

ARTÍCULOS ORIGINALES**Parálisis cerebral infantil: características clínicas y factores relacionados con su atención**

Peripheral facial paralysis. Surgical treatment outcomes

Dr. Luis Pérez Álvarez; Dr. Antonio Hernández Vidal ^{II}

^I Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Policlínico de Especialidades Pediátricas "Eduardo Agramonte Piña". Camagüey. Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Logopedia y Foniatría.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo trasversal de 244 pacientes portadores de parálisis cerebral infantil que fueron atendidos en la consulta de rehabilitación del Policlínico de Especialidades Pediátricas de Camagüey. Se demostró un predominio de la forma clínica cuadriparética (58.60 %), el retraso mental estuvo presente en el 75 % de los pacientes estudiados y los factores perinatales considerados en el 45.08 % como el posible factor causal, el 50.40 % de los que fueron evaluados no realizaban tratamiento de forma sistemática. Es importante continuar investigando sobre los factores que caracterizan el comportamiento de este problema de salud, para poder reducir su incidencia y optimizar la calidad de la atención que se le brinda a los afectados.

DeCS: Parálisis cerebral/etiología; atención al paciente; niño; retardo mental; rehabilitación; epidemiología descriptiva

ABSTRACT

A descriptive study of 244 patient's carriers of infantile cerebral palsy that were attended in the rehabilitation consultation at the Pediatric Specialties Hospital of Camagüey was conducted. A predominance of the quadriparetic clinical form (58.60%) was shown, mental retardation was present in the 75% of the patients studied and the perinatal

factors were considered at the 45.08% as the possible causal factor, the 50.40% of the ones that were evaluated did not carry out treatment of systematic form. It is important to continue investigating on the factors that characterize the behavior of this health problem, to be able to reduce its incident and to optimize the quality of the attention that is offered to the affected patients.

DeCS: Cerebral paralysis/etiology; patient care; child; mental retardation; rehabilitation; epidemiology descriptive

INTRODUCCIÓN

Desde 1986 funciona en Camagüey una consulta especializada en la atención al niño portador de parálisis cerebral infantil (PCI), ésta radica en el Policlínico de Especialidades Pediátricas anexo al hospital Pediátrico Provincial "Eduardo Agramonte Piña" donde asisten pacientes de todos los municipios de la provincia.

En esta consulta son evaluados y dispensarizados todos los niños que acuden con el diagnóstico de PCI mediante un modelo de expediente clínico confeccionado al efecto, que considera tanto las características clínico etiológicas como los factores psicológicos, sociales y medio ambientales asociados.

Varios autores se refieren a la necesidad de realizar una valoración integral del paciente afectado por una PCI, para establecer una estrategia de atención que realmente responda a las necesidades especiales de tratamiento, manejo y educación del afectado.¹⁻³

¿Cuáles son las principales características del comportamiento de esta forma de discapacidad?

Con mucha frecuencia no resulta fácil identificar el agente causal del proceso, los reportes al respecto varían desde los primeros que atribuían a las causas peri natales el protagonismo, hasta los más recientes que le confieren la mayor importancia a los que actúan en la etapa prenatal.⁴⁻⁸

Clásicamente se describe una mayor incidencia de parálisis cerebral asociada a condiciones específicas como el bajo peso al nacer, la prematuridad el crecimiento intrauterino retardado el embarazo gemelar o la sepsis del sistema nervioso central en la etapa post-natal.⁹⁻¹³

Para enfrentar eficientemente esta forma de discapacidad se debe profundizar en la comprensión de las características de su comportamiento, objetivo del presente estudio.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo trasversal de 244 pacientes, 100 % de los dispensarizados en la consulta de rehabilitación del Policlínico de Especialidades Pediátricas desde el 1 al 30 de octubre de 2005. Se incluyeron los pacientes portadores de parálisis cerebral infantil que asistieron de forma sistemática a la consulta de rehabilitación del Policlínico de Especialidades Pediátricas desde el año 2000 al 2005 y los que tenían expediente clínico con toda la información requerida para el estudio.

Se excluyeron los niños con expedientes clínicos incompletos y que tuvieron falta de asistencia a consulta programada de forma reiterada.

Se consideró como fuente primaria de obtención de información el expediente clínico de la consulta de Rehabilitación del Policlínico de Especialidades Pediátricas para pacientes portadores de P.C.I, que incluye además de la valoración del síndrome invalidante por parte del especialista, un grupo de preguntas a los padres.

