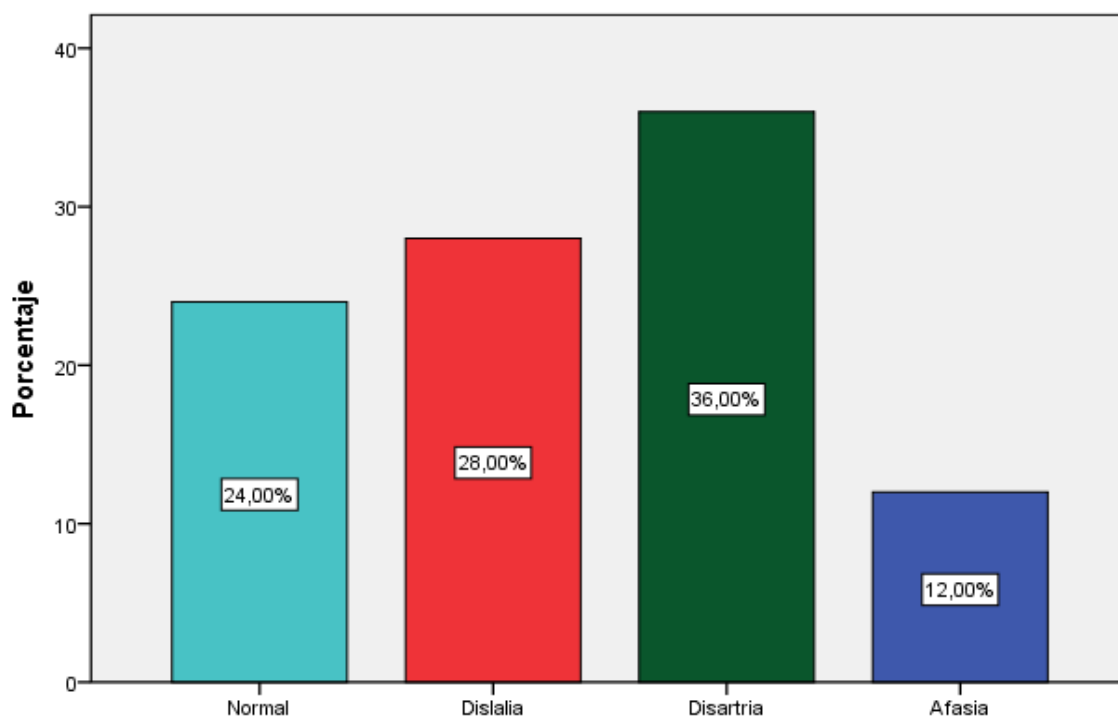


Figura4 Porcentaje de las Alteraciones del Lenguaje en pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana de Enero a Julio del 2017.

En la tabla 5 y figura 5 se observa la edad de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil tenemos el 20% entre 1 y 2 años que son los pacientes más recurrentes en el servicio , el 16% está la edad entre 3 y 5 años , luego tenemos el 12% en la edad de 4 años , un 8% la edad de 6 años , y el 4% la edad de 7 y 8 años que son los pacientes menos recurrentes con la patología.

Tabla 5. Edad de pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana de Enero a Julio del 2017.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
1	5	20.0
2	5	20.0
3	4	16.0
4	3	12.0
5	4	16.0
6	2	8.0
7	1	4.0
8	1	4.0
Total	25	100.0

