

TNT - 08 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

por Jhoel Orosco Gomez

Fecha de entrega: 20-dic-2023 10:57p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2263480619

Nombre del archivo: tesis-2023_RECONTRA_CORREGIDO_-_Jhoel_Horosco_presentado_1.docx (69.39K)

Total de palabras: 4201

Total de caracteres: 22407

RESUMEN

El presente estudio se ejecutó con el objetivo de Determinar las características clínicas en niños con parálisis cerebral, Clínica San Juan de Dios, Chiclayo - 2023. El estudio fue cuantitativo, prospectivo, transversal. Muestra constituida de 56 niños de 6 a 8 meses. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de documentación y como instrumento una ficha de registro de datos para pacientes con parálisis cerebral de 16 ítems. Sus resultados evidenciaron que del 100% (56) de niños con parálisis cerebral, el 100% presentó alteraciones en el tono muscular, el 50% presentó reflejos patológicos, el 100% presentó algún tipo de parálisis; el 83.9% presentó alteraciones del lenguaje. Así mismo el 58.9% presentó tono muscular de tipo Hipertónico, 32.1% Distónico y 8.9% Hipotónico. Además, el 80.4% presentaron reflejo de succión, 71.4% reflejo de Babinski, 16.1% reflejos de Hopistótono, 78.6% Moro, 48.2% Extensión cruzada y 51.8% reflejo tónico asimétrico del cuello. Igualmente, el 64.3% presentó parálisis cerebral de tipo espástica, 33.9% Atetósica y 1.8% Atáxica. En la dimensión de las alteraciones del lenguaje, el 48.2% tuvo Afasia, 21.4% Disartría, 14.3% Dislalia y 16.1% Normal. En conclusión, el total de niños con parálisis cerebral presentan alteraciones del tono muscular y de parálisis, la mitad de ellos reflejos patológicos, y las tres cuartas partes alteraciones del lenguaje.

Palabras claves: Características clínicas, niños, parálisis cerebral

ABSTRACT

The present study was carried out with the objective of determining the clinical characteristics in children with cerebral palsy, San Juan de Dios Clinic, Chiclayo - 2023. The study was quantitative, prospective, cross-sectional. Sample consisting of 56 children from 6 to 8 months. For data collection, the documentation technique was used and a 16-item data recording form for patients with cerebral palsy was used as an instrument. Their results showed that of 100% (56) of children with cerebral palsy, 100% presented alterations in muscle tone, 50% presented pathological reflexes, 100% presented some type of paralysis; 83.9% presented language disorders. Likewise, 58.9% presented hypertonic muscle tone, 32.1% dystonic and 8.9% hypotonic. In addition, 80.4% had a sucking reflex, 71.4% a Babinski reflex, 16.1% a Hopistotonus reflex, 78.6% a Moro reflex, 48.2% a Cross Extension reflex, and 51.8% asymmetric tonic neck reflex. Likewise, 64.3% presented spastic cerebral palsy, 33.9% Athetotic and 1.8% Ataxic. In the dimension of language alterations, 48.2% had Aphasia, 21.4% Dysarthria, 14.3% Dyslalia and 16.1% Normal. In conclusion, all children with cerebral palsy present alterations in muscle tone and paralysis, half of them pathological reflexes, and three-quarters of them language alterations.

Keywords: Clinical features, children, cerebral palsy

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la parálisis cerebral infantil (PCI) es un grupo de trastornos del movimiento no progresivos que provocan un deterioro del control postural y de la coordinación muscular (es decir, el daño cerebral no empeora). Es causada por lesiones del sistema nervioso central (SNC) que comúnmente se da en el proceso fetal, antes, durante y después del nacimiento o durante la niñez. Aunque no existe cura, el tratamiento y la terapia pueden mejorar la función muscular. La parálisis cerebral también es conocida como el grupo de trastornos posturales y de movimiento que dificultan las actividades del niño y es ocasionado por lesiones estacionarias que se dan en el proceso de desarrollo SNC. Así mismo pueden darse cambios de sensibilidad, la percepción, conocimiento, información y comportamiento psicológicos (Da Silva, Marques, 2020, p. 16).

Es importante determinar que la lesión del Sistema Nervioso Central (SNC), el 100% de todos los niños con parálisis cerebral sufren trastornos posturales y motores y otras comorbilidades como la encefalopatía. Los niños con anomalías cerebrales congénitas y adquiridas son cada vez más comunes. Se trata de un síndrome o grupo de síndromes que en la actualidad plantea muchos interrogantes y controversias, siendo necesaria una investigación constante para dilucidar científicamente sus causas y mecanismos fisiopatológicos (Fidan, Baysal, 2019, p. 23).