Fueron objeto de análisis las variables: lugar de residencia, sexo, raza, forma clínica, presencia de retraso mental, posible factores etiológicos, calidad de la atención médica (definida por la opinión subjetiva referida por los padres entrevistados al respecto), inicio del tratamiento de rehabilitación, lugar donde realizaban el tratamiento en el momento de ser llenado el expediente clínico.

Cada variable fue categorizada según se aprecia en el modelo de recolección de la información empleado (Anexo 1).

Anexo 1. Modelo de recolección de la información

1- Datos de identidad:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
-----------------	------------------	--------

Dirección_____

Municipio_____

Sexo: Masculino__ Femenino____

Raza: Blanca__ Negra__ Mestiza__ Amarilla__

2- Clasificación de acuerdo a la toma motora

Cuadriparética__ Hemiparética____ Triparética_____ Diplégica____

3- Presencia de retraso mental asociado

Si___ No___

4- Tipo de retraso mental

Ligero___ Moderado___ Severo___ Profundo___

5- Posible factor etiológico de la parálisis cerebral

Pre-natal___ Peri-natal___ Post- natal___

Explique_____

5- Opinión de los padres sobre la calidad de la atención médica recibida

Durante el embarazo. Buena___ Regular___ Mala___ Ninguna___

Durante el parto. Buena___ Regular___ Mala___ Ninguna___

Para el recién nacido. Buena___ Regular___ Mala___ Ninguna___

6- Relacionado con el inicio del tratamiento

¿A que edad fue diagnosticada la PCI?_____

¿A que edad comenzó a realizar el tratamiento de fisioterapia?_____

Conclusiones Precoz___ Tardío___

7- Relacionado sobre como y donde realiza el tratamiento de fisioterapia

Lo realiza de forma sistemática (tres o más veces a la semana) Si___ No___

¿Dónde lo realiza?: Su casa___ Policlínico___ Centro de estudio___ Hospital___

Nota:

Se considera precoz cuando el tratamiento se inicia antes de los cinco meses de edad del niño, aunque no se tenga el diagnóstico definitivo de la PCI y sea atendido solamente en el programa de atención temprana por la existencia de factores de riesgo o un curso atípico del desarrollo.

Se considera tardío cuando a pesar de existir preocupación en los padres por retardo en el curso del desarrollo el niño no es remitido inmediatamente a los programas de atención temprana, o no se inicia inmediatamente después de detectada la alteración del curso del desarrollo, o es detectada después de los cinco meses a pesar de existir signos de cursos atípicos antes de esa fecha.

Los resultados se procesaron por métodos de estadística descriptiva y distribución de frecuencia. Se empleó el programa SPSS 11.5 para Windows.

RESULTADOS

De los pacientes estudiados, 134 (54.91 %) residían en el municipio Camagüey y 110 (45 %) en otros municipios.

De los 244 estudiados; 138 (56.55 %) pertenecían al sexo masculino y 106 (43.44 %) al femenino. Eran blancos 184 pacientes (75.40 %), 31negros (12.70 %) y 29 (11.9%) mestizos.

La forma clínica más frecuente de acuerdo a la distribución de la toma motora fue la cuadriparética con 143 pacientes (58.60 %), le siguió en orden decreciente la hemiparética, 66 (27.04 %), dipléjica 31 (12.70 %) y triparética con 4 (1.63 %).

El retraso mental estuvo presente en 183 pacientes (75 %), en este grupo de acuerdo al grado de retraso mental la distribución fue (en relación con el total de pacientes estudiados): severo o profundo 93 (38.11 %), ligero 47 (19.26 %), moderado 43 (17.62 %). Si se suma el 25 % de pacientes no afectados por retraso mental, al 19.26 % de portadores de una afectación ligera, se puede afirmar que el 44.26 % de los asistentes a consulta son educables.

Referido a los posibles factores etiológicos, se encontró un franco predominio de las causas perinatales, 110(45.08 %) ([Tabla1](#)).

