

Universidad nacional Autónoma de Nicaragua

Facultad de Ciencias Médicas

UNAN-Managua

Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría.



Tesis para optar al título de especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

Comportamiento de la rehabilitación en el hogar de niños con diagnóstico de parálisis cerebral atendidos en el área de pediatría del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría en el periodo comprendido de julio- noviembre 2014.

Autora: Dra. Flor de Ly Abarca García.

Residente de III año de Medicina Física y Rehabilitación.

Tutor: Dra. Leopoldina Guerrero

Especialista en Medicina Física y Rehabilitación

Asesor Metodológico: Dr. Manuel Enrique Pedrosa Pacheco.

Director de Investigación de Grado.

UNAN-Managua.

Managua, Marzo 2015

Dedicatoria:

A la santísima trinidad: Dios Padre, Dios Hijo, Dios Espíritu Santo.

Agradecimiento:

Al Padre Celestial por acompañarme en todo mi caminar y sostenerme siempre en sus brazos con amor y misericordia.

A mi familia por su apoyo incondicional, para lograr esta linda etapa de mi vida, a mis grandes amores: mi madre, mi esposo y mis hijos.

Al personal del Hospital Aldo Chavarría por su acompañamiento, especialmente a aquellos que contribuyeron en mi crecimiento como profesional y como ser humano.

A mi tutora Dra. Leopoldina Guerrero por su confianza y conocimientos.

A mi asesor Dr. Manuel Pedrosa por su interés en transmitirnos sus conocimientos en metodología de investigación.

A Lic. Marbellí Picado por su apoyo y motivación en este estudio, gracias por entregarse con amor a estos niños.

Mi especial agradecimiento a los niños con parálisis cerebral y responsables de ellos por su colaboración en este estudio.

Dra. Flor de Ly Abarca García

LA EDUCACION ES LA BASE FUNDAMENTAL DEL DESARROLLO DE UNA SOCIEDAD INTEGRADORA Y RESPETUOSA. EN ESTE ASPECTO LA INFORMACION Y EL CONOCIMIENTO SON ELEMENTOS ESENCIALES.



Resumen

La llegada de un niño/a con parálisis cerebral puede alterar en gran medida la vida familiar. La parálisis no se puede curar pero la persona afectada podrá llevar una vida plena si recibe una atención adecuada que le ayude a mejorar sus movimientos, que le estimule su desarrollo intelectual, que le permita desarrollar el mejor nivel de comunicación posible y que estimule su relación social. El tratamiento neurorehabilitador y la estimulación adecuada, se deben hacer encaminados a que la familia obtenga el adiestramiento necesario para la atención del niño en el hogar.

Con este estudio se pretende describir el comportamiento de la rehabilitación en los hogares de los niños que asisten al Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría y que a su vez contribuya a mejorar la calidad de vida de estos niños. Es un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y es transversal realizado en el área de pediatría del Hospital Rehabilitación Aldo Chavarría, con niños con diagnóstico de Parálisis Cerebral en un período comprendido de Julio Noviembre 2014, se seleccionó una muestra de 44 niños según los criterios de inclusión.

Se obtuvieron los siguientes resultados: Los responsables de los niños/as con parálisis cerebral en su mayoría son del sexo femenino, ama de casa, con escolaridad media, la mayoría tiene conocimientos de la lesión cerebral, pero no todos manejan el tipo de parálisis del niño, ni los objetivos del tratamiento rehabilitador. Todos los niños/as reciben valoración y seguimiento por fisiatría y por fisioterapia. Las actividades de rehabilitación que practican todos los responsables es la estimulación visual, usando para ello juguetes, la participación en este proceso es de 2 miembros de la familia una vez al día por 15- 30 minutos en promedio.

La participación del sexo masculino en la rehabilitación en el hogar es muy pobre, es importante la evaluación continua por todo el equipo multidisciplinario que nos permita la educación integral que facilite el manejo en casa, que la familia aprenda a cuidar en los hogares a los niños y que a su vez contribuya a mejorar la calidad de vida de estos. Se recomienda mejorar la participación de la familia en el proceso de rehabilitación de los niños/as con Parálisis Cerebral, hacer un plan de seguimiento en la atención del niño en el hogar como estrategia para la efectividad del trabajo del equipo multidisciplinario que le permita brindar información completa a la familia.

Índice

I.	Introducción.....	1
II.	Antecedentes.....	3
III.	Justificación.....	5
IV.	Planteamiento del Problema.....	6
V.	Objetivos.....	7
VI.	Marco Teórico.....	8
VII.	Diseño Metodológico.....	31
VIII.	Resultados	37
IX.	Análisis y Discusión.....	39
X.	Conclusiones	41
XI.	Recomendaciones	42
XII.	Bibliografía	43
XIII.	Anexos	45

Introducción

En el año 2003 se realizó la Encuesta Nicaragüense para personas con Discapacidad (ENDIS) por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Nicaragua en colaboración con personal del Ministerio de Salud (MINSa), encontrando que en Nicaragua el 11 por ciento de su población cuenta con algún grado de discapacidad (7). La parálisis cerebral constituye la primera causa de discapacidad que afecta la población infantil, la prevalencia oscila entre 1-3 casos por cada 1000 nacidos vivos según distintos autores. La parálisis cerebral es el desorden motor más común en la niñez su atención debe englobarse en un modelo de atención integral basado en un conjunto de intervenciones dirigidas a estos niños y su entorno familiar para tratar de alcanzar el máximo grado de independencia personal y de integración familiar, social y escolar.

La llegada de un niño/a con parálisis cerebral puede alterar en gran medida la vida familiar. Muchos de estos niños tienen un elevado nivel de dependencia para las actividades de la vida diaria (vestirse, comer, asearse y peinarse, caminar, etc.), por lo que requieren grandes cuidados y ayuda para el autocuidado.

La parálisis cerebral se diagnostica principalmente evaluando la movilidad de un niño/a pequeño. El médico evalúa el tono muscular del niño además de verificar los reflejos del niño y fijarse en este para comprobar si ha desarrollado una preferencia por su mano derecha o izquierda. Otro síntoma importante de parálisis cerebral es la persistencia de ciertos reflejos, llamados reflejos primitivos que son normales en los niños/as pequeños pero que, por lo general desaparecen entre los 6 y 12 meses de vida. (19)

La parálisis cerebral no se puede curar, pero la persona afectada podrá llevar una vida plena si recibe una atención adecuada que le ayude a mejorar sus movimientos, que le estimule su desarrollo intelectual, que le permita desarrollar el mejor nivel de comunicación posible y que estimule su relación social. Cuanto antes se detecte esta lesión neurológica, mayor respuesta ofrecerá el paciente al tratamiento. El adecuado diagnóstico en etapas tempranas, así como, su tratamiento neurorehabilitador y la estimulación adecuada, se deben hacer encaminados a que la familia obtenga la preparación necesaria para la atención del niño en el hogar.(21)

La familia debe tener conocimientos de que los trastornos motores empeoran si el seguimiento en el hogar no es el adecuado y si además en la casa no se le realizan las pautas de tratamiento establecidas, que deben aprender a manejar al niño/a en casa, deben tomar en cuenta la importancia de su participación activa en el proceso de rehabilitación desde el hogar para evitar complicaciones, el cariño y atención al niño contribuye a la mejoría clínica y al desarrollo individual, psicológico y social. Es esencial el proceso que inicia en la unidad de rehabilitación y se continúa en el hogar, ya que determina un elevado potencial de estimulación del desarrollo de sus capacidades mediante la atención por la familia en la vida diaria.

Antecedentes

Un estudio realizado por Barba en 1985 trata sobre la importancia del Diagnóstico precoz de la parálisis cerebral resalta que empeora con el paso del tiempo a pesar de ser un síndrome estacionario, produciendo daño en el comportamiento motor del niño que puede ser irreversible, sino es atendido de manera oportuna. (5)

Otro estudio realizado en el Reino Unido, arrojó que de una serie de 180 pacientes entre 4 y 14 años con Parálisis Cerebral moderada a severa, el 96% había acudido en los últimos 6 meses a un terapeuta físico, 69% terapeuta ocupacional, 63% terapeuta de lenguaje y 60% al pediatra. De los pacientes en terapia física, 83% la recibía al menos una vez por semana, y las sesiones duraban 15-30 minutos en el 75% de los casos. No obstante, este estudio no describe la modalidad de intervención física utilizada, ni evalúa los resultados de las intervenciones, y destaca la importancia que los padres de los niños asignan al fisioterapeuta o neurorehabilitador, quien tiene un rol esencial en capacitar a la familia en la terminología necesaria para entender los objetivos de la neurorehabilitación, entrenar en medidas específicas que permiten incorporar la rehabilitación a la vida diaria. (15)

Se realizó un estudio descriptivo que se desarrolló en el Hospital "Julio Díaz" de la Ciudad de La Habana, Cuba, en el año 2010, con un universo de 53 familias que tenían entre sus integrantes un niño con Parálisis Cerebral para evaluar la salud familiar y caracterizar la situación de salud en estas familias. Entre los resultados sobresale el dato de que dichas familias cuentan con pocos recursos de apoyo social y poseen una economía crítica, que las ubica en condición de sobre esfuerzo para afrontar la vida cotidiana, sin embargo prevalecen niveles adecuados de funcionamiento familiar. (19)

Un estudio realizado por Dra. Esperanza Villareal en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría (HRACH) (2000-2002) sobre, estimulación temprana en niños nacidos de madre de alto riesgo obstétrico y perinatal del Hospital Bertha Calderón destacó que todos los niños que tenían retraso en su desarrollo psicomotor (área motora, coordinación, lenguaje y social) normalizaron significativamente su desarrollo en su primera evaluación al aplicarle estimulación temprana. (26)

Otro estudio de Dr. Lemus Diedrichtz (2006-2007) realizado en el HRACH sobre importancia del Manejo Oportuno en el paciente con parálisis cerebral menor de 5 años, en el cual se concluye que el tratamiento rehabilitador es fundamental para facilitar el desarrollo psicomotor, reducir la espasticidad, reducir las limitaciones funcionales. Todos los niños que tenían alteración del desarrollo psicomotor presentaron mejoría en su primera evaluación al recibir estimulación temprana. (12)

Se realizó un estudio recientemente por Dra. Betty Morales 2013 en el HRACH sobre manejo rehabilitador de los pacientes con parálisis cerebral llegando a la siguiente conclusión: El tratamiento rehabilitador indicado en su mayoría es la estimulación Temprana Global, visual, auditiva, Técnicas de Bobath, pelota de Bobath, verticalización en mesa, o barras paralelas, colchones, así como valoración por el equipo multidisciplinario. (14)

Cabe mencionar que en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría no se reconoce referencia científica que nos describa el Comportamiento de la Rehabilitación en el Hogar que ayude a lograr el cumplimiento de los objetivos planteados en el manejo rehabilitador de cada uno de estos niños/as.

Justificación.

La familia proporciona los aportes afectivos y sobre todo materiales necesarios para el crecimiento y desarrollo de sus miembros. El papel de este grupo social resulta indispensable cuando se trata de una lesión cerebral que requiere de un proceso de rehabilitación largo e implica un sobreesfuerzo para sus integrantes. La familia es importante en la rehabilitación del niño con parálisis cerebral, ya que este grupo brinda la ayuda y atención que estos niños/as necesitan para alcanzar el mayor grado de independencia, superación y adaptación al medio, tratando en medio de sus limitaciones de ser una persona útil que forma parte de la sociedad. (13)

El manejo del niño con lesión cerebral debe efectuarse con enfoque específico, el equipo interdisciplinario formado por Fisiatría, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, psicología y trabajo social, brinda la preparación al responsable o familiares sobre el cuidado del niño/a. Para el tratamiento, manejo y cuidados del niño con parálisis cerebral se necesita mucho de la cooperación, atención y dedicación de los padres, hermanos y otras personas que rodean al niño, ya que el ambiente hogareño es indispensable para el manejo en casa, es importante que toda la familia aprenda a brindar la atención adecuada del niño en el hogar.

Una vez que la familia recibe la preparación por el equipo interdisciplinario, es importante que los niños continúen recibiendo la terapia física en el hogar, se trata de un proceso continuo que requiere tiempo, ya que los trastornos motores empeoran si el seguimiento del tratamiento rehabilitador en el hogar no es adecuado, la parálisis cerebral no se puede curar pero el tratamiento rehabilitador puede mejorar las capacidades del niño contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.

Con este estudio se pretende describir el comportamiento de la rehabilitación en los hogares de los niños que asisten al Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría y que a su vez contribuya a alcanzar los objetivos propuestos para mejorar la calidad de vida de estos niños/as, permitiéndole la integración social y educativa, ya que una persona integrada participa en la medida de sus posibilidades de las actividades cotidianas que

se hacen en casa, tiene posibilidades de ir a la escuela de su localidad, de asistir a las actividades sociales, recreativas o religiosas que se realizan en su comunidad.

Planteamiento del Problema

La parálisis cerebral en la actualidad es la causa más frecuente de discapacidad motora en la edad pediátrica que además persistirá en la edad adulta. Es la primera causa de atención, ocupa el 60% en el área de rehabilitación pediátrica del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría.

La parálisis cerebral no tiene cura, aunque se puede lograr mucha mejoría si se sigue el tratamiento adecuado desde el momento en que se comunica el diagnóstico. El manejo de un niño con lesión cerebral debe realizarse por un equipo multidisciplinario con enfoque específico para cada niño/a. Este equipo prepara a la familia para que le dé continuidad al tratamiento rehabilitador en el hogar, de tal manera que, el tratamiento no termina en la consulta del especialista o en el centro donde se reciben las terapias, sino que continúa en el hogar del niño/a con parálisis cerebral, llevando a cabo las orientaciones indicados por el equipo multidisciplinario. La familia, la escuela y, en general, todo el entorno que rodea a la persona con parálisis cerebral pueden ayudar a mejorar sus capacidades, su auto cuidado, permitiéndole mayor integración en la sociedad contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

El tratamiento rehabilitador puede mejorar o evitar el deterioro del niño con parálisis cerebral, es necesario destacar la importancia del tratamiento rehabilitador en el hogar, ya que los beneficios de la terapia física se pierden ante el abandono de la práctica regular. El presente estudio pretende generar información acerca de la rehabilitación en el hogar de los niños/as con diagnóstico de parálisis cerebral describiendo las actividades de rehabilitación por lo que planteamos la siguiente pregunta ¿Cuál es el comportamiento de la Rehabilitación en el hogar de los niños/as con parálisis cerebral atendido en el área de pediatría del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría en el período comprendido de Julio – Noviembre del año 2014?

OBJETIVOS

General:

- Evaluar la rehabilitación en el hogar del niño/a menor de 6 años con diagnóstico de parálisis cerebral atendido en la consulta externa de pediatría del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría en el periodo comprendido julio–noviembre del Año 2014.

Específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de los responsables de los niños/as con parálisis cerebral atendidos en el área de pediatría del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría en el periodo comprendido de julio – noviembre del año 2014.
2. Evaluar el conocimiento de los responsables de los niños/as con parálisis cerebral que asisten a rehabilitación pediátrica al Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría en el periodo comprendido julio- noviembre 2014.
3. Describir las actividades de la rehabilitación que se desarrollan en el hogar de los niños/as con parálisis cerebral atendidos en el área de pediatría del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría en el periodo comprendido de julio – noviembre del año 2014.
4. Identificar los factores que facilitan el desarrollo de la rehabilitación en el hogar de los niños/as con parálisis cerebral atendidos en el área de pediatría del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría en el periodo comprendido de julio – noviembre del año 2014.

Marco Teórico

Parálisis Cerebral:

El término parálisis cerebral fue utilizado por primera vez en 1889 por Sir William Osler para describir un grupo de trastornos del movimiento y la postura propios del período perinatal que son el resultado de una encefalopatía no progresiva. (13) Abarca un conjunto de síntomas que difieren cualitativamente y en la gravedad de los mismos de unas personas a otras, dependiendo de la extensión y localización de la lesión. No obstante, en todas ellas se manifiesta una debilidad o problema en la utilización de los músculos, cuyos síntomas principales son: alteraciones en el control del movimiento, el tono muscular y la postura.

Un porcentaje importante de las personas con Parálisis Cerebral se encuentra en situación de dependencia como consecuencia de las discapacidades que origina este trastorno neuromotor, con el coste sociofamiliar que conlleva brindarles los cuidados adecuados y ofrecerles una calidad de vida óptima. Sin embargo, no se debe identificar Parálisis Cerebral con dependencia ni se puede olvidar que muchas de estas personas están capacitadas para llevar una vida plena y autónoma en el ámbito familiar, educativo y sociolaboral.

La Parálisis Cerebral (en adelante PC) es la causa más frecuente de discapacidad física entre la población infantil. La parálisis cerebral se define como: Grupo de trastorno del desarrollo del movimiento y las posturas, causantes de limitación de la actividad que se atribuyen a trastornos no progresivos que ocurrieron en el cerebro fetal o infantil en desarrollo. Los trastornos motores de la parálisis cerebral se acompañan a menudo de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o conductuales y/o un trastorno convulsivo. (1)

La PC es un trastorno crónico neuromotor debido a una lesión en las áreas motoras del Sistema Nervioso Central ocurrida durante la primera infancia; la lesión se produce cuando el cerebro aún no está maduro. Para algunos autores, no se puede hablar de PC

si la lesión ocurre después de los 2 años, mientras que para otros, debe ocurrir en el período comprendido entre los primeros días de gestación y los 5 años de vida. En cualquier caso, los 5 años parecen ser una edad adecuada para confirmar el diagnóstico), pues ya se han debido producir las posibles remisiones de alteraciones motoras y las alteraciones progresivas descritas por distintos autores. (2)

En estos pacientes, parte de las áreas cerebrales reciben niveles de oxígeno más bajo (hipoxia en algún momento). La lesión en el cerebro puede producir pérdida de funciones nerviosas en áreas diferentes. El niño puede presentar otros trastornos asociados a esta patología como son: problemas en la audición, visión, en el lenguaje y en ocasiones presentan convulsiones, trastornos emocionales, sialorrea (babeo) que se produce por un control inadecuado de los músculos de la boca, la garganta y la lengua. No siempre en la Parálisis cerebral tiene que suponer una afectación a nivel cognoscitivo, algunos tienen problemas de aprendizaje y otros incluso pueden tener un coeficiente de inteligencia normal (10)

Etiología

En 1861 en un artículo titulado “Sobre la influencia del parto anormal, las dificultades del parto, el nacimiento prematuro y la asfixia neonatal en las condiciones mentales y físicas del niño, especialmente en relación a las deformidades”, William John sostuvo que la causa de la Parálisis Cerebral era un trastorno ocurrido durante el parto. Esta concepción aun es mantenida por muchos y transmitida a los padres. En reconocimiento a su autor se conoce como enfermedad de Little. (17)

Existen diferentes factores etiológicos que pueden dar lugar a una parálisis cerebral, hay tres periodos en función de la etapa de la lesión, dentro de cada uno se distinguen causas diferentes.