Fuente : Ficha de evaluación de pacientes con parálisis Cerebral Infantil

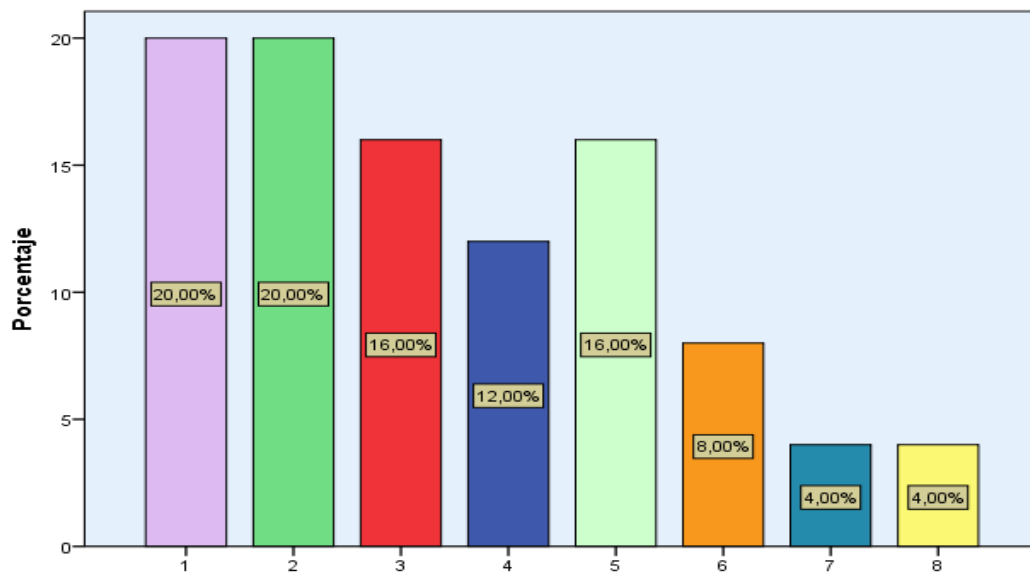


Figura5 Porcentaje de la Edad de pacientes con Parálisis Cerebral Infantil en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana de Enero a Julio del 2017.

En la tabla 6 y figura 6 observamos el sexo de cada paciente, tenemos el 60% masculino y un 40% femenino en los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil .

Tabla 6 . Sexo de pacientes con Parálisis Cerebral infantil en el Hospital de Apoyo II-2 de Enero a Julio del 2017 .

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	15	60,0
Femenino	10	40,0
Total	25	100,0

Fuente : Ficha de evaluación de pacientes con parálisis Cerebral Infantil .

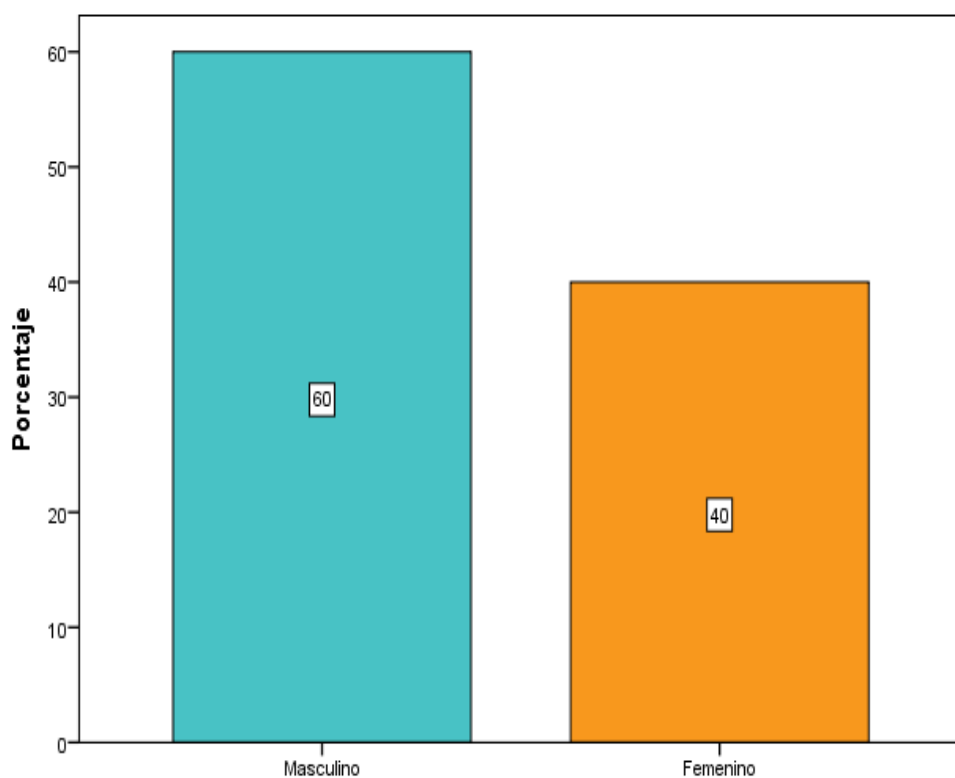


Figura6 Porcentaje del Sexo de pacientes con Parálisis Cerebral infantil en el Hospital de Apoyo II-2 de Enero a Julio del 2017 .