En la atención al parto 81 (33.19 %) de los padres entrevistados, calificaron la calidad de la atención recibida como de regular o mala, muy diferente a la opinión referida en relación a la atención durante el embarazo o la etapa de recién nacido

La calidad de la atención médica por los padres del niño afectado por la PCI fue percibida de forma subjetiva, lo que reflejó el nivel de satisfacción de acuerdo a la atención recibida durante el embarazo, el parto, y la etapa de recién nacido ([Tabla 2](#)).

El tratamiento se inició precozmente en 198 (81.14 %) de los 244 pacientes estudiados y de forma tardía en 46 (18.85 %).

Al ser interrogados sobre si el niño realizaba o no tratamiento de fisioterapia de forma sistemática (más de tres ocasiones a la semana), como se aprecia en la tabla 3, 123 (50.40 %), no lo realizaban, en el momento de la entrevista ([Tabla 3](#)).

DISCUSIÓN

El discreto predominio de pacientes del sexo masculino guarda relación con lo reportado por otros autores referido a la mayor frecuencia de Parálisis Cerebral en varones. Consideramos que la distribución de acuerdo a la raza esta en relación con la de la población cubana.¹⁴

La presencia de una mayor frecuencia de pacientes afectados por la forma cuadriparética coincide con lo referido por otros autores, destacándose que estas son las que requieren de un tratamiento más integral y sistemático por su severidad.¹⁵

La asociación de retraso mental al compromiso motor en el 75 % de los estudiados coincide con lo referido en la literatura al respecto, pero es importante destacar que el 44.26 % de los asistentes a consulta son educables, y da una medida de la importancia de tener en cuenta la estimulación temprana de los procesos cognoscitivos y el papel esencial de la educación especial en el tratamiento de esta afección.¹⁵

La presencia de un mayor porcentaje (45.08 %), de casos donde la posible etiología se considera perinatal debe ser objeto de estudio, para profundizar en sus características y establecer conclusiones definitivas. Mucho se discute actualmente en relación a los posibles factores etiológicos de la parálisis cerebral infantil, clásicamente se conferían a los factores perinatales el mayor protagonismo como elemento causal, hoy se reporta que en la mitad de los casos no se puede precisar claramente la etiología, y que con frecuencia asociado a los factores perinatales se encuentran elementos que actuando en la etapa prenatal sitúan al niño en desventaja para enfrentar el estrés del parto.^{16, 17}

El estudio psicosocial de las personas con discapacidades y estudio psicopedagógico social y clínico-genético de las personas con retraso mental en Cuba (2003), en sus consideraciones generales plantea – la necesidad de trabajar para reducir el impacto de los factores perinatales adversos sobre el desarrollo ulterior del recién nacido.¹⁸

Pensamos se debe profundizar en el estudio de la causalidad de la P.C.I en nuestro medio a partir de la discusión de cada caso diagnosticado, mecanismo que ha sido empleado en el control de la mortalidad infantil con indiscutibles beneficios. Resulta imprescindible conocer las causas para diseñar estrategias para reducirlas.

El hecho de que el 33.19 % de los padres consideraron de forma subjetiva la calidad de la atención médica durante el parto como regular o mala, demuestra la necesidad de emplear mecanismos de encuestas sobre estado de opinión, como un factor para evaluar el nivel de satisfacción de la población sobre los servicios que recibe, y un elemento útil para perfeccionar nuestro sistema de salud.

La presencia de un 18.85 % de pacientes que llegan tarde al tratamiento de rehabilitación destaca la necesidad de investigar los factores que influyen al respecto, por ser un elemento que influye negativamente en el pronóstico rehabilitador, como ha sido demostrado en otros estudios.^{19, 20}

Un 50,40% de niños que no realizaban tratamiento de fisioterapia de forma sistemática, destaca la necesidad de investigar los factores que influyen al respecto, partiendo de que el P.C.I debe realizar de forma sistemática el programa de rehabilitación para lograr

nuevas habilidades, mantener las ya alcanzadas o evitar complicaciones secundarias, como ha sido reportado en la literatura consultada.^{21, 22}

A pesar de disponer de modernas salas integrales de rehabilitación en todos los municipios de nuestra provincia, solo el 30.57 % de los que realizan el tratamiento, lo hacen en su policlínico. Es importante que el equipo de los servicios integrales mediante una buena dispensarización, conozca la población afectada por la P.C.I de su área y garantice que esta reciba la atención que necesita.