Es fundamental indicar que los años 2016 al 2018 en el Instituto Nacional de Rehabilitación del Perú, se realizó un estudio sobre defectos y trastornos del desarrollo motor en pacientes atendidos en este hospital peruano. El objetivo principal era identificar las características de los pacientes, así como los defectos y trastornos en el desarrollo psicomotor. Supervisa los departamentos de investigación, educación y rehabilitación integral de discapacidades del desarrollo. Los casos de PCI en ciudades europeos cambia entre 2 y 2.5 x 1,000 nacidos vivos (NV), en EEUU 3.6 x 1,000 NV y en países en desarrollo 7 x 1,000 (Schult, Genaro, De Coll, 2022, p. 8).

En Perú, 262,000 personas sufren restricciones permanentes por el estado de emergencia. Estos pacientes no pueden comunicarse con fluidez, tienen dificultades para hablar durante largos períodos de tiempo o en voz alta, y no pueden pronunciar palabras correctamente ni cambiar el tono de voz. El 2013, el 49.8% de 0 a 9 años presentaron parálisis cerebral infantil (VilaIvan, Espinoza, Guillén, 2018, p. 9).

El 2017, en el hospital Cayetano Heredia la prevalencia de parálisis infantil fue de 5.2 x 1,000 nacidos vivos. Además, el 53.1% eran hombres y el 46,9% mujeres, analizando el grupo de edad al momento del diagnóstico se encontró que el 39.5% eran menores de 2 años y el 39.5% eran mayores de 2 años. La tasa fue del 25.9% para los mayores de 5 años y del 34.6% para los menores de 5 años (Correa, 2017, p. 4).

A medida que aumentan las tasas de supervivencia de los bebés extremadamente prematuros y disminuyen las tasas de mortalidad infantil, la incidencia de niños con parálisis cerebral se incrementa, ya que la parálisis cerebral en los infantes ocasiona mucha gravedad y deterioro de localización de vida de los neonatos. (Kedy, Enyama, 2022, p. 18).

Por lo mencionado en párrafos anteriores se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características clínicas en niños con parálisis cerebral, Clínica San Juan de Dios, Chiclayo - 2023?, con el objetivo principal de Determinar las características clínicas en niños con parálisis cerebral, Clínica San Juan de Dios, Chiclayo - 2023. Y los objetivos específicos fueron: - Identificar las características clínicas según la dimensión del tono muscular en niños con parálisis cerebral. - Identificar las características clínicas según la dimensión de reflejos patológicos en niños con parálisis cerebral. - Identificar las características clínicas según la dimensión de tipos de parálisis en niños con parálisis cerebral. - Identificar las características clínicas según la dimensión de alteraciones de lenguaje en niños con parálisis cerebral.

Sin un diagnóstico temprano y una intervención integral, tener un hijo con parálisis cerebral tiene consecuencias dolorosas. Identificar las características y la expresión

de la parálisis cerebral en el entorno ayudará a centrar el desarrollo de programas de prevención primarios, secundarios y terciarios.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Metodología

Enfoque, nivel y tipo de investigación:

El estudio fue cuantitativo (se hizo uso de la estadística para cuantificar las categorías de la variable), descriptivo (Se describió los hechos conforme ocurre en la realidad), observacional (No se manipularon las variables), prospectivo (Los datos se recolectaron directo de los niños con parálisis cerebral), transversal (El instrumento se aplicó en un solo momento) (Supo, 2020, pp. 2 - 21).

Diseño de investigación

Fue el descriptivo, esquematizado como:



Donde:

M = Niños con parálisis cerebral

C = Características clínicas de parálisis cerebral

Método del estudio:

Fue el método inductivo – deductivo, porque el análisis se realizó de lo particular a lo general y viceversa (Arrieta, 2017, p. 3).

2.2. Población, muestra y muestreo

Población:

Constituida por 56 niños de 6 meses a 8 años con parálisis cerebral atendidos en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación Clínica San Juan de Dios, Chiclayo (Fuente: Oficina Estadística - Clínica San Juan Chiclayo – 2023).

Se consideró este grupo etareo porque en los primeros meses existió una dificultad de diagnóstico y se pudo prolongarse hasta los 8 años (Ruíz & Cuestas, 2020, p. 6).

- Criterios de Inclusión:

Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil de 6m a 8 años, con padres que autorizaron para que sus niños sean parte del estudio

- Criterios de exclusión:

Pacientes con otras patologías asociadas a la parálisis cerebral

Muestra:

Estuvo formado por el 100% de la población que son 56 niños, considerándose como universo / muestral.

Muestreo:

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia (Supo, 2020, pp. 19 - 21).