3.2 DISCUSIÓN:

El propósito fundamental de esta investigación fue determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil atendidos en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana de Enero a Julio 2017 . Para dar respuesta esto, se seleccionó una muestra de 25 pacientes.

Evaluamos a los pacientes en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación mediante una ficha de evaluación, al proceder con la Evaluación encontramos el grado del tono muscular aumentado , normal o severo según el tipo de lesión de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil . Al continuar con la evaluación se encontró que un 52% de tipo Parálisis Cerebral Atetósica es mucho más recurrente que los otros tipos .

De acuerdo a las interpretaciones se observa que la clasificación de las Alteraciones del Lenguaje ocupa el 24% el lenguaje normal , Dislalia un 28% , Disartria un 36% y Afasia un 12%. En lo que respecta a la edad podemos observar que Parálisis Cerebral Infantil afecta más a los niños de 1-2 años . En relación al sexo se observa que Parálisis Cerebral Infantil afecta más al sexo masculino con un 60% y Femenino 40%, según la ficha de evaluación podemos determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil .

Angela Benites (2012) llegó a la conclusión que : “PCI en niños de 0 a 3 años, concluye que en la actualidad uno de los factores más importantes son las infecciones maternas o neonatales , la presencia de acidosis en el parto demostrada por las alteraciones del pH en los gases del cordón umbilical , el modo del parto y el estado de la placenta” .

Soto, Rosario A., Edith M.; Monzón, (2006) afirma que “Según la OMS, entre 4 y 9 millones de casos de niños con asfixia ocurren cada año, más de 1 millón, de ellos sobreviven y desarrollan problemas entre los cuales se encuentra la parálisis cerebral , siendo afectada mayormente los varones , comparado con nuestra investigación el 60% de niños varones son los que tienen Parálisis Cerebral Infantil ” .

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES:

Luego de la evaluación correspondiente y comparar los resultados iniciales y finales, llegamos a las siguientes conclusiones, según nuestros objetivos de la investigación, manifestamos que:

Se encontró características clínicas y epidemiológicas de Parálisis Cerebral Infantil.

Determinamos las características de la lesión incluyendo la edad, sexo , de cada paciente .

Mientras tanto, en lo que refiere a la Edad los menores de 1 a 2 años son los que están más afectados en un porcentaje de 60% en el sexo masculino .

Finalmente la ficha de evaluación nos permitió los objetivos necesarios para obtener los datos que buscamos.

4.2 RECOMENDACIONES:

Todos los pacientes deben haber sido evaluados para un mejor diagnóstico y tratamiento .

Se le pide a los padres que colaboren con el servicio que se les brinda para poder ser evaluados cada paciente sin dificultad alguna.

Se recomienda total puntualidad según la cita de evaluación .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias Bibliográficas:

- Benites Angela(2012). Estudios de los antecedentes perinatales y del Diagnostico precoz de la Parálisis Cerebral Infantil en recién nacidos de alto riesgo .Tesis Doctoral . Universidad de granada facultad Ciencias de la Salud departamento de Fisioterapia . Granada .
- Calvopiña Basantes Alexandra Patricia, VicChicaiza Chiquito (2011) . Construcción de un tablero Electrónico Utilizando las Técnicas de Comunicación para niños con Parálisis Cerebral Infantil y/o retardo Mental de grado leve o moderado .Tesis de Grado . Quito Perú.
- Caputo Julieta , Stewart Usher Ma. Victoria(2010).Asiento (de asistencia a la postura para niños con parálisis cerebral. Universidad de Buenos Aires(Tesis de Maestria).Buenos Aires .
- Carme Brun Gasca(2015) .Neuropsicología y Abordajes Terapéuticos. Universidad Autonoma de Barcelona .Tesis para obtener el Doctorado.Barcelona.
- Doman Glenn (2010). Que hacer por su hijo con lesiones cerebrales o retaso mental, deficiencia mental, Parálisis Cerebral , Epilepsia ,atetosis , hiperactividad, síndrome de déficit de atención , retraso en el desarrollo , síndrome Down .Mexico.Editorial .EDAF,S.L.U .
- Falconil Edith M ; Monzón Freddy ; Soto Rosario A ;Vallejos Raúl E .(julio/diciembre,2011). Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú. Revista Estomatológica Herediana16(2).
- Forero Olaya Mayid Margarita (2009) .Guía práctica para el manejo nutricional de la Parálisis Cerebral Infantil .Trabajo de grado para optar el titulo Nutricionista Dietista . Pontificia Universidad Javeriana . Bogota .
- García Díez E.(2010) Fisioterapia de la espasticidad técnicas y métodos. 26(1).