CONCLUSIONES

1. La mayor incidencia de los factores perinatales en relación con la causa de la parálisis cerebral, asociado a una mayor insatisfacción de los padres con la calidad de la atención en esta etapa, destacan la necesidad de profundizar en la valoración del aporte de las complicaciones del parto como causa de parálisis cerebral en nuestra provincia.
2. Resulta necesario investigar los factores que influyen en la no realización de tratamiento sistemático en un por ciento significativo de los niños estudiados, a pesar de existir los recursos disponibles para realizarlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ashwal S, Russman BS, Blasco PA, Miller G, Sandler A, Shevell M, et al. Practice parameter: diagnostic assessment of the child with cerebral palsy report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 2004; 62(6):851-63.
2. Russman BS, Ashwal S. Evaluation of the child with cerebral palsy. *Semin Pediatr Neurol*. 2004; 11 (1): 47-57.
3. Bhatia M, Joseph B. Rehabilitation of cerebral palsy in a developing country: the need for comprehensive assessment. *Pediatr Rehabil* 2000; 4(2):83-6.
4. Raju TN. Historical perspectives on the etiology of cerebral palsy. *Clin Perinatol* 2006; 33(2): 233-50.
5. Kavcic A, Vodusek DB. A historical perspective on cerebral palsy as a concept and a diagnosis. *Eur J. Neurol* 2005; 12(8):582-7.

6. Pascual JM, Koenigsberger MR. Parálisis cerebral: factores de riesgo prenatales Rev. Neurol 2003; 37 (3): 275-80.
7. Nelson KB. The epidemiology of cerebral palsy in term infants. Ment Retard Dev Disabil Res Rev 2002; 8:146-50.
8. Odding E, Roebroek ME, Stam HJ. The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors. Disabil Rehabil 2006; 28(4): 183-91.
9. Lupton AR. Adverse neurodevelopmental outcomes among extremely low birth weight infants with a normal head ultrasound: prevalence and antecedents. Pediatrics 2005; 115(3):673-80.
10. Masall ME. The panorama of cerebral palsy after very and extremely preterm birth: evidence and challenges. Clin Perinatol 2006; 33(2):269-84.
11. Jarvis S, Glinianaia SV, Torrioli MG, Platt MJ, Miceli M, Jouk PS, et al. Cerebral palsy and intrauterine growth in single births: European collaborative study Lancet 2003; 362(9390): 1106-11.
12. Topp M, Huusom LD, Langhoff-Ross J, Delhumeau C, Hutton JL, et al. Multiple birth and cerebral palsy in Europe: a multicenter study. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83(6): 548-53.
13. Cans C. Cerebral palsy of post-neonatal origin: characteristics and risk factors Pediatr Perinat Epidemiol 2004; 18(3):214-20.
14. Pellegrino Louis. Cerebral Palsy. Mark L. Batshaw. Children with disabilities. 5th. Baltimore: Paul. H. Brookes; 2002. p. 443-67.
15. Singhi PD, Ray M, Suri G. Clinical spectrum of cerebral palsy in north India- an analysis of 1,000 cases. Trop Pediatr 2002; 48(3):162-6.
16. Pellegrino L, Dormans JP. Definitions, etiology and epidemiology of cerebral palsy. En: JP Dormans, L Pellegrino. Caring for children with cerebral palsy. A team approach. second printing, Baltimore: Paul H Brookes; 2000.p.3-30.
17. Jan MM. Cerebral palsy: comprehensive review and update Ann Saudi Med 2006; 26(2): 123-32.
18. Colectivo de autores. Estudio psicosocial de las personas con discapacidad y estudio psicopedagógico, social y clínico-genético de las personas con retraso mental en Cuba. La Habana: Editorial Abril; 2003.
19. Berard C, Lattre C. Evaluation of the treatments for the cerebral palsy child. Arch Pediatr 2006; 13(6):617-20.
20. Patel DR. Therapeutic intervention in cerebral palsy. Indian J Pediatr 2005; 72(11):979-83.

21. Sharan D. Recent advances in management of cerebral palsy. Indian J Pediatr 2005 (11): 969-73.
22. Mayston M. Evidence-based physical therapy for the management of children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2005; 47(12):795-99.

Recibido: 14 de diciembre de 2007.

Aceptado: 4 de mayo 2007.

Dr. Luis Pérez Álvarez. Calle San Martín #522 %República y Santa Rosa.