2.3. Variables de estudio

Identificación de variable:

V1 = Características clínicas de la parálisis cerebral

Definición conceptual de variable

Es la descripción de síntomas y acontecimientos que caracterizados por trastornos de movimiento involuntarios (Kleinstauber, Avaria, & Varela, 2018, p. 11).

Definición operacional de variable

Deterioro de las regiones cerebrales del niño causando trastornos de movimiento y postura. Se medirá con la ficha de evaluación para pacientes con parálisis cerebral (Arias & Huaricocha, 2018, p. 7).

Operacionalización de variables

(Anexo N° 09)

2.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos.

Técnica: Los datos se registraron mediante la técnica de la documentación (Supo, 2020, p. 22).

Instrumento:

Se utilizó una ficha de registro de datos para pacientes con parálisis cerebral infantil, conformado por 16 ítems en la escala Dicotómica (Supo, 2020, p. 22).

Presente = 1 Ausente = 0.

La variable fue medida a través de escala ordinal, en 4 dimensiones:

Dimensiones:

- Tono Muscular:

Hipertónico = 1 Hipotónico = 2 Distónico = 3

- Reflejos patológicos

Succión = 1

Babinski = 2

Opistótono = 3

Moro = 4

Extensión cruzada = 5

Tónico asimétrico del cuello = 6

- Tipos de parálisis:

Espástica = 1 Atetósica = 2 Atáxica = 3

- Alteraciones del Lenguaje

Normal = 1 Dislalia = 2 Disartría = 3 Afasia = 4

La ficha de registro de datos como no es considerado un instrumento, no fue necesario validar ni hallar su confiabilidad (Supo, 2020, p. 27).

Procedimientos de Recolección de Datos:

- En primer lugar, se elaboró la ficha de registro de datos, lista para trasladar los datos de las historias clínicas.
- Se presentó documento a Decanato (FACISA), que por su intermedio se emitió el oficio a la clínica San Juan de Dios - Chiclayo, solicitando permiso para adquirir información.
- Una vez aceptada la solicitud por la clínica San Juan de Dios-Chiclayo, se procedió a recolectar los datos a partir de la revisión de las historias clínicas de acuerdo a lo planificado.
- Los datos recolectados se tabularon en Excel y a la vez se analizó en el paquete estadístico.

2.5. Análisis de datos

Se realizó con el SPSS – V 27, en la cual se codificó y tabuló los datos recolectados con la finalidad de procesarlos estadísticamente, para el análisis de los resultados se utilizó la estadística de frecuencias con un 5% de error. Los resultados se presentan en tablas.

III. RESULTADOS

Tabla 01: Características clínicas en niños con parálisis cerebral, Clínica San Juan de Dios, Chiclayo – 2023.

| Características clínicas de la parálisis cerebral | Si | | No | | Total | |
|---|----|------|----|------|-------|-----|
| | fi | % | fi | % | fi | % |
| Tono Muscular | 56 | 100 | 0 | 0 | 56 | 100 |
| Reflejos patológicos | 28 | 50 | 28 | 50 | 56 | 100 |
| Tipos de parálisis | 56 | 100 | 0 | 0 | 56 | 100 |
| Alteraciones del lenguaje | 47 | 83.9 | 9 | 16.1 | 56 | 100 |

Fuente: Ficha de registro de datos.

En la tabla 01, se observa que del 100% (56) de niños con parálisis cerebral, el 100% presentó algún tipo de tono muscular, el 50% presentó reflejos patológicos y el otro 50% no, así mismo el 100% presentó algún tipo de parálisis; el 83.9% presentó alteraciones del lenguaje y 16.1% no.

Tabla 02: Tono Muscular en niños con parálisis cerebral, Clínica San Juan de Dios, Chiclayo – 2023.

| Tono Muscular | fi | % |
|----------------------|-----------|------------|
| Hipertónico | 33 | 58.9 |
| Hipotónico | 5 | 8.9 |
| Distónico | 18 | 32.2 |
| Total | 56 | 100 |

Fuente: Ficha de registro de datos.

En la tabla 02, se observa que del 100% (56) de niños con parálisis cerebral, en la dimensión de tono muscular el 58.9% presentó un tono muscular de tipo Hipertónico, 32.1% Distónico y 8.9% Hipotónico.

Tabla 03: Reflejos patológicos en niños con parálisis cerebral, Clínica San Juan de Dios, Chiclayo – 2023.

| Reflejos patológicos | No | | Sí | | Total | |
|-------------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|--------------|----------|
| | fi | % | fi | % | fi | % |
| Succión | 11 | 19.6 | 45 | 80.4 | 56 | 100 |
| Babinski | 16 | 28.6 | 40 | 71.4 | 56 | 100 |
| Opistótono | 47 | 83.9 | 9 | 16.1 | 56 | 100 |
| Moro | 12 | 21.4 | 44 | 78.6 | 56 | 100 |
| Extensión cruzada | 29 | 51.8 | 27 | 48.2 | 56 | 100 |
| Tónico asimétrico del cuello | 27 | 48.2 | 29 | 51.8 | 56 | 100 |

Fuente: Ficha de registro de datos.