- Garcia Prieto A .(2009). Niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil .Descripción Acción Educativa e Inserción Social .Madrid España .Narcea,S.A Ediciones Madrid.
- Godoy Arias Lisseth Madelaine,Escobar Perugachi Verónica Alejandra (2015).Estudio Retrospectivo de la Aplicación de Toxina Botulínica en Miembros Inferiores como Coadyuvante en el Tratamiento Fisioterapéutico en Pacientes de 2 a 10 años de edad con Parálisis Cerebral Infantil Espástica que asistieron al Hospital Roberto Gilbert Elizalde de la Ciudad de Guayaquil en el Periodo Enero/2014 - Julio/2015. Trabajo de Titulación Previo a la Obtención del Título de Licenciatura en Fsioterapia.Ecuador .
- Lopez Madrigal Belegui (2013).Factores asociados a Parálisis Cerebral Infantil en Veracruz en menores de 6 años de edad. Tesis de Maestria. Universidad Veracruzana . México.
- Loreto Castro María(2010) .Terapia a un niño con parálisis cerebral infantil.Tesis para obtener título profesional , Santiago de Chile .
- Madrigal Muñoz Ana(2011). Observatorio de la Discapacidad .Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) España .
- Magan José(2010) .Fisioterapia en PCI .Tesis para obtener Doctorado . Universidad Privada de Bartolome . Buenos Aires
- Novoa Gutierrez (2014). Parálisis cerebral en niños neurológicos. Tesis para Obtener Maestria . Universidad Floristal . Santiago de Chile
- Sophie Levitt(2012).Tratamiento de la Parálisis Cerebral y el Retraso Motor .Argentina .Editorial Medica Sa.
- Vázquez Vela Cristina Calzada,Vidal Ruiz Carlos Alberto (2014). Parálisis cerebral infantil: definición y clasificación a través de la historia. Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica. Venezuela .

ANEXOS

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación titulada **“CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA DE ENERO-JULIO 2017”** , que tiene relación con el estado de salud de mi menor hijo .

Mi participación consiste en responder algunas preguntas y/o permitir que se realicen en mi persona procedimientos que no ponen en riesgo mi integridad física y emocional. Así mismo se me dijo que los datos que yo proporcione será confidencial, sin haber la posibilidad de identificación individual, también que puedo dejar de participar en esta investigación en el momento que lo desee.

El alumno de la licenciatura en terapia Física y Rehabilitación: CORREA SAAVEDRA GILARY RUBI me ha explicado que es la responsable de la investigación y que la está realizando como parte de la experiencia educativa.

Firma de la entrevistada

firma del investigador

ANEXO N°2 : IMÁGENES













FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS : *Elias Matias Claudio Pintado*
- EDAD : *8 años*
- SEXO : *Masculino*
- DIRECCION : *Los Algarrobos #432 - Villa Princesa*

II EVALUACION

➤ TONO :

- 1 HIPERTONICO (X)
- 2 HIPOTONICO ()
- 3 DISTONICO ()

➤ REFLEJOS PATOLOGICOS

Nº	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion	X	
2	Babinski	X	
3	Epistotono	X	
4	Moro	X	
5	Extension cruzada	X	
6	Tónico asimétrico del cuello	X	

➤ TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA	X	
2	ATETOSICA		
3	ATAXICA		

➤ ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia (X)
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS: *Pivonia Soe Deward Meng*
- EDAD: *2 años*
- SEXO: *Femenino.*
- DIRECCION: *Trav. Orca #241 - Sullana*

II EVALUACION

➤ TONO :

- 1 HIPERTONICO ()
- 2 HIPOTONICO (X)
- 3 DISTONICO ()

➤ REFLEJOS PATOLOGICOS

Nº	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion		
2	Babinski		
3	Epistotono		X
4	Moro		
5	Extension cruzada		
6	Tónico asimétrico del cuello		

➤ TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA		
2	ATETOSICA	X	
3	ATAXICA		

➤ ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia (X)
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS : Renato Flavio Díaz Pizaro
- EDAD : 4 años
- SEXO : Masculino
- DIRECCION : Av Jose de Lima 608 Cercado.