1. Factores Prenatales: Factores maternos: Alteraciones la coagulación, enfermedades autoinmunes, HTA, infección intrauterina, traumatismo, sustancias tóxicas, disfunción tiroidea, alteraciones de la placenta trombosis en el lado materno, trombosis en el lado fetal, cambios vasculares crónicos, infección. Factores fetales gestación múltiple, retraso crecimiento intrauterino, polihidramnios, hidrops fetal, malformaciones.

2. Factores Perinatales: Prematuridad, bajo peso, fiebre materna durante el parto, infección SNC o sistémica, hipoglucemia mantenida, hiperbilirrubinemia, hemorragia intracraneal, encefalopatía hipóxico-isquémica, traumatismo, cirugía cardíaca.

3. Factores Postnatales: Infecciones (meningitis, encefalitis), traumatismo craneal, estatus convulsivo, parada cardio-respiratoria, intoxicación, deshidratación grave. (20)

Clasificación de la parálisis cerebral.

Se clasifica de acuerdo con diferentes aspectos: según la parte del sistema nervioso que se encuentre afectado, y por tanto el compromiso motor, encontramos los siguientes hallazgos clínicos:

- Espástica: (70%) tono muscular aumentado, hiperreflexia, clonus, babinski positivo, estrabismo, retardo mental en un 50% de los afectados. Es el tipo más frecuente de PC.
- Atetósica: (12%) Reflejos normales o disminuidos, usualmente patrón extensor, parálisis de la mirada hacia arriba, se asocia con sordera, puede acompañarse de distonía o de corea.
- Atáxica: (5%) Falta de equilibrio, movimientos incoordinados, dismetría y disartria, aumento de la base de sustentación, con frecuencia pies valgus.
- Hipotónica:(1%) Rara hipotonía de extremidades y tronco, a menudo se convierte con el tiempo en Atetósica.
- Mixta: (12%) Espasticidad y, Atetosis compromiso de las cuatro extremidades.

Dentro de la clasificación topográfica que más se utiliza frecuentemente:

- Monoplejía: una extremidad.
- Hemiplejía: Las dos extremidades de un mismo lado.
- Paraplejía: Ambos miembros inferiores.
- Diplejía. Ambos miembros superiores.
- Triplejía: tres extremidades.
- Cuadriplejía: cuatro extremidades.

De acuerdo con el grado de incapacidad o pérdida de la capacidad funcional se puede dividir en:

- Leve: Los niños pueden deambular sin aparatos, son autosuficientes, no hay problema el lenguaje, inteligencia normal.
- Moderada: Necesitan ayuda para deambular y para las actividades de la vida diaria, deficiencia para la comunicación y retraso mental leve.
- Severa: cuando presentan pocas posibilidades de deambulación, son incapaz de realizar las actividades de la vida diaria en forma independiente y tienen compromiso del lenguaje y retardo mental moderado o profundo. (17)

Problemas Asociados:

La mayoría de los niños con trastornos motores de origen general pueden presentar anomalías como las que se exponen a continuación:

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 somatosensorial: ocasionados secundariamente por una mala alineación del sistema musculoesquelético. 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 sobreinterpretación de gestos y actitudes del niño, que hacen que los padres actúen de una forma inadecuada, incrementando más su incapacidad.

Problemas respiratorios: la insuficiencia muscular para toser puede conducir a un aumento en la incidencia de infecciones respiratorias.

Problemas circulatorios: tienen una falta de maduración en el sistema vascular, debido a la escasa movilidad. La sedestación prolongada hace que estos problemas se acentúen.

Epilepsia: está ocasionada según el tipo de medicación, que afectará el estado de alerta del niño.

Osteoporosis secundaria: es una falta de movilidad en bipedestación en niños gravemente afectados.

Trastornos ortopédicos: las fuerzas musculares anormales actúan sobre el hueso en crecimiento. Las contracturas articulares, la subluxación o la luxación de cadera, la

escoliosis, el equinismo y la torsión femoral o tibial son deformidades frecuentes, especialmente en niños con espasticidad.

5. Diagnóstico:

El diagnóstico de la Parálisis Cerebral (PC) se debe producir lo antes posible de manera que se pueda comenzar el tratamiento más adecuado a las características del bebé que le permita desarrollar al máximo sus capacidades. Son los padres los primeros en detectar que algo de su hijo/a no va bien, apreciando una postura irregular o un retraso en las distintas etapas del desarrollo: el momento de rodar, sentarse, gatear, sonreír, caminar.

En otros casos, el bebé presenta un tono muscular anormal. Si el tono muscular es bajo (hipotonía) el bebé está flácido, relajado y puede parecer abatido. Si hay un incremento del tono muscular (hipertonía), el bebé parece rígido y tieso. Algunos de estos bebés muestran un período inicial de hipotonía y, a los dos o tres meses de vida, progresan hacia la hipertonía.

Cuando el padre o la madre observen alguna señal que les alarme sobre el proceso de maduración del bebé, deberán comunicárselo al pediatra quien le hará las exploraciones necesarias para determinar si se trata de variaciones que ocurren normalmente entre los niños o de alteraciones del desarrollo. A través de un examen físico, entre los 6 y 12 meses, el pediatra obtendrá información sobre los antecedentes prenatales (antes del nacimiento), sobre el parto y la evolución del niño/a. El examen consiste en verificar los síntomas (desarrollo lento, tono muscular anormal, postura irregular), examinar los reflejos y observar cuál es la mano dominante.

Normalmente, los niños no muestran preferencia por una mano hasta los 12 meses, pero los bebés con hemiplejia espástica desarrollan esta tendencia mucho antes, ya que la mano del lado no afectado es más fuerte y, por ello, más útil. El pediatra suspenderá un objeto delante y al lado del bebé y observará con qué mano lo intenta coger. Para descartar otros posibles trastornos, es imprescindible observar la evolución del niño/a. La PC no es una enfermedad degenerativa, por lo que sus síntomas no empeoran. (18).

Es importante considerara los siguientes aspectos:

- Historia Clínica.
- Examen Físico: Examen neurológico

- Tono (Hipotonía, Hipertonía o Espasticidad)
- Movimientos (Distonia o Diplejía)
- Reflejos primitivos (Prensión y Moro 4 meses, Tónico flexor del cuello 6 meses) si persisten pensar en Parálisis Cerebral.
- Posición y Postura Anormal (3 meses sostiene la cabeza, 6 meses alcanza los objetos)
- Reacciones de equilibrio y enderezamiento (4 a 6 meses)
- Asimetría si existe indica hemiplejía
- Control del tronco antes de los 6 meses
- Social, Lenguaje, Visión y Audición.

Examen Físico: Se puede encontrar.

Persistencia anormal de reflejos primitivos con o sin bajo umbral para provocarlos o exagerarlos. Aumento de los reflejos de estiramiento muscular con o sin clonus y reflejo aductor cruzado aumentado.

Posturas en extensión de las extremidades con o sin equino y entrecruzamiento de las piernas durante la suspensión vertical. Debe enfatizarse en la importancia de la evaluación de los reflejos primitivos o primarios y de las reacciones posturales.

Los reflejos primitivos, específicamente el Moro, el de prensión palmar, el de búsqueda, de succión y el tónico asimétrico del cuello están presentes desde la etapa neonatal y persisten de forma evidente hasta los 4 o 6 meses. En la mayoría de los niños están ausentes después de los 6 meses. La persistencia anormal después de la edad usual de desaparición, sugiere una difusión neurológica, sin embargo se ha planteado que no siempre persistencia puede ser predictiva de parálisis cerebral.

Las reacciones o mecanismos posturales, requieren integración cortical. Diferente a los reflejos primitivos, generalmente nos están presentes en el neonato. Aparecen en forma secuencial después de los 2 o 3 meses de edad. Son fácilmente provocadas en el lactante normal. Si existe daño cerebral, su aparición se retrasa.

Las reacciones posturales se incluyen en 3 categorías: de enderezamiento, de protección y de equilibrio. Los más importantes son: enderezamiento del cuello, de extensión protectora (paracaídas) y el Landau.

En el transcurso de la evolución de la parálisis cerebral se ha podido comprobar que el examen físico, sufre cambios debido a la entrada en función de nuevas áreas del sistema nervioso central que se reclutan por el proceso madurativo y también debido a la evolución de las estructuras anatómicas de las lesiones iniciales, entre otros factores. Resulta evidente que debe efectuarse una rigurosa evaluación clínica en forma dinámica.

.En adición al examen neurológico convencional, es importante realizar Test de neurodesarrollo para explorar diferentes áreas de la conducta: motora fina y gruesa, adaptativa, social, del lenguaje y sensorial. (9)

Tratamiento.

En términos generales el tratamiento tiene los siguientes objetivos:

1. Prevenir el aumento de la limitación.
2. Aumentar o mejorar la función.
3. Lograr una comunicación verbal o no verbal.
4. Alcanzar independencia en las actividades de la vida diaria.
5. Recibir una educación dentro del nivel adecuado de escolaridad.
6. Participar en la recreación
7. Asegurar una vida emocional lo mejor posible.

Aunque la parálisis cerebral actualmente no tiene curación, los niños/as que la padecen pueden mejorar sus capacidades si reciben el tratamiento idóneo, 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 cuidadores 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 es un factor importantes que predice 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.
- Terapia ocupacional.
- Logopedia.
- Escuela (o educación compensatoria).

Terapia física.

La fisioterapia son todas aquellas estrategias terapéuticas encaminadas a lograr el mayor nivel funcional posible en niños/as con alteraciones motoras, del tono y la postura. Se centran en la mejora de las habilidades motoras, del equilibrio y la coordinación, integración y mejora sensorial y cognitiva.

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.

El tratamiento deben ir encaminados a normalizar el tono muscular, por lo que se deben realizar movimientos terapéuticos específicos y no sólo ejercicios, para poder lograr el control de puntos clave: cabeza, cuello, gateo, caminar, inhibir los patrones de postura refleja anormal., facilitar las reacciones de enderezamiento y equilibrio, así como el uso de férulas y aditamentos inhibitorios, facilitar las posturas adecuadas y los movimientos normales.

Sin embargo, no se dispone de una terapia específica que sea eficaz para todas las personas con PC para cada una se debe elaborar un plan de tratamiento adecuado a los síntomas y necesidades que presenta, así como las aptitudes que tiene conservadas. El tratamiento se irá cambiando según vaya creciendo y evolucionando el niño.

Los programas de tratamiento deben ser individualizados y estar sujetos a modificaciones. Durante los primeros 2 años de vida se debe hacer énfasis en el mejoramiento del déficit motor, alentando la interacción de los padres con el niño.

Durante los 2 a los 5 años de edad, es la etapa en la cual se lleva a cabo ya sea el desarrollo o la atrofia del músculo, permitiendo el desarrollo de contracturas musculares que disminuyen la movilidad.

Entre los 5 y 10 años de edad el niño estará alcanzando la edad adulta, siendo la etapa en la cual se llevan a cabo las intervenciones ortopédicas definitivas.

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.

La terapia física debe ser sólo uno de los elementos de un programa de desarrollo infantil en el que se tienen que incorporar auténticos esfuerzos para conseguir un ambiente estimulante, variado y rico, ya que el niño con lesión neurológica, al igual que cualquier niño, necesita de nuevas experiencias e interacción con el mundo exterior para poder aprender. Cuando el niño alcanza la edad escolar, la terapia se distancia del desarrollo motor temprano y se concentra en preparar al niño para la asistencia a las clases, ayudándole a dominar las actividades de la vida diaria y aumentar al máximo su capacidad de comunicación.

Hay que preparar al niño para la asistencia al colegio a base de mejorar su capacidad de sentarse, moverse independientemente o en silla de rueda y prepararle para poder realizar tareas específicas como puede ser el escribir. (4)

Para lograr estos fines se requiere de un grupo interdisciplinario que trabaje con la familia para conseguir un propósito común, este grupo debe realizar un plan de manejo que va desde la prevención de deformidades musculoesqueléticas hasta la adquisición de habilidades motoras que le permita al niño/a desplazarse por sus propios medios. Este equipo prepara y trabaja con la familia la cual reproduce lo aprendido en el centro de rehabilitación en el hogar de los niños/as con el objetivo de lograr que el niño sea independiente en sus actividades de la vida diaria y permanezca integrado a la sociedad.

Se han desarrollado varios programas con técnicas rehabilitadoras, para el manejo de pacientes con lesión cerebral, es importante considerar que, aunque la lesión es estática, los síntomas neurológicos pueden cambiar con el desarrollo del cerebro, por lo cual se requiere evaluaciones periódicas para diseñar un programa de tratamiento que contenga estrategias de intervención en secuencia del desarrollo. (17)

Principales enfoques Terapéuticos en la historia de la Fisioterapia Pediátrica:

- Concepto Bobath (tnd, inglaterra 1940)
- Método kabat (fnp)
- Método Vojita
- Método Temple Fay (patrones de movimientos progresivos)
- Sistema Rood (estimulación sensorial) Estados Unidos
- Método Doman Delacato (1960) Filadelfia
- Método Peto (educación conductista, Budapest 1945)
- Programa MOVE (Estados Unidos)
- Método Brunnstrom (modelo del movimiento sinérgico)
- Método Castillo-Morales
- Método Le Metayer (Francia 1981)

Phelps (1949): Reeducción Muscular.

Pionero en el tratamiento de la parálisis cerebral.

Diagnosticó cinco tipos de parálisis cerebral y varias subclasificaciones, describió quince modalidades llevando a cabo combinaciones específicas de las mismas para el tratamiento de cada tipo específico de parálisis cerebral.

Introdujo las ayudas ortésicas, prescribiendo férulas especiales para corregir las deformidades, conseguir la posición bípeda y controlar los movimientos atetósicos.

Andrea Peto (1945): Sistema de Educación Conductiva

Denominado Educación conductiva. Los postulados fundamentales son la integración de la terapia y la educación mediante:

Una directora o conductora que actúa como madre, enfermera, maestra y terapeuta.

Se la instruye especialmente en la habilitación de niños con discapacidades motoras en un curso de cuatro años de duración. Puede tener uno o dos ayudantes.

El grupo de niños, entre quince y veinte, trabajan juntos. Los grupos son fundamentales en este sistema de enseñanza. Se introducen ejercicios psicomotores de carácter competitivo (competiciones de ganeo...) se sirve del ritmo como por ejemplo la entonación de canciones.

Se utiliza por tanto la intención rítmica para ejercitar los movimientos, que se realizan en grupo bajo una dirección y con un programa diario planificado.

Temple Fay (1954): Patrones de Movimientos Progresivos.

Neurocirujano de Filadelfia afirma que quien padece de parálisis cerebral puede aprender movimientos que produzcan los pasos del desarrollo humano en la evolución,

Por lo general, sugiere trabajar el movimiento desde el serpenteo de los reptiles hasta deslizamiento de los anfibios, progresando luego del movimiento recíproco mamíferos a cuatro patas, a la de ambulación erecta de los primates. Basándose en su idea creó etapas de patrones de movimientos progresivos desde DP hasta la marcha.

Eirene Collis (1947): Desarrollo Neuromotor.

Terapeuta y pionera en la parálisis cerebral en Gran Bretaña, acentuó la importancia del desarrollo neuromotor como base de la evaluación y tratamiento. Sus puntos principales fueron:

- ✓ La capacidad intelectual del niño determinaría los resultados.
- ✓ Defendió el tratamiento precoz.
- ✓ Le disgustaba la idea del tratamiento fisioterapéutico de TO y Logopedia, introduce la idea de terapeuta de la parálisis cerebral.
- ✓ Manejo: consideró que la palabra Tratamiento daba lugar a equívocos.
- ✓ Considera que el empleo de aparatos ortopédicos es contraproducente por interferir en el aprendizaje del equilibrio y la función motora.

Además de la sesión de fisioterapia debería existir un manejo del niño durante todo el día. La alimentación, la vestimenta, el aseo y otras actividades de la vida diaria deberían planificarse.

Margaret Rood: La estimulación sensorial para la activación y la inhibición (Técnica del pincelado 1956)

Margaret Rood, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta norteamericana, que pensó que los patrones motores pueden ser modificados a través de la estimulación sensorial.

Estímulos aferentes: Los distintos nervios y receptores sensitivos se describen y se clasifican según tipos, ubicación, efecto, respuesta, distribución e indicación.

Se utilizan técnicas de estimulación como por ejemplo acariciar, cepillar (táctiles), enfriar o calentar (térmicas): presión, golpeteos en los huesos, estiramientos musculares lentos y rápidos, retracción y aproximación de las articulaciones para activar, facilitar o inhibir la respuesta motora.

Método Pohl:

Intenta concienciar al cerebro de los movimientos que realizan los músculos articulaciones. Se consigue con movilizaciones activas (incluso pasivas) al principio de un músculo proximal, luego va aumentando el movimiento distalmente hasta que se incluye la totalidad del miembro.