II EVALUACION

> TONO :

- 1 HIPERTONICO ()
- 2 HIPOTONICO (X)
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

Nº	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion		
2	Babinski		
3	Epistotono	X	
4	Moro		
5	Extension cruzada		
6	Tónico asimétrico del cuello		

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA		
2	ATETOSICA		
3	ATAXICA	X	

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia (X)
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS : Carlos Luis Coloma Cordoba
- EDAD : 1 año
- SEXO : masculino.
- DIRECCION : Calle Ugoite, 1176 - Sucre.

II EVALUACION

> TONO :

- 1 HIPERTONICO (X)
- 2 HIPOTONICO ()
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

N°	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion	X	
2	Babinski	X	
3	Epistotono	X	
4	Moro	X	
5	Extension cruzada	X	
6	Tónico asimétrico del cuello	X	

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA	X	
2	ATETOSICA		
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal (X)
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS: Mario Gomenack Juarez
- EDAD: 1 año
- SEXO: masculino
- DIRECCION: N2 23 ub. Saladoory-Sullana

II EVALUACION

➤ TONO :

- 1 HIPERTONICO (X)
- 2 HIPOTONICO ()
- 3 DISTONICO ()

➤ REFLEJOS PATOLOGICOS

N°	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion	X	
2	Babinski	X	
3	Epistotono	X	
4	Moro	X	
5	Extension cruzada	X	
6	Tónico asimétrico del cuello	X	

➤ TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA	X	
2	ATETOSICA		
3	ATAXICA		

➤ ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS : Karla Tatiana Vasquez Soto
- EDAD : 3 años
- SEXO : Femenino
- DIRECCION : Av. Buenos Aires 241. - Sullawa.

II EVALUACION

➤ TONO :

- 1 HIPERTONICO ()
- 2 HIPOTONICO (X)
- 3 DISTONICO ()

➤ REFLEJOS PATOLOGICOS

Nº	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion		
2	Babinski		
3	Epistotono		X
4	Moro		
5	Extension cruzada		
6	Tónico asimétrico del cuello		

➤ TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA		
2	ATETOSICA	X	
3	ATAXICA		

➤ ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria (X)
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS : Jan Alejandro Nelyra Chang
- EDAD : 2 años
- SEXO : masculino
- DIRECCION : Ma Hgt. 7 P 1 Ub. Lopez Albuja - Sucre.

II EVALUACION

> TONO :

- 1 HIPERTONICO (X)
- 2 HIPOTONICO ()
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

Nº	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion	X	
2	Babinski	X	
3	Epistotono	X	
4	Moro	X	
5	Extension cruzada	X	
6	Tónico asimétrico del cuello	X	

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA	X	
2	ATETOSICA		
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria (X)
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS : Adriana Juliana Cruz Cruz
- EDAD : 1 año
- SEXO : Femenino.
- DIRECCION : Fran. Tumbes 801 - Sullana .

II EVALUACION

> TONO :

- 1 HIPERTONICO ()
- 2 HIPOTONICO (X)
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

N°	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion		
2	Babinski		
3	Epistotono	X	
4	Moro		
5	Extension cruzada		
6	Tónico asimétrico del cuello		

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA		
2	ATETOSICA	X	
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal (X)
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS : Naum Patricio Flores Gomez
- EDAD : 5 años
- SEXO : Masculino
- DIRECCION : Calle Manzana 408, Santa Teresita - Suwara

II EVALUACION

> TONO :

- 1 HIPERTONICO ()
- 2 HIPOTONICO (X)
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

N°	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion		
2	Babinski		
3	Epistotono		X
4	Moro		
5	Extension cruzada		
6	Tónico asimétrico del cuello		

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA		
2	ATETOSICA		
3	ATAXICA	X	

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria (X)
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS: *Saraí Leonela Castro Reyes*
- EDAD: *Sin*
- SEXO: *Femenino*
- DIRECCION: *Trans. Calles 4/4 Mercado - Suñaya.*

II EVALUACION

➤ TONO:

- 1 HIPERTONICO ()
- 2 HIPOTONICO ()
- 3 DISTONICO (X)

➤ REFLEJOS PATOLOGICOS

Nº	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion	X	
2	Babinski	X	
3	Epistotono	X	
4	Moro	X	
5	Extension cruzada	X	
6	Tónico asimétrico del cuello	X	

➤ TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA	X	
2	ATETOSICA		
3	ATAXICA		

➤ ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia (X)
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS : Arthur Efraim Ordúñez Paruta
- EDAD : 3 años
- SEXO : Masculino
- DIRECCION : Eduardo Vasquez # 488

II EVALUACION

> TONO :

- 1 HIPERTONICO ()
- 2 HIPOTONICO (X)
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

N°	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion		
2	Babinski		
3	Epistotono		X
4	Moro		
5	Extension cruzada		
6	Tónico asimétrico del cuello		

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA		
2	ATETOSICA	X	
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia (X)

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS: Anthuanett Priscila Lara Jume
- EDAD: 1 año
- SEXO: Femenino
- DIRECCION: Eduardo Vazquez #183.

II EVALUACION

> TONO:

- 1 HIPERTONICO ()
- 2 HIPOTONICO (X)
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

Nº	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion		
2	Babinski		
3	Epistotono	X	
4	Moro		
5	Extension cruzada		
6	Tónico asimétrico del cuello		

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA		
2	ATETOSICA	X	
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal (X)
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS: *Patricio Lopez Coloma*
- EDAD: *6 años*
- SEXO: *Masculino*
- DIRECCION: *Transv. 2 de Mayo - Cercado*

II EVALUACION

> TONO:

- 1 HIPERTONICO ()
- 2 HIPOTONICO (X)
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

N°	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion		
2	Babinski		
3	Epistotono		X
4	Moro		
5	Extension cruzada		
6	Tónico asimétrico del cuello		

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA		
2	ATETOSICA	X	
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia (X)
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS: Manuela Brillefeth Fernandez Ipanagu
- EDAD: 7 años
- SEXO: Femenino
- DIRECCION: Carlos Leigh # 365

II EVALUACION

> TONO:

- 1 HIPERTONICO (X)
- 2 HIPOTONICO ()
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

Nº	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion	X	
2	Babinski	X	
3	Epistotono	Y	
4	Moro	Y	
5	Extension cruzada	X	
6	Tónico asimétrico del cuello	X	

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA	X	
2	ATETOSICA		
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria (X)
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS: Danilo Blanca Estrada Carrero
- EDAD: 6 años
- SEXO: Femenino
- DIRECCION: Trans. Lima 324

II EVALUACION

> TONO:

- 1 HIPERTONICO ()
- 2 HIPOTONICO (x)
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

N°	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion		
2	Babinski		
3	Epistotono		x
4	Moro		
5	Extension cruzada		
6	Tónico asimétrico del cuello		

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA		
2	ATETOSICA	x	
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria (x)
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS: Bruña Teresa Tesen Bruno
- EDAD: 4 años
- SEXO: Femenino
- DIRECCION: Calle Puvia # 302 ,

II EVALUACION

> TONO :

- 1 HIPERTONICO ()
- 2 HIPOTONICO (x)
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

Nº	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion		
2	Babinski		
3	Epistotono	x	
4	Moro		
5	Extension cruzada		
6	Tónico asimétrico del cuello		

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA		
2	ATETOSICA	x	
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal (x)
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS : Mariano Gomez Texal
- EDAD : 2 años
- SEXO : Masculino
- DIRECCION : Calle María Auxiliadora #511 Sanchez Cano

II EVALUACION

> TONO :

- 1 HIPERTONICO (X)
- 2 HIPOTONICO ()
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

N°	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion	X	
2	Babinski	X	
3	Epistotono	X	
4	Moro	X	
5	Extension cruzada	X	
6	Tónico asimétrico del cuello	X	

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA	X	
2	ATETOSICA		
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia (X)
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos José Miranda Dios
- EDAD: 1 año
- SEXO: Masculino
- DIRECCION: Calle los Damos Urb. Jardín I etapa #108.

II EVALUACION

> TONO:

- 1 HIPERTONICO ()
- 2 HIPOTONICO (X)
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

N°	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion		
2	Babinski		
3	Epistotono	X	
4	Moro		
5	Extension cruzada		
6	Tónico asimétrico del cuello		

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA		
2	ATETOSICA	X	
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal (X)
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS: Rubi Mariel Smolyak Piedra
- EDAD: 2 años
- SEXO: Femenino
- DIRECCION: Calle El Condor # 109. Urb. Santa Rosa.