Se comienza con una primera fase de relajación para que el cerebro tenga poca información de sus músculos y articulaciones, así en la segunda fase se realizan las contracciones y la información llega más fácilmente al cerebro.

Kabat: (1959) Facilitación neuromuscular propioceptiva

Neurofisiólogo y psiquiatra estadounidense crea el sistema denominados patrones de movimiento en masa basados en patrones observados en actividades funcionales como comer, andar, jugar al tenis, golf o fútbol. Estos patrones son espirales (en rotación) y diagonales con una sinergia de grupos musculares. Los patrones de movimientos están compuestos por:

- ✓ Flexión o extensión
- ✓ Abducción o aducción
- ✓ Rotación interna.

Los estímulos sensoriales (aférentes) se aplican con destreza para facilitar el movimiento. Los estímulos que se utilizan son el tacto y la presión, la tracción y el estiramiento, el efecto propioceptivo de los músculos que se contraen contra resistencia y los estímulos auditivo y visual.

La resistencia al movimiento se utiliza para facilitar la acción de los músculos que componen los patrones de movimientos.

Método Doman-Delacato: Filadelfia 1960

Método basado en el Temple Fay, el cuál sostenía que el niño debía empezar a aprender los patrones de movimientos haciendo movimientos similares a los de los anfibios y los reptiles.

El método es complicado por el número de personas, exige mucho tiempo.

Este método ha sido rechazado por la academia Americana de Pediatría en 1968, 1982 y 1999. Su teoría es muy simple y no está sustentada en estudios científicos.

No se han publicado estudios serios sobre los resultados, sus garantías son los testimonios de los padres. Se requiere una dedicación enorme de los padres, tanto en tiempo como en dinero.

Vojta: Terapia de locomoción refleja

El método consiste en evocar los patrones de postura y movimientos normales que están implícitos en el sistema nervioso central, activados a través de los patrones de la locomoción refleja:

La Reptación Refleja: decúbito prono, Volteo Reflejo: decúbito supino y lateral

El principio terapéutico consiste en activar la reactividad postural para llegar al enderezamiento y la motricidad fásica.

Emplea un método de evaluación a través de 7 reacciones posturales, cuantificando el nivel de enderezamiento del niño mediante la ACC.

Un inconveniente de este método es que provoca llanto y oposición por parte del niño, lo que hace que muchos fisioterapeutas lo abandonen por las experiencias negativas que presenta el niño frente a la imposición de maniobras manuales.

Método de Bobath: (1940) Neurodevelopmental Treatment.

Constituye el método más difundido y utilizado en Europa en los últimos 70 años para el tratamiento de la Parálisis Cerebral y la Hemiplejía del Adulto.

El método se fundamenta en dos principios fundamentales, inhibir el tono anormal mediante la utilización de posturas que lo disminuye y facilitar las reacciones automáticas deseadas.

Método de Brunnstrom (Patrones de Movimientos Sinérgicos 1970)

Método de ejercicio para los pacientes con lesiones del sistema nervioso central, sobre todo hemipléjicos. Utiliza reflejos, reacciones asociadas y sinergias totales; estimula al paciente a la participación intensa para alcanzar los movimientos deseados.

El tratamiento es estrictamente individual, combina técnicas de estimulación propioceptiva y las exteroceptiva, facilitación central e inhibición.

El estímulo Propioceptivo incluye estiramiento de los músculos seleccionados; el estímulo exteroceptivo abarca frotamiento ligero, el frotamiento y golpear ligeramente. Se aplica a menudo la resistencia.

Castillo Morales (1970): Terapia de regulación orofacial y corporal.

Sus conceptos son dos:

La terapia del desarrollo neuromotriz: Mediante el contacto, la vibración, la presión y el deslizamiento de las manos del terapeuta sobre las diferentes zonas de estimulación del paciente, se activan los receptores de la piel, del tejido muscular y articular.

La terapia de regulación orofacial: Es un concepto de tratamiento sensomotriz. El Dr. Castillo Morales inició esta técnica con niños con síndrome de Down, para luego aplicarla a otras alteraciones. Esta terapia no mejora sólo las actividades motoras, ya que al mejorar el aspecto motor, también se aumenta la capacidad de percepción y comunicación de un paciente con su entorno.

No se trata de una terapia de lenguaje, pero facilita la articulación de los diferentes fonemas. Así mismo, influye positivamente en la succión, la masticación, la alimentación, etc.

Programa Move (1980)

Utilizan material adaptado para la movilidad, sedestación y bipedestación. El programa implica el desarrollo de un curriculum para integrar el aprendizaje de las habilidades motrices con educación y formación.

El fisioterapeuta ejerce un papel importante en el apoyo a los educadores y ayuda a los niños a desarrollar movilidad de una forma funcional y segura (Bibade 1994)

Método Le Metayer (Francia 1981):

Le Metayer fisioterapeuta de la escuela de Tardieu (Francia) basa su método en la educación y el entrenamiento solo son posibles en la medida que las zonas de asociación son capaces de funcionar.

Terapias Alternativa: Equinoterapia, Delfinoterapia, medicina natural y tradicional, oxigenación hiperbárica, método therasuit.

Ludoterapia.

La ludoterapia utiliza el juego como un medio de comunicación y expresión entre el terapeuta y el paciente, ayuda al niño a entender de una mejor manera su comportamiento y resolver todos los problemas que tenga para adaptarse. Si bien el juego es fundamental en los niños, este es un medio de exploración del entorno con el cual interactúa.

La ludoterapia busca que los niños puedan desarrollar sus habilidades físicas, perceptivas y sensoriales, haciendo que practiquen sus habilidades y destrezas sociales, (que pueda relacionarse con otros niños), emocionales, (el juego transmite sensaciones y sentimientos mientras se practica); y cognitivas, dado que es una fuente muy buena de aprendizaje. El terapeuta dispone de un ambiente y al mismo tiempo lo manipula para conseguir una satisfactoria participación y adaptación de los niños y de los adultos. Además, el terapeuta lo que hace es reconocer las propiedades de todos los juguetes y los adapta de manera apropiada para usarlos en beneficio de cada niño, lo que será reproducido en el hogar de cada niño.

En investigaciones internacionales diversas se ha demostrado que el juego en el ser humano contribuye al aprendizaje, expresión de sentimientos, canalización de energía,

desarrollo de la inteligencia y establece una relación estrecha con el bienestar, el proceso de crecimiento y desarrollo de los(as) menores. Además, el juego es una variable importante para el personal de rehabilitación, es una herramienta favorecedora del crecimiento y desarrollo: la estimulación temprana. (24)

En un estudio realizado en Costa Rica con el objetivo de incorporar, mediante la capacitación del personal, la ludoterapia y la estimulación temprana al proceso de atención de enfermería del niño hospitalizado y su familia en los servicios de pediatría, neonatología y maternidad del Hospital San Rafael de Alajuela se encontró que en la mayoría de los profesionales y las auxiliares de enfermería el conocimiento que tenían de ludoterapia era deficiente. Sin embargo, llegaron a reconocer que la ludoterapia cura jugando, favorece la comunicación efectiva con los niños/as, establece sentimientos de empatía, desarrolla confianza y facilita la labor de enfermería (6).

Las intervenciones del plan de tratamiento deberán establecerse por un equipo multiprofesional (médicos, enfermeros/as, psicólogos, fisioterapeutas, terapia ocupacional, terapia del lenguaje etc.), con la colaboración de la familia, e incluir no sólo las áreas físicas y médicas, sino también los aspectos de comunicación, psicológicos, emocionales y educativos, etc. En ocasiones, los médicos y/o los padres se centran únicamente en las posibilidades de caminar, olvidando que lo importante es desarrollar el mayor número de habilidades que les permitan alcanzar la mayor autonomía posible. El tratamiento debe comenzar lo antes posible, pues cuanto más pequeño es el niño/a, tendrá mayores posibilidades de superar sus discapacidades y de aprender nuevas destrezas que le permitan desenvolverse en la vida cotidiana. (20)

Los principales profesionales que atenderán al niño desde el principio serán:

- Pediatra. Neurólogo.
- Fisiatra.
- Fisioterapeuta. Suelen utilizar métodos o técnicas de rehabilitación como el ejercicio, la estimulación sensorial. También pueden aconsejarle sobre la mejor manera de llevar, o colocar a su hijo, y de cómo aprender a sentarlo, permanecer de pie o caminar. Mediante la fisioterapia se corrigen las posturas y se evitan las contracturas en las articulaciones.

- Logopeda. Durante los primeros meses de vida puede tratar a su hijo si tiene problemas para comer o beber y más adelante para hablar, uso del lenguaje de expresión o de comprensión, problemas del lenguaje escrito, si existen problemas para comunicarse, el logopeda debe identificar las dificultades específicas y trabajar para superarlas mediante un programa de ejercicios.
- Terapia Ocupacional El terapeuta ocupacional debe enseñarle a realizar destrezas, actividades cotidianas tales como comer, vestirse o usar el baño, que aumenta la confianza en sí mismos y la autoestima
- Trabajador Social. Tiene como función solucionar, orientar e informar sobre las problemáticas sociales de pacientes y familiares, que se presentan, tanto en su área de salud, como durante la atención del niño; es un eslabón indispensable en la atención del paciente.

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

- Psicólogos y Pedagogos. Utiliza teoría y técnicas psicológicas para aumentar las habilidades del niño. Sirve de complemento a la terapia física, ocupacional y del lenguaje, orientaciones para el cuidado adecuado de la alimentación, el aseo, el sueño, así como la determinación del nivel intelectual de los niños y el grado de desarrollo psicomotor que presentan. En muchas ocasiones se utilizan métodos de premios, elogios, etc. Ambos se encargan de la evaluación psicopedagógica de los niños para saber sus necesidades educativas especiales, conductuales y orientarles hacia la modalidad de escolarización más adecuada, así como proponerles los centros en los que podrían escolarizarse.(4)

Manejo de la parálisis cerebral

"Manejo es un término que indica no sólo el ocuparse de las limitaciones motoras, sino también de la totalidad de las necesidades del niño y en especial del establecimiento de una buena relación madre-hijo. La principal razón para el reconocimiento y manejo precoz, lo constituye una buena fisioterapia, el aspecto más importante es un programa de entrenamiento completo a los cuidadores, dando a la madre una completa

información de la naturaleza de la limitación del niño, explicándole por qué su hijo no puede hacer ciertas cosas, capacitándola en la atención diario del niño/a en apoyo del tratamiento rehabilitador iniciado en la unidad de rehabilitación que corresponda.

El tratamiento y manejo de un niño que sufre de parálisis cerebral implica enfrentarse a una amplia gama de problemas. En este trabajo la cooperación de los padres es vital, ya que solamente cuando los padres y el equipo multidisciplinario trabajan juntos se puede dar al niño las mejores oportunidades para desarrollar sus capacidades, por muy limitadas que sean.

Un estudio realizado por Pérez. L y Menciondo P. (2007) en Hospital Pediátrico Provincial "Eduardo Agramonte Piña". Camagüey reveló que el 100% de las personas entrevistadas fueron las madres, en lo que refiere al cuidado si el padre y la madre participan por igual en el cuidado del niño la respuesta resultó afirmativa, solo en 36.6%, en la mayoría 63.33% se refirió que era la madre la persona directamente encargada de atender al niño auxiliada por otros familiares generalmente los abuelos, referente al nivel de información que habían recibido los padres del personal de salud sobre la enfermedad del niño: 56.66 % lo consideraron información suficiente. (23)

Información a pacientes y familiares

Los padres y personas que cuidan al niño deben saber que:

- La naturaleza de la lesión es no infecciosa y no progresiva, aunque haya cambio con la edad, de los trastornos motores.
- La posibilidad de que los trastornos motores empeoren si el seguimiento tanto en el centro y fuera de este no es el adecuado y si además en la casa no se le realizan las pautas de tratamiento establecidas.
- Que deben manejar a su hijo en casa y en el colegio, así como la importancia de su participación activa para evitar contracturas permanentes de sus músculos estirándolos.
- Que debe existir un horario fijo de actividades de estimulación para garantizar la ganancia de habilidades sostenidas en el tiempo.
- El tratamiento postural y su auto corrección (en niños capaces de hacerlo) son premisas fundamentales para un desarrollo adecuado.

- Que el cariño y atención a sus hijos contribuye a la mejoría clínica y al desarrollo psicológico armónico.
- La necesidad de llevar al niño a lugares de recreación fuera de la casa para facilitar su relación y adaptación al medio social.
- Establecer estrategias de apoyo familiar para el cuidado del niño/a en caso de imposibilidad de alguno de los cuidadores.
- Que pueden hacer todas las preguntas que estimen pertinentes cuando surjan dudas con respecto al manejo del paciente o relacionado con su diagnóstico, pronóstico evolución o tratamiento.

Es fundamental la actitud de la familia para favorecer una rehabilitación eficaz, ya que, es en el seno de su hogar donde el niño/a con lesión cerebral pasa la mayor parte de su tiempo, las familias afectadas piden que se les oriente y enseñe sobre los cuidados que se les debe proporcionar a los niños/as, permitiéndoles así desarrollar sus capacidades hasta donde sea posible. Se debe enfatizar que aunque la buena atención en el hogar es un factor importante y esencial para el tratamiento, no es un sustituto de la terapia física. (3)

Es importante brindar a la madre, y cuidador la información necesaria sobre la enfermedad en cuanto a su evolución, pronóstico, tratamientos y posibles complicaciones, así como brindar información educativa (promoción y prevención) sobre la misma en cualquiera de los momentos que lo deseen, adiestrar a los familiares en el manejo del paciente y en los cuidados que debe tener para mantener una salud adecuada ante su rol de cuidador, lograr evoluciones en el desarrollo psicomotor de niños con dichas posibilidades evolutivas, apoyar o adecuar psicológicamente al niño y familiares y disminuir al máximo las limitaciones propias de la enfermedad.(11)

Repercusiones en el entorno familiar

La presencia de un niño/a con Parálisis Cerebral altera, en mayor o menor medida, la vida familiar según del grado de dependencia. Cuando éste es elevado, requieren grandes cuidados y ayuda para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, cuidados que recaen en la familia, la mayoría de las veces, en la madre. Pero, además, la presencia de un hijo/a con discapacidad, como ocurre con estos niños, supone una quiebra en el proyecto vital compartido por la familia, no sólo por el desgaste físico

originado por su cuidado, sino también por las repercusiones psicológicas y sociales que implica enfrentarse a una realidad que desmiente las expectativas.

La madre y/o el padre suelen ser los primeros en detectar que hay una anomalía en el curso del desarrollo de su hijo/a, lo que les lleva a consultar al pediatra del niño/a. Se puede decir casi con seguridad que el momento más difícil para la familia abarca desde que surge la sospecha de que algo va mal hasta la comunicación del diagnóstico.

El futuro del niño/a depende en gran medida de la forma en que la familia más cercana percibe y afronta la discapacidad. Los primeros momentos, tras la confirmación del diagnóstico, se viven con gran confusión de sentimientos, a veces contradictorios, que oscilan entre la esperanza de que haya un error hasta la desesperación. La forma en que los profesionales comunican el diagnóstico tiene una influencia importante en las impresiones y reacciones iniciales. Hay padres que expresan quejas por la falta de sensibilidad, la insuficiencia de información o los diagnósticos contradictorios, circunstancias que aumentan los sentimientos de confusión, temor e incertidumbre.

Relación entre las actitudes de la familia y el desarrollo infantil

Las actitudes que adoptan los padres ante la experiencia de tener un hijo/a con PC depende de múltiples factores personales y sociales, un estudio realizado por Romero R en 2004 que describe las actitudes de las madres ante la experiencia de vivir la PC de su hijo, teniendo en cuenta los componentes afectivos, cognitivos y conductuales de cada actitud. La autora aplicó la “Escala de Actitud para Parálisis Cerebral” a una muestra formada por 50 madres de niños con esta afección y edades comprendidas entre 3 y 70 meses, que, en 2002, estaban asistiendo a instituciones de Educación Especial en el estado venezolano de Zulia. Los resultados confirmaron una teoría en la que las creencias y el afecto predicen una conducta más estable que, a su vez, favorece el desarrollo integral en el niño/a con PC, es decir, las actitudes positivas hacia el niño/a y su futuro mejora su evolución. Por el contrario, este desarrollo del niño/a puede verse entorpecido por las actitudes proteccionistas de las familias y de las propias instituciones (25)

La necesidad de cuidados y apoyos especiales de las personas con PC implica un desembolso económico importante, no sólo porque tengan que recibir tratamientos

específicos o acudir a servicios que no siempre están dentro del sistema público social y sanitario, sino también porque, los cuidados que precisa el niño/a son tan intensos que, con frecuencia, la madre abandona su puesto de trabajo para ocuparse del niño/a.

Promoción de salud

Es importante la participación activa de la familia para evitar contracturas permanentes de los músculos, estirándolos y el uso constante de las órtesis que lleve el niño el mayor tiempo posible, así como promover el control voluntario de los movimientos. Evitando de esa forma la instauración o progresión de las deformidades.

Se recomienda: estirar los músculos hipertónicos o agonistas 10 min cada uno diariamente, fortalecer los músculos antagonistas 20 min cada uno diariamente, mediante la evocación de reflejos primitivos flexores, evitar la evocación de los reflejos posturales extensores (sin parar al niño, sin utilizar andadores ni sostenedores).

Se debe evitar dejar al niño sin atención en la posición supina, salvo que duerma, porque esta posición, aumentan el tono muscular de los músculos paraespinales extensores con hiperextensión de la cabeza y el tronco, de los músculos abductores de los muslos con abducción y cruce de uno sobre el otro y de los músculos de la pantorrilla con hiperextensión plantar y desviación interna de los pies (postura equina). Sin embargo, la posición supina es buena para mover, en todo el espectro de movimiento, las articulaciones de la cadera, de las rodillas y tobillos previamente colocados a 90° con el fin de evitar la intervención de los reflejos posturales extensores.

Se debe evitar dejar al niño sin atención en posición prona, que aumenta el tono de los músculos extensores paraespinales con hiperextensión del tronco y la cabeza. Sin embargo esta posición es recomendable para, con la ayuda de aparatos de sujeción prona (pelotas o rollos de toalla o el brazo de la madre), promover el reflejo del gateo que facilita el control de la cabeza y del tronco, el desarrollo de músculos extensores de las extremidades superiores y la apertura de los dedos de la mano y extensión de muñeca.

Si son niños que se asustan fácilmente cuando son movidos de forma brusca, la solución es mecerlos suavemente varias veces al día o colocarlos en un columpio o hamaca para habituar los receptores y evitar los sobresaltos y reacciones de vacío con llanto. Se recomienda transportarlos en brazos, en posición sentada con la espalda apoyada en el pecho de la persona que lo lleva, las caderas, rodillas y tobillos en ángulo de 90°. En el caso de postura en tijeras se deben cargar con las piernas abiertas en un costado de la madre. Cuando se emplee un coche este debe garantizar que el niño esté bien alineado biomecánicamente y que se le permita realizar movimientos espontáneos en la dirección correcta, así como se evitar accidentes por no sujeción adecuada del paciente. (11)

Diseño Metodológico.

Tipo de estudio:

Según el diseño metodológico el tipo de estudio es descriptivo según el método de estudio es observacional, (Piura, 2006). De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la Información, el estudio retrospectivo y según el período y secuencia del estudio es transversal.

Área de Estudio:

Es el área de pediatría del Hospital Aldo Chavarría, Centro de referencia nacional que brinda atención médica en rehabilitación a toda la población Nicaragüense.

Universo:

Todos los niños/as con parálisis cerebral menores de 6 años del área de pediatría del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría que asistieron en el periodo comprendido de julio – noviembre 2014.

Muestra:

Conformada por 44 niños/as con diagnóstico de parálisis cerebral que acudieron al área de pediatría del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría durante el periodo julio-noviembre 2014 y cumplieron los criterios de inclusión.

Unidad de Análisis:

Representada por cada uno de los hogares niños/as con parálisis cerebral infantil que acudieron al área de pediatría en el periodo de estudio.

Unidad de Observación:

Son las actividades de rehabilitación utilizados en el hogar de los niños/as con parálisis cerebral que asistieron al Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría en el periodo de estudio.

Criterios de Inclusión:

1. Niños/as con diagnóstico de parálisis cerebral.
2. Los niños/as con que asistieron a su rehabilitación en el área de pediatría del HRACH durante el periodo de estudio.
3. Los niños/as de padres que aceptaron participar en el estudio
4. Niños/as de 1-5 años.
5. Niños/as en atención subsecuente.

Criterios de Exclusión:

Los niños/as con diagnóstico de parálisis cerebral que demandaron atención medica pero no corresponde al área de pediatría del HRACH.

Los niños/as de padres que no aceptaron participar en el estudio.

Los niños/as que asistieron a rehabilitación en el área de pediatría del HRACH por otra patología que no sea parálisis cerebral.

Niños menores de un año.

Niños de primer ingreso.

Instrumento para la recolección de información:

Se realizó a por el llenado de ficha de recolección de datos través de una entrevista a responsables y de los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral que asistieron a su rehabilitación en el área de pediatría del HRACH durante el periodo de estudio.

Fuente de información:

Fue a través de fuente primaria entrevista a responsables y fuente secundaria expediente clínico.

Método y técnica de recolección de información:

El llenado de la ficha de recolección de información se realizó mediante entrevista a responsables que asistieron a rehabilitación que se realiza una vez por semana en los niños mayores de 1año hasta los 6 años, con previo consentimiento informado.

La información fue completada través de la revisión de expedientes clínicos, de pacientes diagnosticados con parálisis cerebral que reciben su rehabilitación en el área de pediatría de HRACH en el periodo de estudio, los cuales fueron elegidos según los criterios de inclusión establecidos en esta investigación.

Procesamiento de la información:

A partir de los datos que se recolectaron, se diseñó la base datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 20 para Windows. Una vez que se realizó el control de calidad de los datos registrados, se realizaron los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables (cuantitativas o cualitativas) y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos, se realizaron los análisis descriptivos correspondientes a las variables nominales y/o

numéricas, entre ellos: El análisis de frecuencia, y las estadísticas descriptivas según cada caso. Además se realizaron tablas y gráficos.

Matriz de Operacionalización de Variable

Objetivo General: Evaluar la Rehabilitación en el hogar del niño menor de 6 años con diagnóstico de Parálisis Cerebral atendido en la Consulta Externa de Pediatría del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría en el periodo comprendido Julio – Noviembre del Año 2014.

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa O Indicadores
------------------------------	----------------------------	------------------------------------	---

<p>Objetivo 1. Identificar las características Sociodemográficas de los niños/as y responsables de los niños/as con parálisis cerebral</p>	<p>1. Características Sociodemográficas</p>	<p>1.1 Edad del niño.</p> <p>1.2 Sexo del niño.</p> <p>1.3 Edad del tutor</p> <p>1.4 Sexo del tutor</p> <p>1.5 Procedencia tutor</p> <p>1.6 Escolaridad tutor</p> <p>1.7 Ocupación tutor.</p> <p>1.8 Estado civil tutor.</p>	<p>1.1.1 1-3</p> <p>1.1.2 4 a <6.</p> <p>1.2.1 Femenino</p> <p>1.2.2 Masculino</p> <p>1.3.1 Mínima</p> <p>1.3.2 Media</p> <p>1.3.3 Máxima</p> <p>1.4.1 femenino</p> <p>1.4.2 masculino</p> <p>1.5.1 urbano</p> <p>1.5.2 rural</p> <p>1.6.1 analfabeta</p> <p>1.6.2 primaria completa</p> <p>1.6.3 primaria incompleta</p> <p>1.6.4 secundaria incompleta</p> <p>1.6.5 secundaria completa</p> <p>1.6.6 universitaria incompleta</p> <p>1.6.7 universitaria completa</p> <p>1.6.8 técnico medio</p> <p>1.7.1 ama de casa</p> <p>1.7.2 oficinista</p> <p>1.7.3 asistente del hogar</p> <p>1.7.4 comerciante</p> <p>1.7.5 otros</p> <p>1.8.1 casado</p> <p>1.8.2 soltero</p> <p>1.8.3 divorciado</p> <p>1.8.4 unión estable</p> <p>1.8.5 viuda</p>
<p>Objetivo 2. Evaluar el conocimiento de los</p>	<p>2. Conocimiento de los</p>		

<p>responsables de los niños/as con parálisis cerebral que asisten a rehabilitación pediátrica.</p>	<p>-Responsables</p>	<p>2.1 Parálisis cerebral</p> <p>2.3 Objetivo del tratamiento rehabilitador.</p> <p>2.2.Patologías asociadas</p> <p>2.4.1 Logopedia</p> <p>2.4.2 Trabajo social</p> <p>2.4.3 Psicología</p> <p>2.4.4 Terapia ocupacional</p> <p>2.4.5 Fisioterapia</p> <p>2.4.6 Fisiatría</p>	<p>2.1.1 si</p> <p>2.1.2 no</p> <p>2.3.1 Mejorar postura</p> <p>2.3.2 Prevenir deformidades</p> <p>2.3.3.Evitar complicaciones</p> <p>2.3.4 Integración social.</p> <p>2.3.5 Independencia en Actividades de la vida diaria.</p> <p>2.2.1 visual</p> <p>2.2.2 auditiva</p> <p>2.2.3 lenguaje</p> <p>2.2.4 aprendizaje</p> <p>2.2.5 conductual</p> <p>2.2.6 otros.</p> <p>Si</p> <p>No</p>
<p>Objetivo 3.Describir las actividades de la Rehabilitación que se desarrollan en el hogar de los niños/as con parálisis cerebral</p>	<p>Valoración por el equipo</p> <p>3.Actividades de rehabilitación</p> <p>Medios utilizados</p>	<p>3.1 Posición del niño.</p> <p>3.2Estimulación visual</p> <p>3.3estimulacion auditiva</p> <p>3.4 estimulación Táctil.</p> <p>3.5estimulacion lenguaje.</p> <p>3.6 Hidroterapia.</p> <p>3.7 movilizaciones terapéuticas</p> <p>3.8 colchoneta.</p> <p>3.9 cama</p> <p>3.3.3 juguetes.</p> <p>3.3.4 pelota de Bobath.</p> <p>3.3.5 barras paralelas.</p>	<p>1.1 sentado</p> <p>3.1.2 acostado.</p> <p>3.1.3 silla de rueda.</p> <p>3.1.4 corrección de postura</p> <p>Si.</p> <p>No</p> <p>Si.</p> <p>No.</p>

Sexo del niño: En relación al sexo de los niños con Parálisis Cerebral un 56.8% (25 casos) pertenecen al sexo masculino y 43.2% (19 casos) pertenecen al sexo femenino. (Cuadro 2)

Edad del responsable del niño: La edad máxima es de 64 años, y la mínima de 20 años, siendo el promedio de edad de 34 años. (Cuadro 3). En relación al sexo del responsable del niño: El 95.5% (42 casos) pertenecen al sexo femenino el 4.5% (2 casos) pertenecen al sexo masculino. (Cuadro 4)

Procedencia: Según la procedencia el 81.8% (36 casos) pertenecían al área urbana y 18.2% (8 casos) pertenecían al área rural. (Cuadro 5).

Escolaridad del responsable: se presentó para secundaria incompleta 25% (11 casos), secundaria completa 25% (11 casos). (Cuadro 6). En relación a la ocupación se registró la mayoría de madres son ama de casa 65.9% (29 casos), seguida de otros 15.9% (7 casos). (Cuadro 7).

Estado Civil: En relación al estado civil la unión estable ocupa un 36.4% (16 casos), casado 31.8% (14 casos), soltero 22.7% (10 casos). (Cuadro 8)

En relación al conocimiento del responsable el 70.5% de los responsables (31 casos) tienen conocimiento sobre Parálisis Cerebral, siendo los niveles medios de escolaridad como secundaria incompleta (8), secundaria completa (9), los que tienen mayor conocimiento. El 29.5% (13 casos) no tienen conocimiento de la patología, los cuales se registran con bajo nivel de escolaridad, Primaria incompleta (4). (Cuadro 9)

Según el conocimiento del tipo de parálisis: el 47.7% (21 casos) respondieron Parálisis Cerebral Espástica y el 47.7% (21 casos) no sabe el tipo de parálisis que tiene el niño (cuadro 10).

Se encontró que de las patologías asociadas la más frecuente es el lenguaje en un 90% (40 niños), seguida de convulsiones con 38.6% (17 casos), el 34% (15) corresponde a las visuales, siendo la menos frecuente las conductuales con 4.5% (2 casos). (Cuadro 11).

Según el conocimiento del objetivo rehabilitador el 81% (36 casos) dijeron que lograr independencia, la mayoría de los cuales presentaron una escolaridad media secundaria incompleta (11 casos) y secundaria completa (11 casos), seguidos de mejorar postura con el 31.8% (14 casos) e integración social con 25% (11 casos). (Cuadro 12)

En relación a la evaluación del equipo el 100% (44) de los niños son valorados por el fisiatra igual que por el fisioterapeuta, el 84% (37 casos) son valorados por logopedia, el 79.5% (35 casos) por psicología y solo el 11.3% (5) por terapia ocupacional. (Cuadro 13)

Posición del niño en el hogar: el 95.4%(42) niños permanecen la mayor parte del tiempo acostados, con cambio hacia la posición sentado en 90-% (40casos) y solo el 11.3%(5 casos) utilizan silla de rueda.). El 59%(26casos) realizan la corrección de postura durante el día (Cuadro 14)

Actividades de Rehabilitación: el 100%(44 casos) reciben estimulación visual, el 97.7%(43 niños) se le realizan movilizaciones terapéuticas, el 95.4%(42casos) reciben estimulación auditiva, el 70.4% estimulación del lenguaje y solo el 20.4%(9casos) reciben hidroterapia. (Cuadro 15)

Medios usados para la rehabilitación: el 100%(44) utilizan juguetes, EL 88.6%(39 niños) realizan la practica en colchoneta (colchones), el 79.5% también utilizan la cama para realizar la rehabilitación, el 15.9% cuenta con aditamentos, el 11.4% utiliza el verticalizador y solo el 13.6% (6) utilizan pelota de Bobath. (Cuadro 16).

Miembros de la familia: el 59% de familias están constituidas por 5 a 8 miembros, y en el 56.8% participan 2 miembros de la familia en el tratamiento rehabilitador. (Cuadro 17)

El tiempo de rehabilitación en el hogar: el 52.2%(23 niños) reciben de 15- 30 min diario de terapia, el 27.2%(12) reciben más de 30 min. La frecuencia con que realizan la rehabilitación el 79.5%(35 niños) reciben terapia 1 vez al día, el 13.6%(6) reciben terapia 2 veces al día. (Cuadro 18).

Ayuda económica y de materiales: el 72% (32niños) reciben ayuda económica de sus padres o progenitores, el 61.4%(27) reciben ayuda por familiares. (Cuadro 19). En cuanto a la asistencia a otro centro de rehabilitación: el 59.1%(26 niños) solo asisten a tratamiento rehabilitador al Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, el 40.9%(18niños) reciben tratamiento en otros centros de rehabilitación. (Cuadro 20)

Tiempo continuo de tratamiento rehabilitador: el 31.8% de niños ha recibido tratamiento continuo de rehabilitación por menos de 1 año, el 29.5%(13) por un año, el 25% (11) por 2 años continuos, el 11.4%(5) por 3 años continuos, el 2.3%(1) por 4 años. (cuadro21).

Discusión de Resultados.

La mayor parte de los responsables de los niños con diagnóstico de Parálisis Cerebral pertenecen al sexo femenino, lo que tiene relación con la ocupación la mayor parte de ellas son ama de casa, lo que difiere de un estudio realizado por Morales 2013 en el que se encontró que los padres de los niños con parálisis cerebral son en su mayoría profesionales, solo un porcentaje muy mínimo de participación del sexo masculino se ve reflejada en este estudio, lo que se asemeja de un estudio realizado por Pérez. L, 2007 en Camagüey que reveló que solo el 36.6% de padres participan en el cuidado del niño. De acuerdo a los resultados obtenidos el 70.5% de los responsables tienen conocimiento sobre la patología pero a la vez no todas manejan el tipo de parálisis que tiene su niño, lo que se semeja de un estudio realizado por Pérez L (2007) reportó que el 56.6% de los padres había recibido información suficiente del personal de salud sobre la lesión cerebral. La mayoría de responsables tienen un nivel de escolaridad media, la escolaridad de los responsables es muy importante dado que el nivel de educación está ligado al conocimiento y cumplimiento del tratamiento rehabilitador.

Se encontró que el lenguaje es la patología asociada más frecuente, siendo las menos frecuentes los trastornos sensoriales, la literatura internacional refiere que la frecuencia de estas patologías asociadas es variable según el tipo y la gravedad de Parálisis Cerebral, siendo los trastornos sensoriales los más frecuentes aproximadamente el 50% de los niños con PC tiene problemas visuales. En lo que respecta a la evaluación del equipo interdisciplinario todos los niños son valorados por el fisiatra y por el fisioterapeuta, y por los demás miembros del equipo en su mayoría, lo que tiene similitud con un estudio realizado por Morales (2013) que refiere que el 82.2% de los niños reciben atención por el equipo, otro estudio en el Reino Unido, arrojó que el 96% había acudido en los últimos 6 meses a un fisioterapeuta, y un 63% a terapia de lenguaje.

En lo que respecta al conocimiento que tienen los responsables de niños/as con parálisis cerebral sobre los objetivos del tratamiento rehabilitador refieren para lograr independencia, “valerse por sí mismo”, Según Restrepo R. (1995) uno de los objetivos del tratamiento rehabilitador es alcanzar la independencia en las actividades de la vida diaria, sin dejar de incluir los demás objetivos como parte de una estrategia de intervención integral para mejorar la calidad de vida de cada uno de estos niños.

Dentro de las actividades que realizan los responsables en el hogar de niños/as con parálisis cerebral la estimulación visual y auditiva son las más usadas, lo que se asemeja a un estudio realizado por Morales 2013 que encontró que el 100% de niños con parálisis cerebral reciben estimulación visual, auditiva y táctil en su tratamiento rehabilitador. La mayoría recibió movilizaciones terapéuticas, la literatura refiere que mejoran el desarrollo motor del niño y previenen las contracturas articulares que constituye uno de los objetivos del tratamiento rehabilitador. La estimulación del lenguaje es otra de las actividades realizadas en el hogar como parte de la estrategia de intervención del equipo interdisciplinario para desarrollar el mayor número de habilidades que le permita al niño con lesión cerebral alcanzar la mayor autonomía posible.

En lo que respecta a los medios usados en la rehabilitación todos los responsables utilizan juguetes siendo aplicada aquí los principios de ludoterapia, Rodríguez S. 1976 refiere que la ludoterapia cura jugando, favorece la comunicación efectiva con los niños/as, establece sentimientos de empatía, desarrolla confianza y facilita la labor de los profesionales de la salud, así como de sus familiares, la mayoría de niños utiliza colchoneta, pocos niños utilizan pelota de Bobath según la bibliografía indicada para cambiar patrones de movimientos alterados en patrones de movimientos útiles.

En este estudio 2 miembros de la familia participan en la rehabilitación, El tiempo de rehabilitación que reciben los niños en el hogar es de 15- 30 min diario con una frecuencia de 1 vez al día hallazgos similares al estudio del Reino Unido, el cual refleja que las sesiones de terapia física duraban 15-30 minutos en el 75% de los casos. En cuanto al apoyo económico brindado a estas familias provienen de los padres y resto de familiares, estos niños además son atendidos en otros centros de rehabilitación lo que facilita el cumplimiento continuo del tratamiento rehabilitador.