II EVALUACION

> TONO:

- 1 HIPERTONICO (X)
- 2 HIPOTONICO ()
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

Nº	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion	X	
2	Babinski	X	
3	Epistotono	X	
4	Moro	X	
5	Extension cruzada	X	
6	Tónico asimétrico del cuello	X	

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA	X	
2	ATETOSICA		
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia (X)
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS: *Delgado Spino Rodríguez Saavedra.*
- EDAD: *3 años*
- SEXO: *Masculino*
- DIRECCION: *Calle el Carmen #105. Urb. Santa Rosa, Sicalma.*

II EVALUACION

➤ TONO :

- 1 HIPERTONICO ()
- 2 HIPOTONICO (X)
- 3 DISTONICO ()

➤ REFLEJOS PATOLOGICOS

N°	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion		
2	Babinski		
3	Epistotono		X
4	Moro		
5	Extension cruzada		
6	Tónico asimétrico del cuello		

➤ TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA		
2	ATETOSICA	X	
3	ATAXICA		

➤ ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria (X)
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS: Guido Nebra Portino
- EDAD: 4 años
- SEXO: Masculino
- DIRECCION: Calle J. J. Fortan, 250, Suiza

II EVALUACION

> TONO:

- 1 HIPERTONICO (X)
- 2 HIPOTONICO ()
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

Nº	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion	Y	
2	Babinski	Y	
3	Epistotono	Y	
4	Moro	Y	
5	Extension cruzada	X	
6	Tónico asimétrico del cuello	X	

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA	X	
2	ATETOSICA		
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria (X)
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS : Andrea Lucía Fortán Lizardo .
- EDAD : 5 años
- SEXO : Femenino .
- DIRECCION : Calle Grau 870 - SULLANA .

II EVALUACION

> TONO :

- 1 HIPERTONICO (X)
- 2 HIPOTONICO ()
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

Nº	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion	✓	
2	Babinski	✓	
3	Epistotono	x	
4	Moro	x	
5	Extension cruzada	x	
6	Tónico asimétrico del cuello	x	

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA	x	
2	ATETOSICA		
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria (X)
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS : *Estefano Manuel Cristobal Lora Jimenez.*
- EDAD : *5 años*
- SEXO : *Masculino*
- DIRECCION : *Sanchez Cerro Suiza Catalina #462.*

II EVALUACION

> TONO :

- 1 HIPERTONICO ()
- 2 HIPOTONICO (X)
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

N°	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion		
2	Babinski		
3	Epistotono	X	
4	Moro		
5	Extension cruzada		
6	Tónico asimétrico del cuello		

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA		
2	ATETOSICA	X	
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia (X)

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS : Luis Adrián Sanchez Pacheco.
- EDAD : 2 años
- SEXO : Masculino.
- DIRECCION : Lincio Prado # 543.

II EVALUACION

> TONO :

- 1 HIPERTONICO ()
- 2 HIPOTONICO (X)
- 3 DISTONICO ()

> REFLEJOS PATOLOGICOS

N°	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion		
2	Babinski		
3	Epistotono		X
4	Moro		
5	Extension cruzada		
6	Tónico asimétrico del cuello		

> TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA		
2	ATETOSICA	X	
3	ATAXICA		

> ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria (X)
- 4 Afasia ()

FICHA DE EVALUACION PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS : Santiago Nicolas Tirado Pauta
- EDAD : 3 años
- SEXO : Masculino
- DIRECCION : Av. Champagnat n° 965.

II EVALUACION

➤ TONO :

- 1 HIPERTONICO (X)
- 2 HIPOTONICO ()
- 3 DISTONICO ()

➤ REFLEJOS PATOLOGICOS

N°	REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE
1	Succion	X	
2	Babinski	X	
3	Epistotono	X	
4	Moro	X	
5	Extension cruzada	X	
6	Tónico asimétrico del cuello	X	

➤ TIPOS DE PARALISIS

	TIPOS DE PARALISIS	PRESENTE	AUSENTE
1	ESPASTICA	X	
2	ATETOSICA		
3	ATAXICA		

➤ ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- 1 Normal ()
- 2 Dislalia ()
- 3 Disartria ()
- 4 Afasia (X)