Conclusiones:

1. Los responsables de los niños/as con parálisis cerebral que realizan la rehabilitación en el hogar en su mayoría son del sexo femenino, edad media de

34 años, de escolaridad secundaria, ama de casa, hay muy poca participación del sexo masculino.

2. La mayoría de los padres o responsables tienen conocimiento de la parálisis cerebral, pero no todos manejan el tipo de parálisis que tiene el niño, la mayor parte refieren que el objetivo del tratamiento rehabilitador es lograr la independencia y muy pocos refieren la prevención de deformidades.
3. En su totalidad los niños con parálisis cerebral son valorados por fisiatría y fisioterapia, la mayoría por logopedia, psicología y una pequeña parte por terapia ocupacional, la patología asociada más frecuente es el lenguaje seguidas de alteraciones visuales.
4. La posición de los niños en el hogar es su mayoría es acostado, muy pocos tienen silla de rueda, la principal actividad de rehabilitación que realizan los responsables de los niños en el hogar es la estimulación visual, seguido de las movilizaciones terapéuticas las cuales son realizados en colchoneta, un grupo pequeño los realiza en cama, se utilizan como medio de estimulación los juguetes siendo la ludoterapia de importancia en este estudio.
5. La mayoría de niños/as con parálisis cerebral reciben rehabilitación en el hogar por 2 miembros de la familia, se le realizan movilizaciones terapéuticas una vez al día por 15-30 min. El apoyo económico brindado a estas familias proviene de los padres y de algunos otros familiares, estos niños además son atendidos en otros centros de rehabilitación lo que facilita la continuidad del proceso rehabilitador, logrando de acuerdo a los recursos disponibles una aplicación adecuada de la rehabilitación en el hogar.

Recomendaciones:

1. Mejorar la participación de toda la familia en el proceso de rehabilitación de los niños/as con Parálisis Cerebral a través de la integración
2. Realizar valoración por todo el equipo multidisciplinario a los niños/as con parálisis cerebral fortaleciendo los conocimientos y estrategias de las familias que a su vez contribuyan a mejorar la calidad de vida de estos niños.
3. Realizar monitoreo continuo y hacer un plan de seguimiento en la atención del niño en el hogar como estrategia para la efectividad del trabajo del equipo multidisciplinario que le permita brindar información completa a la familia.
4. Dar cumplimiento a la política nacional de salud a través del programa MOSAF e integración de las organizaciones locales de Todos con vos y RBC para dar seguimiento de la rehabilitación en el hogar de estos niños.

Bibliografía

1. Álvarez, A. (2001) Revisión sobre parálisis cerebral, concepto, clasificación y evolución de los métodos de tratamiento. Edit. Centro Internacional de Salud. Ciudad de la Habana.

2. Albright, A L. (1996). Spasticity and movement disorders in cerebral palsy. *Journal of Children Neurology* 11 (Supple 1): S1-S4.
3. Apablaza Corea R. Parálisis cerebral. Un desafío para la salud comunitaria. *Revista Rol de Enfermería* No.178, enero 1993.
4. Armenteros M. Revisión Bibliográfica Parálisis cerebral infantil. Papel de la enfermera en la atención primaria. Ciudad de la Habana. Año 1997.
5. Barba, Luz A. Importancia del Diagnostico Precoz para el tratamiento de la Parálisis Cerebral. Enero-Junio 1985.
6. Campos. C, Cordero. S, Rojas G, Vargas M. Ludoterapia y Estimulación Temprana: Atención del niño y la niña hospitalizado(a) y su familia. Costa Rica 2005.
7. Castillo F .2008 La educación especial en Nicaragua.
8. Corriols, Marianela. (2013) Metodología de la Investigación en salud aplicada a la elaboración de Trabajos monográficos.
9. Díaz Ontivero C. “Enfermedad motriz cerebral o parálisis cerebral o parálisis cerebral” [Monografía en internet} Instituto Superior de Ciencias Médicas. C. H. 2009. Disponible en: www.monografias.com.
10. Garabato Pino, D. y Núñez, Guisselle (2008). centro Internacional e Salud “La Pradera”. Diagnóstico y Tratamiento en pacientes con parálisis cerebral y trastornos en la comunicación y el lenguaje.
11. García Eduardo.2012 Protocolo de atención integral al paciente con diagnóstico de parálisis cerebral. Centro de Rehabilitación Julio Díaz La Habana.
12. Lemus, D. Importancia del manejo oportuno en el paciente con parálisis cerebral menor de 5 años Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría Junio 2006 - Febrero 2007 [tesis de post grado], Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.2007.
13. Madrigal A. Familia ante la Parálisis Cerebral, Intervención Psicosocial. Vol. 16 no 1. Madrid 2007.
14. Morales, Betty. Caracterización del manejo Rehabilitador de los pacientes con parálisis cerebral Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría enero – diciembre 2013 [tesis de post grado], Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.2014.

15. Parkes J., Donnelly M., Dolk H., Hill N. Use of physiotherapy and alternatives by children with cerebral palsy: a population study. *Child: Care, Health & Development* 2002; 28: 469-477.
16. Piura, J (2006) *Introducción a la metodología de la Investigación Científica*. Managua, Nicaragua: Centro de la Investigación y estudios de la Salud.
17. Restrepo Ricardo. 1995. *Rehabilitación en salud*, editorial interamericana, Colombia.
18. Revisión bibliográfica parálisis cerebral disponible [www.es.slidehare.net/surreal peace/parálisis cerebral](http://www.es.slidehare.net/surrealpeace/parálisis%20cerebral), 2008.
19. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*.vol15, No. 3, 2012.
20. *Revista Neurológica* 2007.Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados al año 2008.
21. Rivera León, M. Estrategia de ejercicios físicos en el hogar para la rehabilitación. www.monografias.com.
22. Rojas Mauricio N. Las terapias de grupo en familias con niños con parálisis cerebral” Guatemala, Abril 2004.
23. Pérez L. y Menciondo P.2007 Parálisis cerebral, su impacto sobre el ajuste emocional y desempeño social de la madre disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211118133007.pdf>.
24. Rodríguez, S. (1976). *Sistemas de Psicoterapia, Terapia de juego*. Universidad de Costa Rica. Facultad de Ciencias Sociales.
25. Romero, R. y Celli, A. (2004). Actitud de las madres ante la experiencia de un hijo con parálisis cerebral. *ED*, abr. 2004, vol.11, no.1, p.68-79.
26. Villareal, E. *Estimulación Temprana en Niños Nacidos de Madres con Alto Riesgo Obstétrico y Perinatal del Hospital Berta Calderón, Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, 2000 - 2002*, Managua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.2003

Anexos

Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría.

Ficha de Recolección de datos.

- **Objetivo General:** Evaluar la Rehabilitación en el hogar del niño/a menor de 6 años con diagnóstico de Parálisis Cerebral atendido en la Consulta Externa de Pediatría del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría en el periodo comprendido Enero – Noviembre del Año 2014

No de ficha. _____

Marque con una “X”, solo una de las opciones.

Describir las características Sociodemográficas de los niños y responsables de los niños/as con parálisis cerebral.

Datos del niño:

Edad: _____ Sexo: _____

Datos Madre o Tutor:

Edad en años _____ Sexo F _____ M _____

Procedencia: Urbano _____ Rural _____

Escolaridad:

Analfabeta _____ Primaria incompleta _____ Primaria completa _____

Secundaria incompleta _____ Secundaria completa _____ Universitaria
incompleta _____ Universitaria completa. _____ Técnico medio _____

Ocupación: Ama de casa _____ comerciante _____ oficinista _____

Asistente del hogar _____ Otros _____

Estado civil: casada _____ soltera _____ divorciada _____

Unión estable _____ viuda _____

II. Evaluar el conocimiento de responsables de los niños con Parálisis Cerebral que asisten a rehabilitación pediátrica al Hospital Aldo Chavarría.

Conocimiento de la patología Parálisis cerebral: SI _____ NO _____

1. Tipo de parálisis cerebral: Espástica _____ Atetósica _____
Atáxica _____ Hipotónica _____ Mixta _____

2. Patologías asociadas: Visual _____ Auditiva _____
Lenguaje _____

Aprendizaje _____ Conductual _____ otros _____

3. Objetivo del tratamiento rehabilitador:

Mejorar postura _____ Prevenir Deformidades _____ Evitar complicaciones _____ Integración social _____ Independencia en AVD _____

4. Valoración por equipo:

	SI	NO
Fisiatría		
Fisioterapia		
Psicología		
Terapia Ocupacional		
Lenguaje		
Trabajo social		
Neurología		
Otros		

III. Conocer las actividades de la Rehabilitación que se desarrollan en el hogar de los niños/as con parálisis cerebral.

Posiciones del niño durante el día:

Sentado _____

Acostado _____

Silla de rueda _____

Corrección de postura SI _____ NO _____

Actividades de rehabilitación en el hogar.

ACTIVIDADES	SI	NO
Hidroterapia		
Movilizaciones terapéuticas		
Estimulación visual		
Estimulación auditiva.		
Estimulación táctil		
Estimulación del lenguaje		

Medios que utiliza para realizar la rehabilitación:

MEDIOS	SI	NO
Colchoneta		
Cama		
Juguetes		
Pelota de Bobath		
Barras Paralelas		
Verticalizador		
Aditamentos		

IV Identificar los factores que facilitan el desarrollo de la Rehabilitación en el hogar de los niños/as con parálisis cerebral

1. Personas viven en el hogar del niño: 2 a 4 _____ 5-8 _____ > 8 _____

2. Miembros de la familia que participan en la rehabilitación:

1 _____ 2 _____ 3 _____ > 4 _____

3. Tiempo de rehabilitación: menos de 15min _____ 15-30 _____ mas de 30min _____

4. Frecuencia de Rehabilitación: 1v/ día _____ 2 v/ día _____ 3 v/ día _____

5. Ayuda económica y de materiales:

AYUDA	SI	NO
Padres		
Otros Familiares		
Institución Social		
Otros		
Asistencia a otro centro rehabilitación		

6. Tratamiento continuo en años: 1 año _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Tabla 1

Edad del niño/a con Diagnóstico de Parálisis Cerebral que Asisten a Rehabilitación Pediátrica HRACH Julio- Noviembre 2014.

Edad	Frecuencia	porcentaje
1 - 3 años	33	75%
4 a < 6 años	11	25%
Total	44	100%

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Tabla 2.

Sexo del niño/a con Diagnóstico de Parálisis Cerebral que Asiste Rehabilitación Pediátrica HRACH Julio-Noviembre 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	25	56.8
Femenino	19	43.2
Total	44	100

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Tabla 3.

Edad promedio del Responsable del niño/a con Diagnóstico de Parálisis Cerebral que asiste a rehabilitación Pediátrica HRACH Julio- Noviembre 2014

Media	33.89
Mínimo	20
Máximo	64

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Tabla 4

Sexo del Responsable del Niño/a con Parálisis Cerebral que asiste a Rehabilitación Pediátrica
Julio- Noviembre 2014.

		Frecuencia	Porcentaje
	Masculino	2	4.5
	Femenino	42	95.5
	Total	44	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Tabla 5.

Procedencia del Responsable del Niño/a con Parálisis Cerebral que asiste a Rehabilitación
Pediátrica Julio- Noviembre 2014.

		Frecuencia	Porcentaje
	Urbano	36	81.8
	Rural	8	18.2
	Total	44	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Tabla 6.

Escolaridad del Responsable del Niño/a con Parálisis Cerebral que asiste a Rehabilitación
Pediátrica Julio- Noviembre 2014.

		Frecuencia	Porcentaje
	Primaria incompleta	6	13.6
	Primaria complete	5	11.4
	Secundaria incompleta	11	25.0
	Secundaria completa	11	25.0
	Universidad incompleta	6	13.6
	Universidad completa	4	9.1
	Técnico medio	1	2.3
	Total	44	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Tabla 7.

Ocupación del Responsables del Niño/a con Parálisis Cerebral que asiste a Rehabilitación
Pediátrica Julio- Noviembre 2014.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	29	65.9
Comerciante	4	9.1
Secretaria	1	2.3
Asistente del hogar	3	6.8
Otros	7	15.9
Total	44	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Tabla 8.

Estado Civil de Responsables de los Niños/as con Parálisis Cerebral que asisten a
Rehabilitación Pediátrica Julio- Noviembre 2014.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	14	31.8
Soltero	10	22.7
Divorciada	1	2.3
Unión estable	16	36.4
Viuda	3	6.8
Total	44	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Cuadro 9.

Conocimiento de la parálisis cerebral según nivel de escolaridad del responsable de niño/a con Parálisis Cerebral.

		Conocimiento de la patología		Total	
		Parálisis cerebral:			
		No	Si		
Escolaridad	Primaria incompleta	4	2	6	
		9.1%	4.5%	13.6%	
	Primaria completa	2	3	5	
		4.5%	6.8%	11.4%	
	Secundaria incompleta	3	8	11	
		6.8%	18.2%	25.0%	
	Secundaria completa	2	9	11	
		4.5%	20.5%	25.0%	
	Universidad incompleta	1	5	6	
		2.3%	11.4%	13.6%	
	Universidad completa	1	3	4	
		2.3%	6.8%	9.1%	
	Técnico medio	0	1	1	
		0.0%	2.3%	2.3%	
	Total		13	31	44
			29.5%	70.5%	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Tabla 10.

Conocimiento del responsable según tipo de parálisis del niño/a con Parálisis Cerebral.

Tipo de parálisis cerebral			Total
Espástica	Hipotónica	No sabe	
21	2	21	44
47.7%	4.5%	47.7%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 11.

Patologías asociadas a Parálisis Cerebral en niños atendidos en Rehabilitación Pediátrica

HRACH. Julio – Noviembre 2014

		Respuestas	
		Nº	Porcentaje
	Visual	15	34.0 %
	Auditiva	11	25.0%
	Lenguaje	40	90.0 %
	Aprendizaje	19	43 %
	Conductual	2	4.5%
	Convulsiones	17	38.6 %
	Otro	2	4.5 %
N		44	100,0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Tabla. 12

Conocimiento del Responsables de niños/as con Parálisis Cerebral según escolaridad del Objetivo de la Rehabilitación Pediátrica. Julio- Noviembre 2014.

	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Universidad incompleta	Universidad completa	Técnico medio	Total
Mejorar postura	2 4.5%	2 4.5%	4 9%	4 9%	1 2.27%	1 2.27%	0 0%	14 31.8%
Prevenir deformidades	1 2.27%	1 2.27%	3 6.8%	3 6.8%	0 0%	0 0%	0 0%	8 18.1%
Evitar complicaciones	0 0%	1 2.27%	2 4.5%	3 6.8%	0 0%	0 0%	0 0%	6 13.6%
Integración social	2 4.5%	2 4.5%	3 6.8%	3 6.8%	1 2.27%	0 0%	0 0%	11 22.7%
Independencia en AVD	5 11.3%	2 4.5%	9 20.4%	10 22.7%	6 13.6%	3 6.8%	1 2.27%	36 81.8%
Total	6 13.6%	5 11.3%	11 25%	11 25%	6 13.6%	4 9%	1 2.27%	44 100%

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Tabla 13

Valoración del equipo Multidisciplinario niños/as con Parálisis Cerebral que asisten a
Rehabilitación Pediátrica HRACH Julio-Nov 2014

		Respuestas	
		Nº	Porcentaje
	Logopedia	37	84.0%
	Trabajo Social	18	40.9%
	Psicología	35	79.5 %
	Terapia Ocupacional	5	11.3 %
	Fisioterapia	44	100 %
	Fisiatría	44	100 %
	Neurología	28	63.6%
	Otros	16	36.3%
N		44	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Tabla 14

Posición del niño/a con parálisis cerebral en el hogar, atendido en Rehabilitación Pediátrica del HRACH.

		Respuestas	
		Nº	Porcentaje
	Sentado	40	90.9%
	Acostado	42	95.4 %
	Silla de ruedas	5	11.3%
	Corrección de postura	26	59%
N		44	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Tabla15.

Actividades de Rehabilitación en el hogar del niño/a con Parálisis Cerebral atendido en Rehabilitación Pediátrica del HRACH.

		Respuestas	
		Nº	Porcentaje
	Hidroterapia	9	20.4 %
	Movilizaciones terapéuticas	43	97.7 %
	Estimulación Visual	44	100 %
	Auditiva	42	95.4%
	Táctil	20	45.4%
	Lenguaje	31	70.4 %
N		44	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Tabla16.

Medios usados en la rehabilitación en el hogar de niños/as con parálisis cerebral HRACH.
Julio – Noviembre 2014

		Nº	Porcentaje
	Colchoneta	39	88.6%
	Cama	35	79.5%
	Juguetes	44	100.0%
	Pelota de Bobath	6	13.6%
	Barras paralelas	2	4.5 %
	Verticalizador	5	11.4%
	Aditamentos	7	15.9%
Total		44	100%

Fuente de recolección datos

Tabla17

Participantes en la rehabilitación según el número miembros en el hogar de niños con parálisis cerebral julio – noviembre 2014

	Número de personas que participan en la
--	--

			rehabilitación			
			1	2	3	Total
Miembros de la familia que viven en el hogar	2 a 4		5	5	0	10
			11.4%	11.4%	0.0%	23%
	5 a 8		8	17	1	26
			18.1%	38.6%	2.3%	59%
	más de 8		4	3	1	8
			9.1%	6.8%	2.3%	18.1%
Total			17	25	2	44
			38.7%	56.8%	4.6%	100%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla 18.

Tiempo y frecuencia de rehabilitación que reciben los niños con parálisis cerebral en el hogar
Julio –Noviembre 2014.

		Frecuencia de RHB			Total
		1 vez al día	2 veces al día	3 veces al día	
Tiempo de rehabilitación	menos de 15min	9	0	0	9
		20.4%	0%	0%	20.4%
	15-30	19	4	0	23
		43.1%	9%	0%	52.2%
	más de 30min	7	2	3	12
		15.9%	4.5%	6.8%	27.2%
Total		35	6	3	44
		79.5%	13.6%	6.8%	100%

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Tabla 19.

Procedencia de la ayuda económica y de materiales que reciben los niños/as con Parálisis Cerebral que asisten a Rehabilitación Pediátrica Julio – Noviembre 2014.

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº		
	Padres	32		72,7%
	Otros Familiares	27		61,4%
	Institución social	1		2,3%
	Otros	4		9,1%
N		44		100%

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Tabla 20.

Asistencia de niños con parálisis cerebral a otro centro de Rehabilitación HRACH. Julio
Noviembre 2014.

		Frecuencia	Porcentaje
	Si	18	40,9%
	No	26	59,1%
Total		44	100.0,%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Tabla 21.

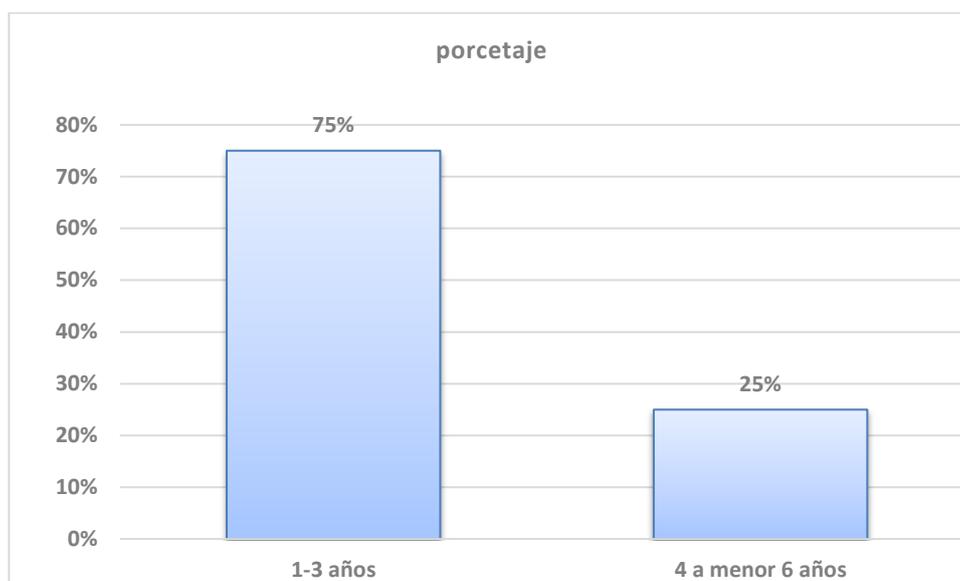
Tiempo continuo de tratamiento rehabilitador de los niños/as con Parálisis cerebral que asisten
a rehabilitación HRACH. Julio – noviembre 2014

		Frecuencia	Porcentaje
	< 1 año	14	31,8%
	1 año	13	29,5%
	2 años	11	25,0%
	3 años	5	11,3%
	4 años	1	2,3%
	Total	44	
Total		44	100,0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Grafico 1.

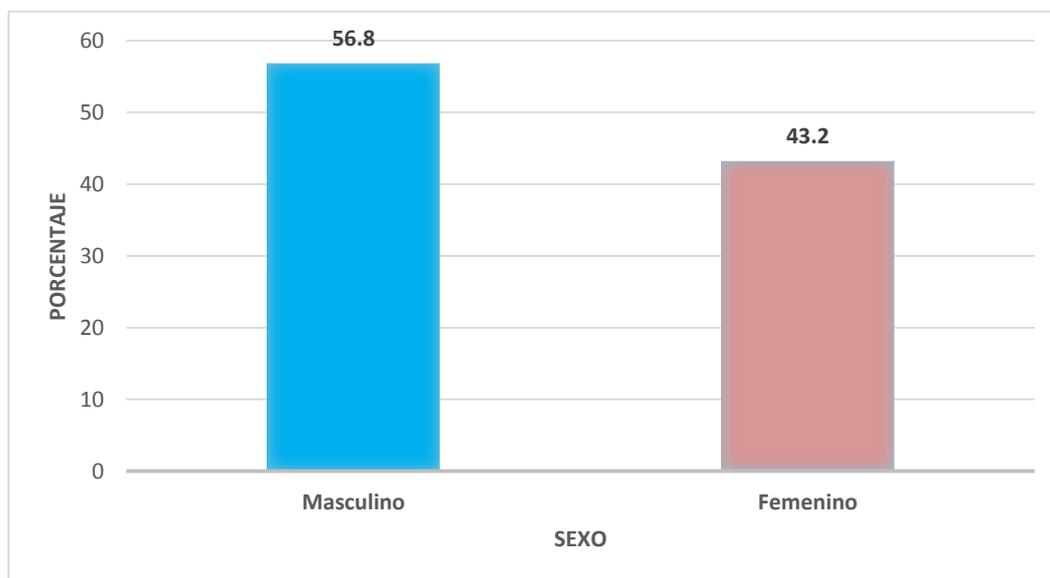
Edad del niño con Diagnóstico de Parálisis Cerebral que Asisten a Rehabilitación
Pediátrica HRACH Julio- Noviembre 2014.



Fuente: Tabla 1

Grafico 2.

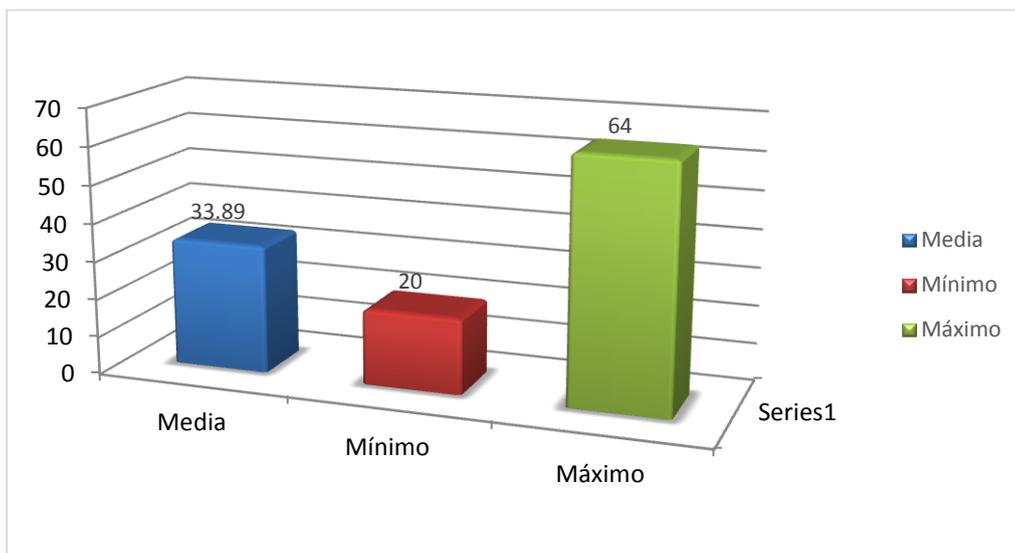
Sexo del niño con Diagnostico de Parálisis Cerebral que Asiste Rehabilitación Pediátrica HRACH Julio-Noviembre 2014.



Fuente: Tabla 2

Grafico 3.

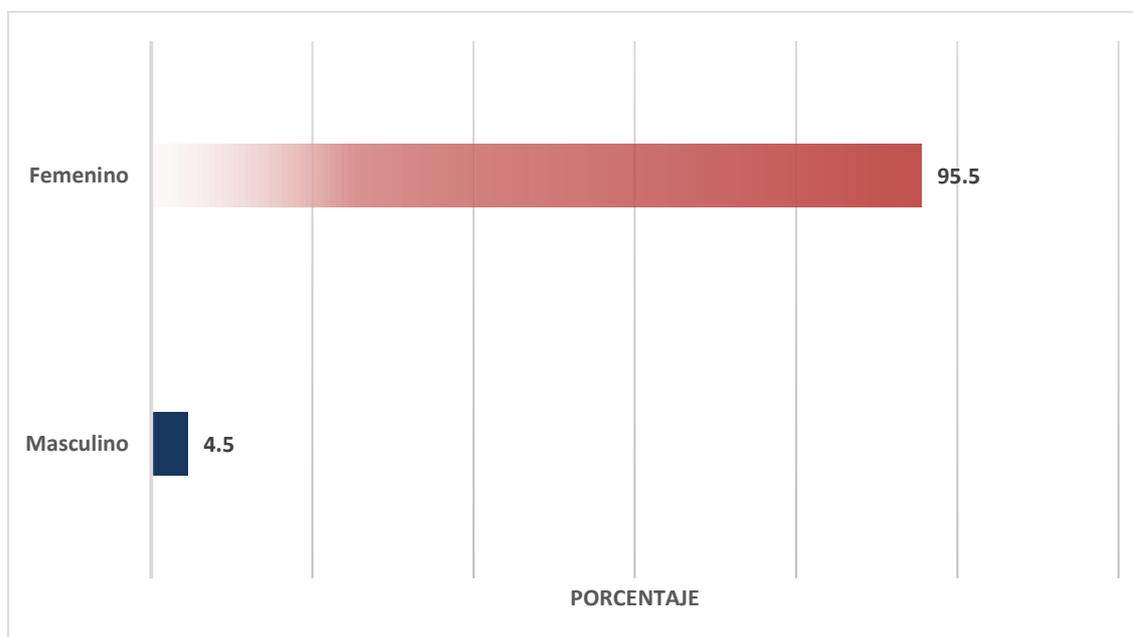
Edad del responsable del niño con Diagnostico de Parálisis Cerebral que asisten a rehabilitación Pediátrica HRACH Julio- Noviembre 2014.



Fuente: Tabla 3

Grafico 4

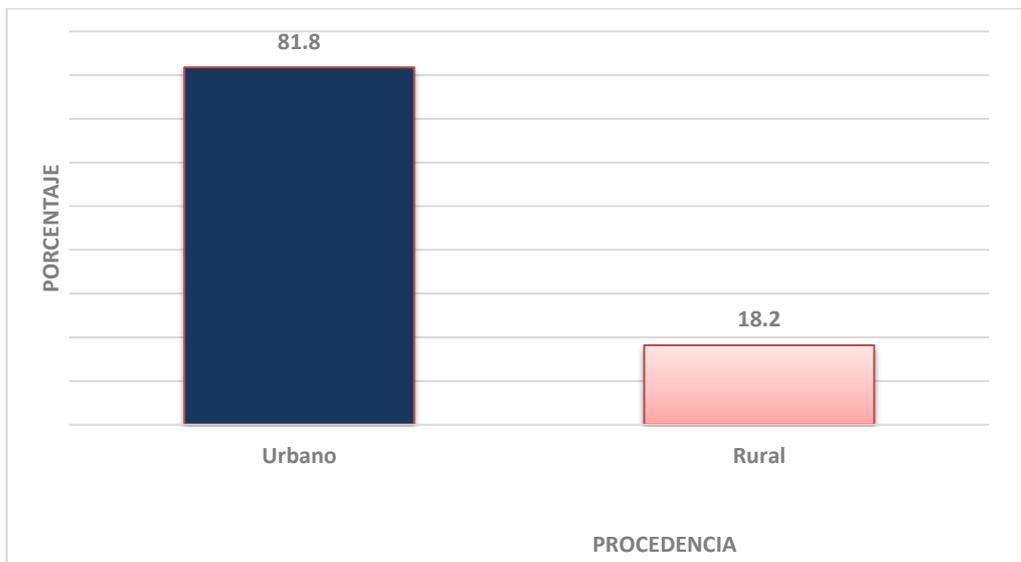
Sexo de Madres o Responsables de los Niños con Parálisis Cerebral que asisten a Rehabilitación Pediátrica Julio- Noviembre 2014.



Fuente: Tabla 4

Grafico 5.

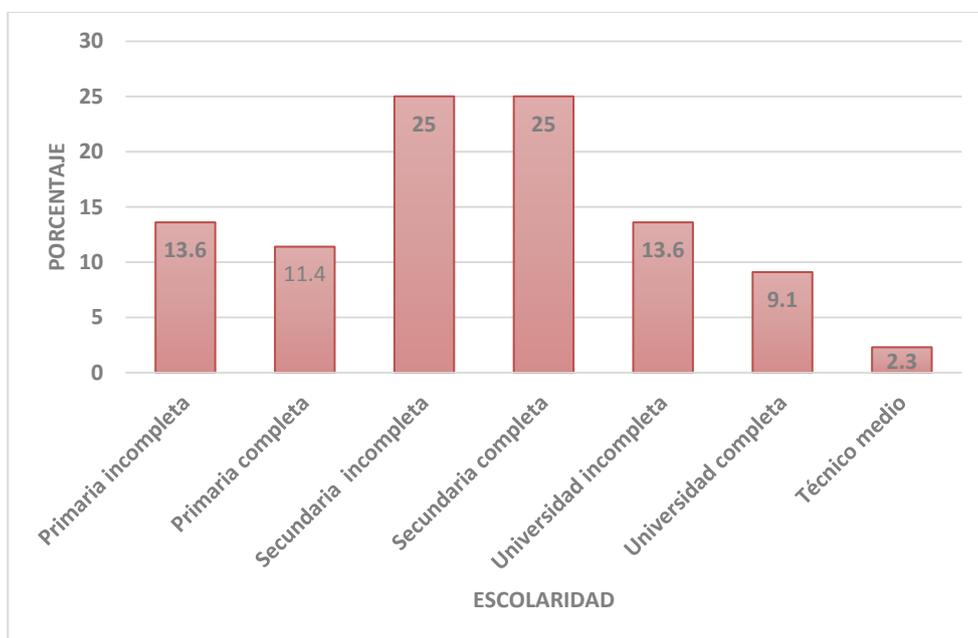
Procedencia de los Responsables de los Niños con PC que asisten a Rehabilitación Pediátrica Julio- Noviembre 2014.



Fuente: Tabla 5

Grafico 6.

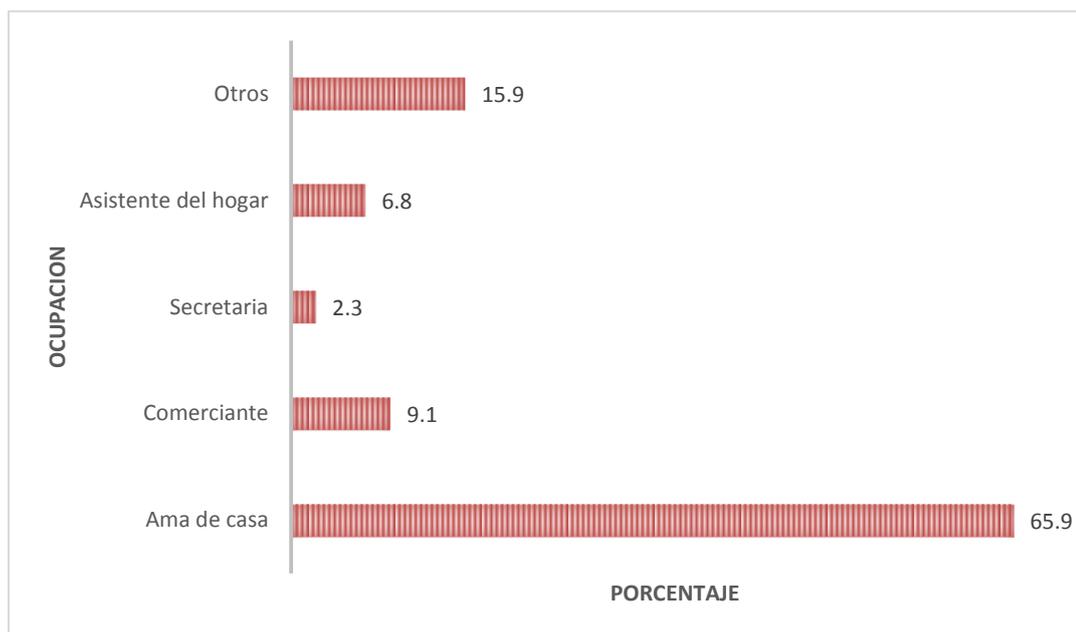
Escolaridad de los Responsables de los Niños con PC que asisten a Rehabilitación Pediátrica Julio- Noviembre 2014.



Fuente: Tabla 6

Grafico 7.

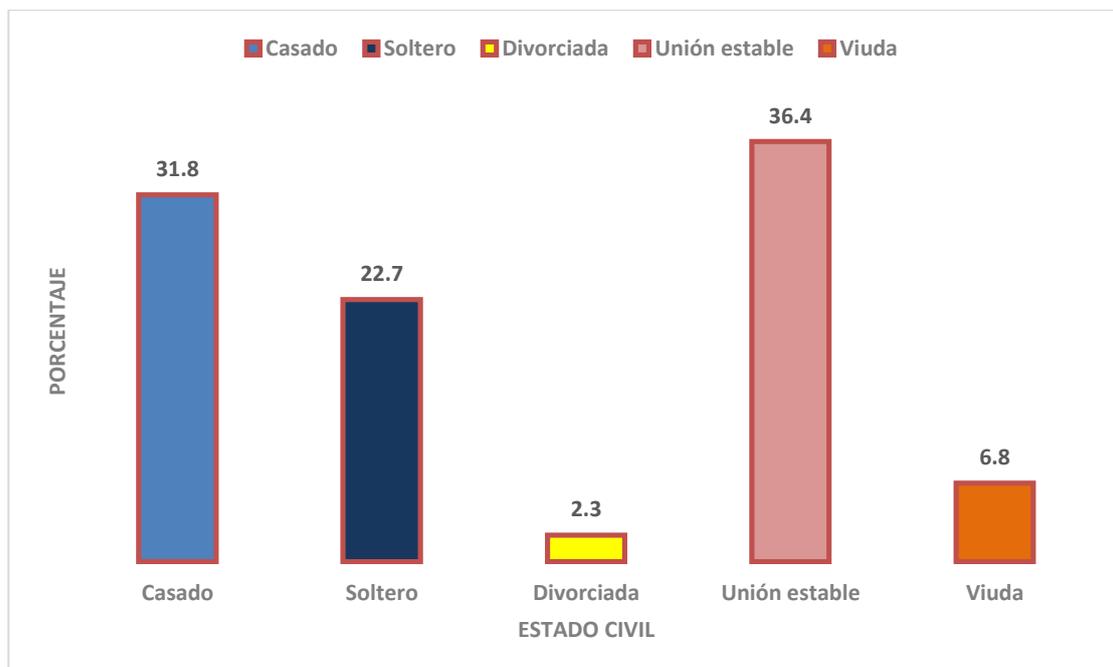
Ocupación de los responsables de los niños con pc que asisten a rehabilitación pediátrica julio- noviembre 2014



Fuente: Tabla 7

Grafico 8.

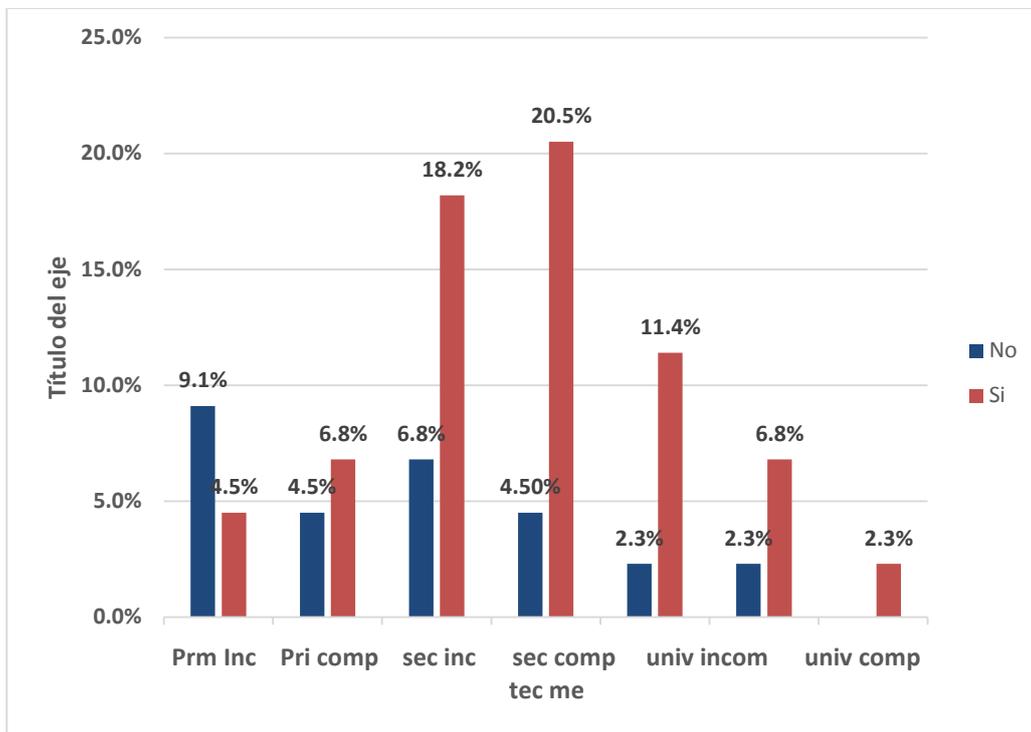
Estado Civil de los Responsables de los Niños con Parálisis Cerebral que asisten a Rehabilitación Pediátrica Julio- Noviembre 2014



Fuente Tabla 8

Grafico 9.

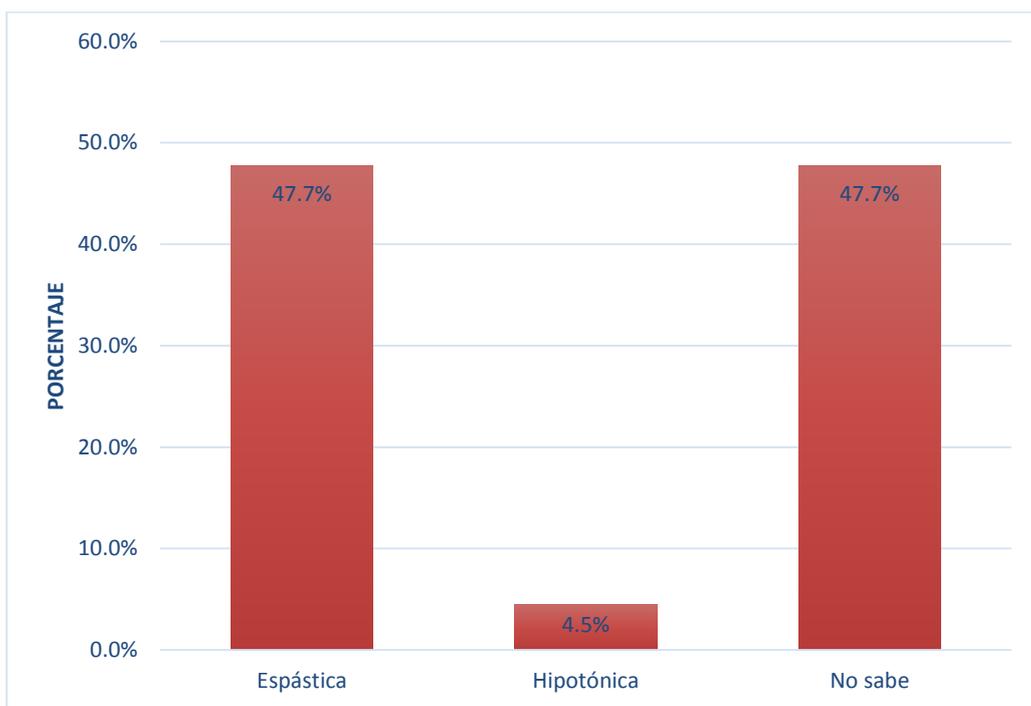
Conocimiento de la parálisis cerebral según la escolaridad del responsable del niño con PC



Fuente: Tabla 10

Grafico 10.

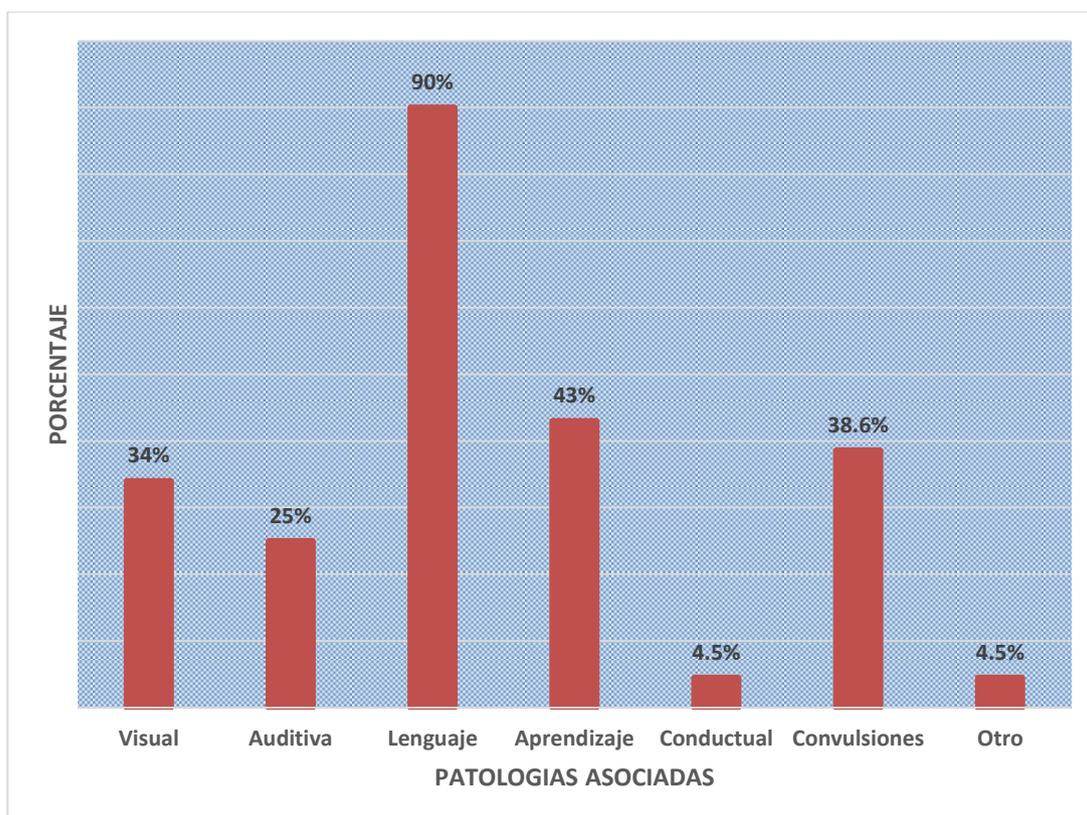
Conocimiento de los responsables del tipo de parálisis cerebral



Fuente: Tabla 10

Grafico 11.

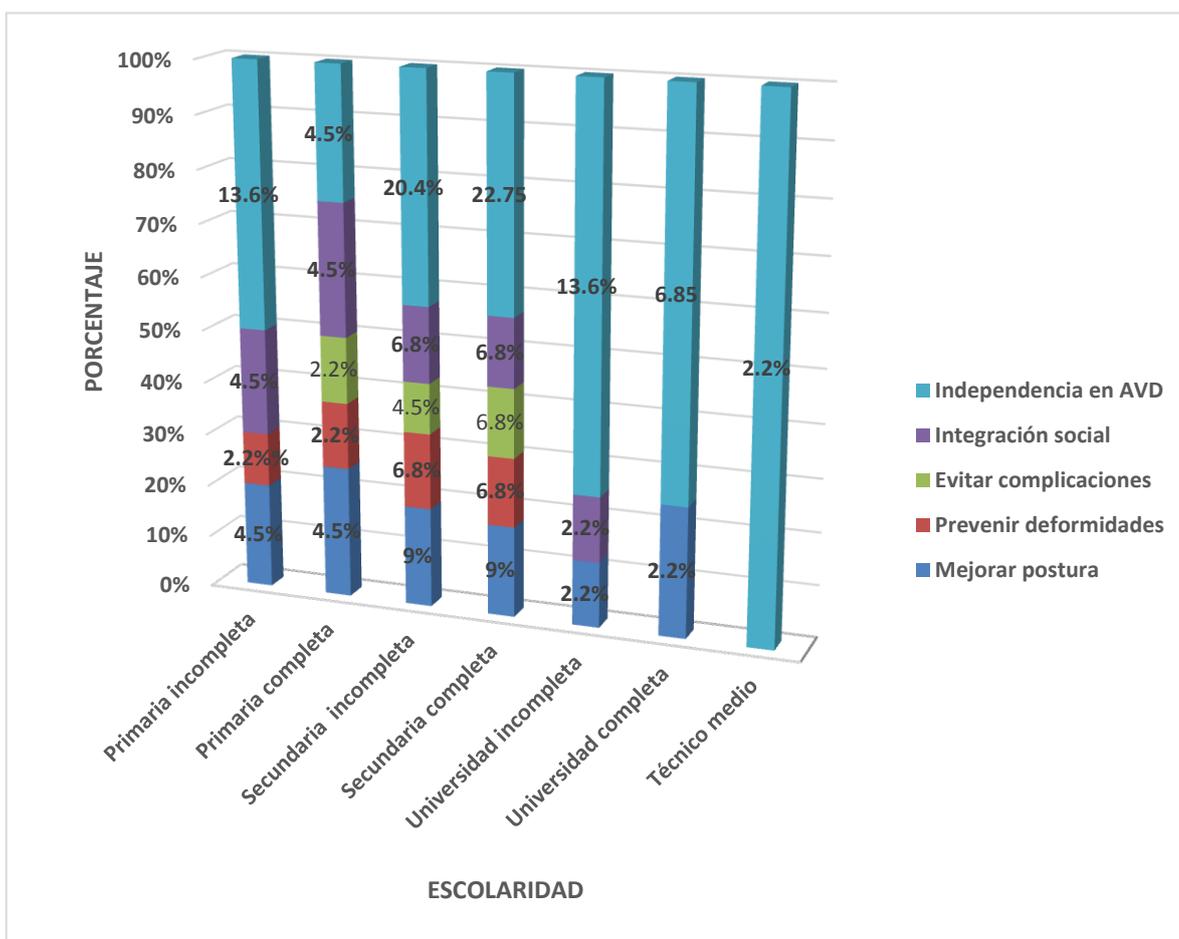
Patologías asociadas a Parálisis Cerebral en niños atendidos en Rehabilitación Pediátrica HRACH. Julio – noviembre 2014



Fuente: Tabla 11

Grafico. 12

Conocimiento de los Responsables de niños con Parálisis Cerebral según escolaridad de los

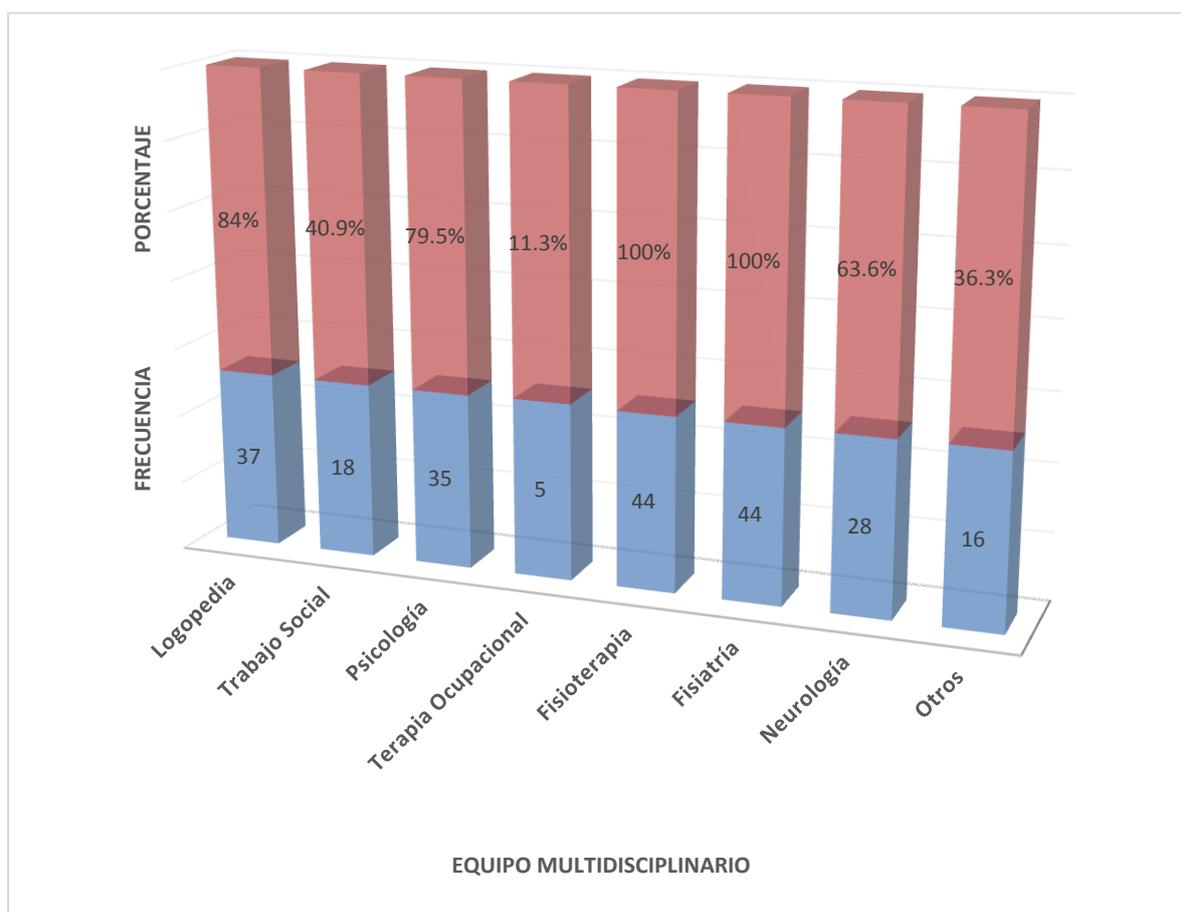


Objetivos de Rehabilitación.

Fuente; Tabla 12

Grafico 13

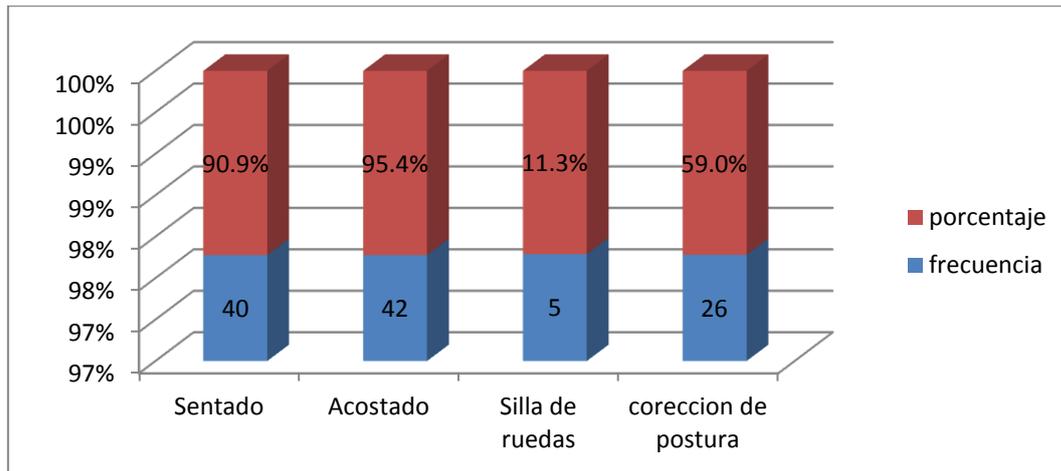
Valoración del equipo Multidisciplinario a niños con Parálisis Cerebral que asisten a Rehabilitación Pediátrica HRACH Julio-Nov 2014



Fuente: Tabla 13

Grafico 14.

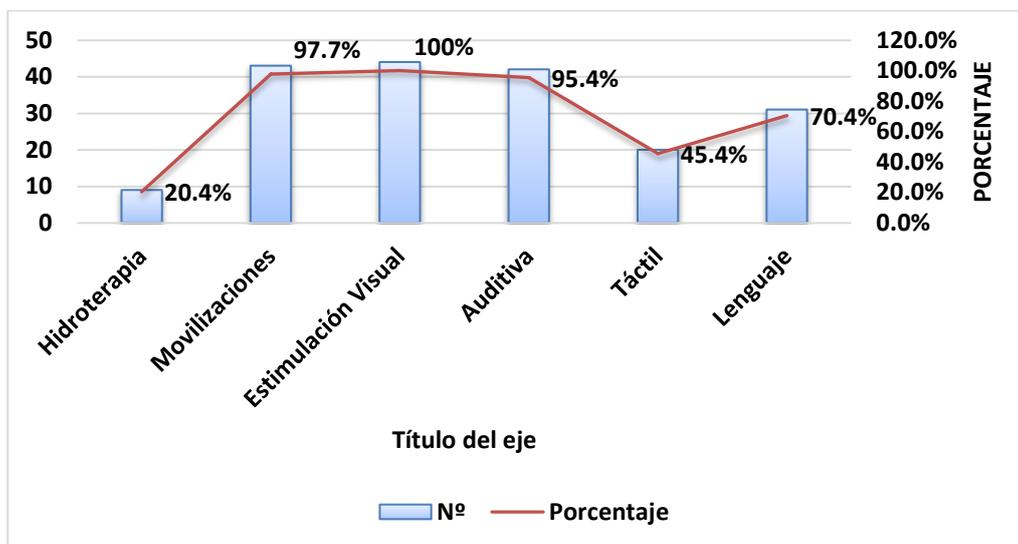
Posición en el hogar del niño con Parálisis Cerebral atendido en Rehabilitación Pediátrica del HRACH.



Fuente. Tabla 14

Grafico 15.

Actividades de Rehabilitación en el hogar del niño con Parálisis Cerebral atendido en Rehabilitación Pediátrica del HRACH.

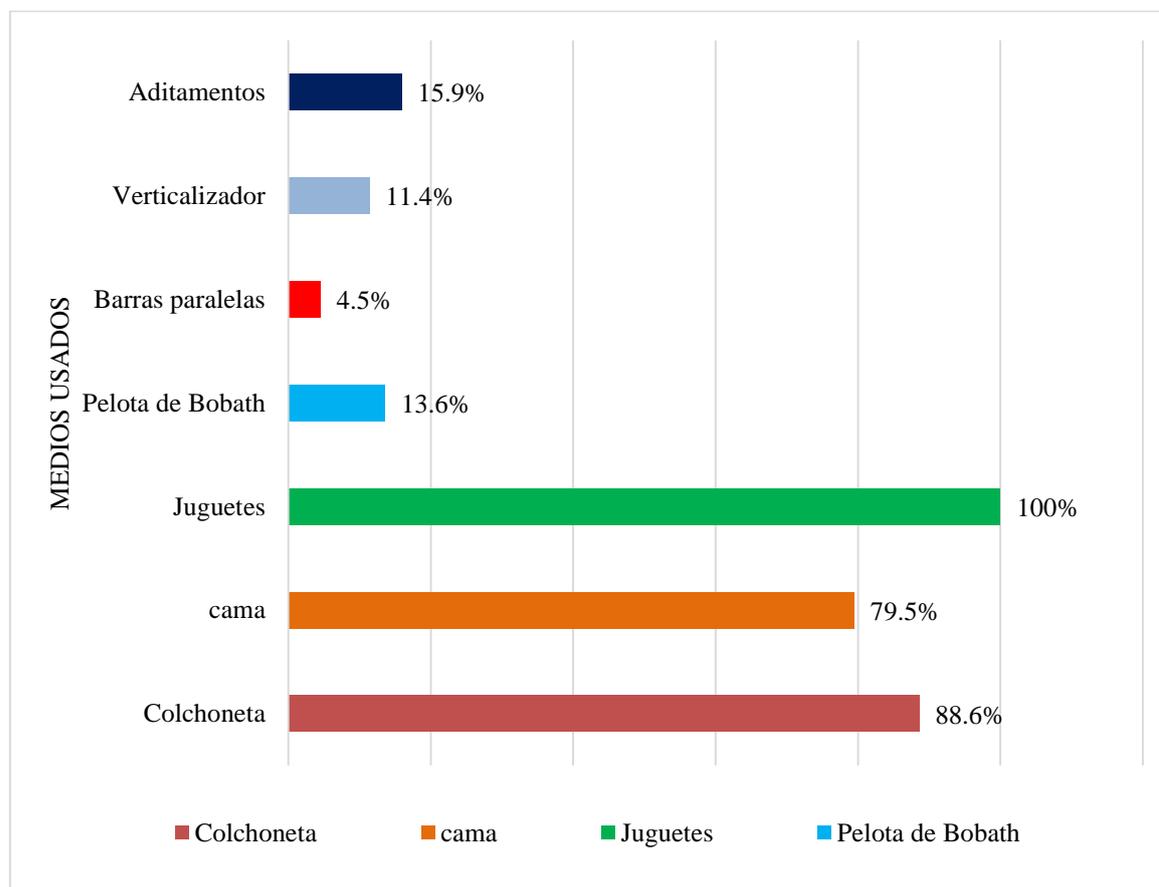


Fuente: Tabla 15.

Grafico 16.

Medios usados en la rehabilitación en el hogar de niños con parálisis cerebral HRACH.

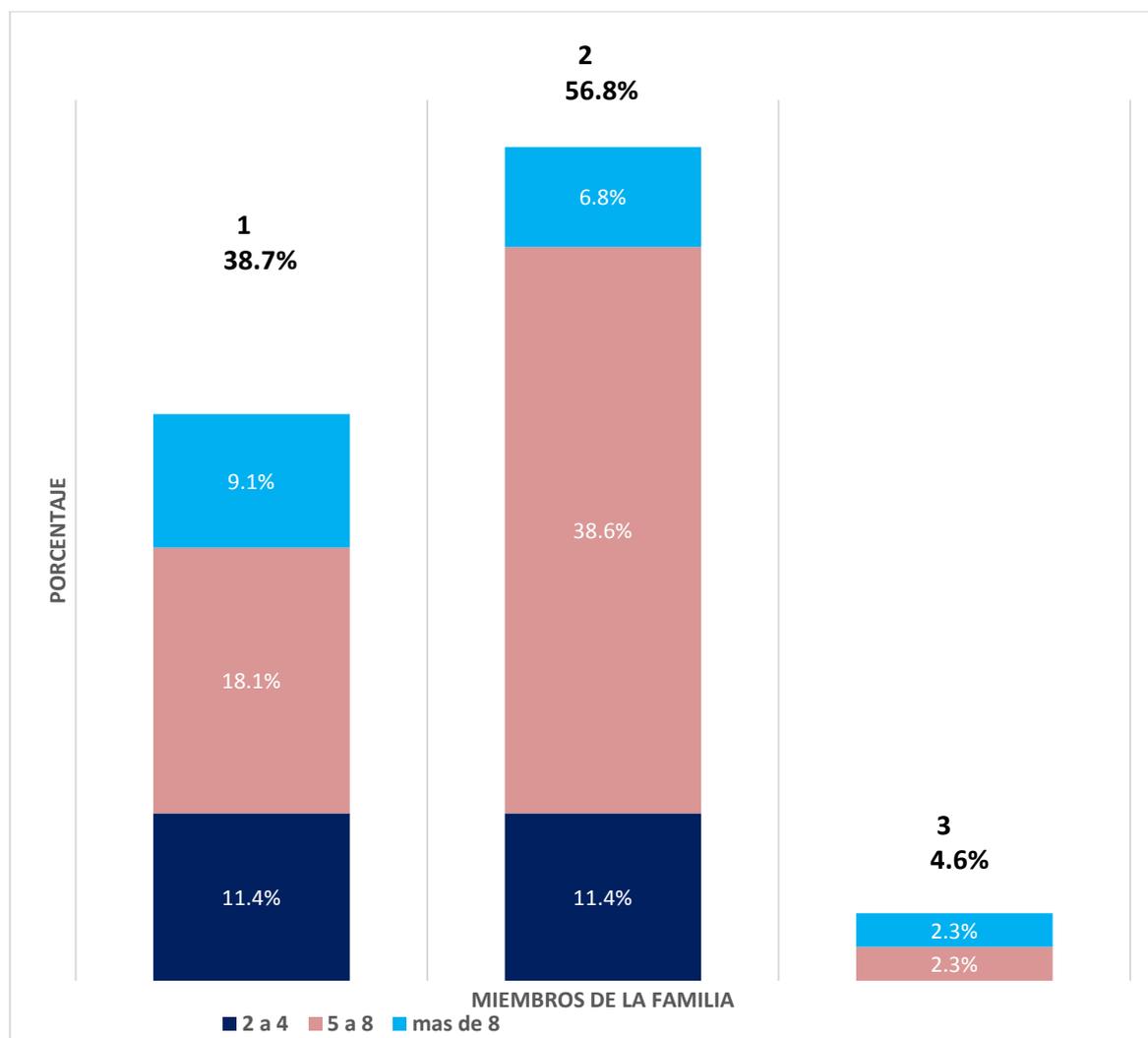
Julio – noviembre 2014



Fuente: Tabla 16

Grafico17.

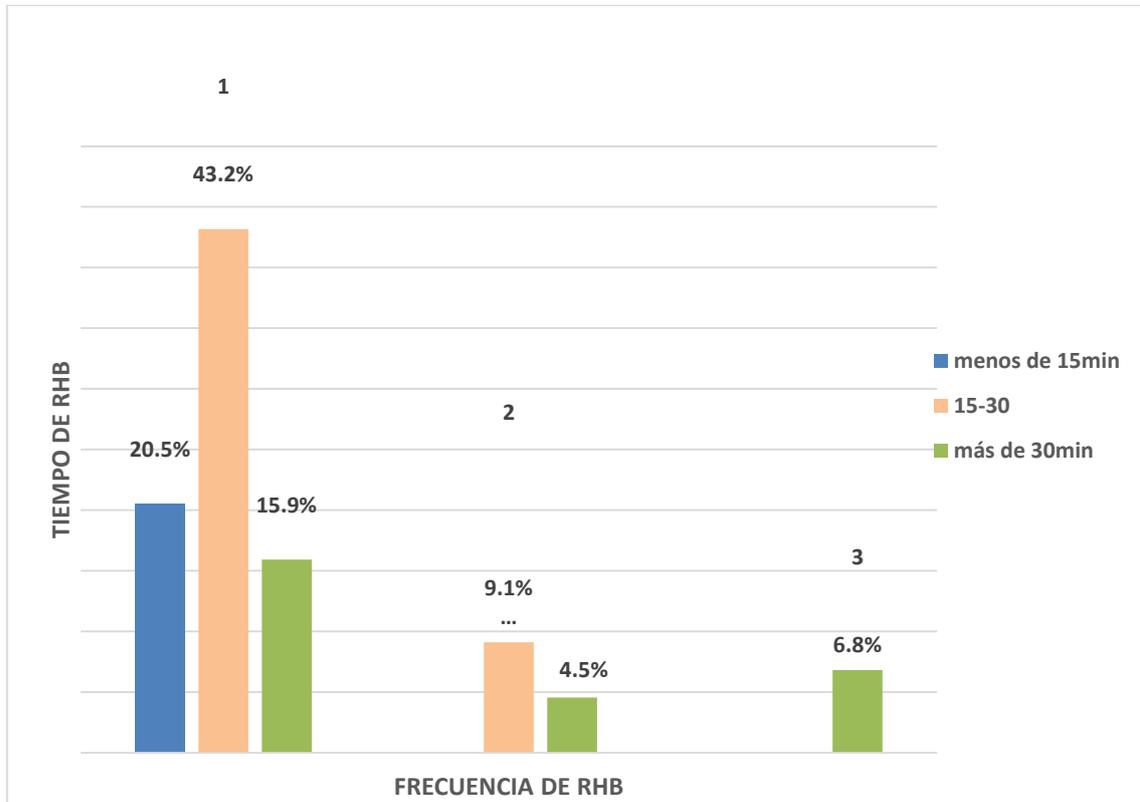
Personas viven en el hogar del niño y miembros de la familia que participan en la rehabilitación de niños con parálisis cerebral julio – nov 2014



Fuente: Tabla 17

Grafico 18.

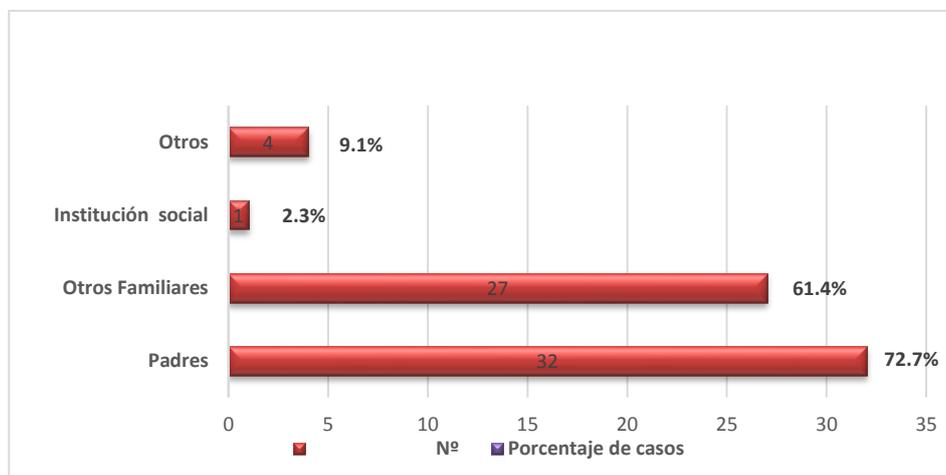
Tiempo y frecuencia de rehabilitación en el hogar de niños con Parálisis Cerebral Julio – Noviembre 2014



Fuente: Tabla 18

Grafico 19

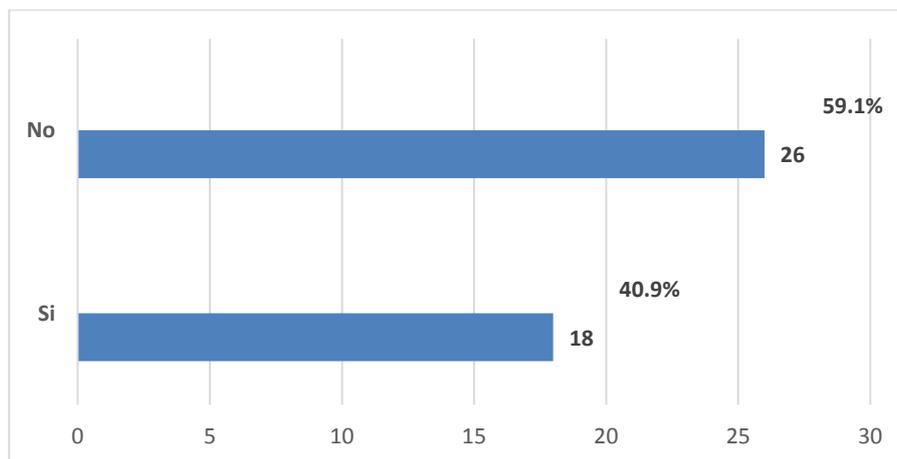
Ayuda económica y de materiales que reciben los niños con Parálisis Cerebral que asisten a rehabilitación pediátrica julio – Noviembre 2014.



Fuente: Tabla 19

Grafico 20.

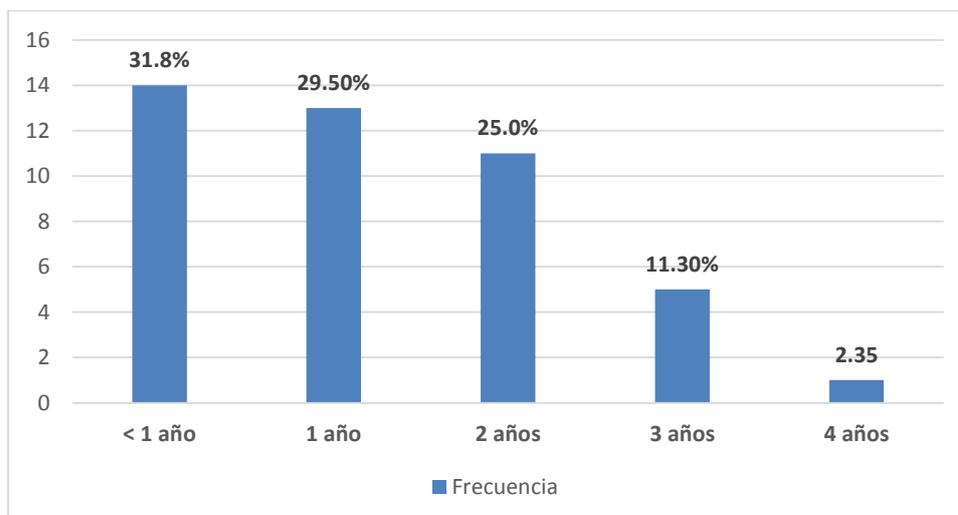
Asistencia a otro centro de Rehabilitación niños con Parálisis Cerebral que asisten a Rehabilitación Pediátrica HRACH. Julio Noviembre 2014



Fuente: Tabla 20.

Tabla 21.

Tiempo continuo de Tratamiento Rehabilitador de los niños con Parálisis Cerebral que asisten a Rehabilitación HRACH. Julio – noviembre 2014



Fuente: Tabla 21