En la tabla 03, del 100% (56) de niños con parálisis cerebral, el 80.4% tienen reflejo de succión, 71.4% reflejo de Babinski, 16.1% reflejos de Hopistótono, 78.6% Moro, el 48.2% Extensión cruzada y 51.8% reflejo de Tónico asimétrico del cuello.

Tabla 04: Tipos de parálisis cerebral en niños de la Clínica San Juan de Dios, Chiclayo – 2023.

| Tipo de parálisis | fi | % |
|-------------------|-----------|------------|
| Espástica | 36 | 64.3 |
| Atetósica | 19 | 33.9 |
| Atáxica | 1 | 1.8 |
| Total | 56 | 100 |

Fuente: Ficha de registro de datos.

En la tabla del 100% (56) de niños con parálisis cerebral, el 64.3% presentó parálisis cerebral de tipo espástica, el 33.9% Atetósica y 1.8% Atáxica.

Tabla 05: Alteraciones del lenguaje en niños con parálisis cerebral en niños de la Clínica San Juan de Dios, Chiclayo – 2023.

| Alteraciones del lenguaje | fi | % |
|---------------------------|-----------|------------|
| Normal | 9 | 16.1 |
| Dislalia | 8 | 14.3 |
| Disartría | 12 | 21.4 |
| Afasia | 27 | 48.2 |
| Total | 56 | 100 |

Fuente: Ficha de registro de datos.

En la tabla05, del 100% (56) de niños con parálisis cerebral, dentro de la dimensión de las alteraciones del lenguaje, el 48.2% tuvo Afasia, 21.4% Disartría, 14.3% Dislalia y 16.1% Normal.

IV. DISCUSIÓN

La parálisis cerebral infantil es considerada como uno de los trastornos más frecuentes del control motor de la cual se producen anomalías de la postura, tono muscular y coordinación motora inestable y retraso del desarrollo psicomotor.

La investigación ha evidenciado que del 100% de niños con parálisis cerebral, las características clínicas más comunes fueron, que la totalidad de niños presentaron algún tipo de tono muscular y algún tipo de parálisis, la mitad ellos tuvieron reflejos patológicos, y más de las tres cuartas partes presentaron alteraciones del lenguaje. Quiere decir que los niños con parálisis cerebral siempre presentarán alteraciones en el tono muscular cambiando de rígidos a muy laxos, cambios que se dan a veces en un solo día (Tabla 01).

El tono muscular más frecuente presentado por los niños con parálisis cerebral fue el hipertónico, seguida del distónico y en mínima cantidad el hipotónico. Quiere decir que los niños tuvieron un exceso de tono muscular presentando posturas raras, aunque otro porcentaje presentó contracciones involuntarias de los músculos (Tabla 02).

El 50% de niños con parálisis cerebral de 6m a 11m tienen un tono muscular hipertónico y distónico; y los de 1 año el 44.4% hipertónico y distónico, de 2 a 4 años

47% hipertónico, 17.6% hipotónico y 35.3% distónico; los 5 años a 8 años el 71.4% hipertónico, 3.6% hipotónico y 25% distónico (Tabla 02).

En cuanto a la relación entre sexo y tono muscular, los niños de sexo masculino el 70.4% tuvieron un tono muscular hipertónico, 11.1% hipotónico y 18.5% distónico, mientras que los de sexo femenino el 48.3% hipertónico, 6.9% hipotónico y 44.8% distónico (Tabla 10).

Comparando los resultados del presente estudio son similares a los resultados de Arias, M., Huaricocha, M. (2018). Quién en su estudio sobre las características epidemiológicas y clínicas de pacientes pediátricos con parálisis cerebral evidenció como resultado que el 32% presentó tono muscular distónico; 20% hipotonía y 25% hipertonía. Cabe resaltar que la similitud en los resultados del presente estudio también los porcentajes oscilan entre 32.2% de tono muscular distónico quiere decir que hay cambios del tono muscular de rígido a flácido debido a emociones, aunque un 58.9% es hipertónico quiere decir que existe una rigidez muscular, con contracción articular.

Los reflejos patológicos más frecuentes presentados por los niños, en primer lugar, fue el reflejo de succión, seguida de Babinski, Hopistótono, moro, extensión cruzada, y tónico asimétrico del cuello. Indicando que estos reflejos en los niños mayores de 6 meses de edad para adelante ya no deberían estar presente; pero su presencia se debe a características notorias de problemas neurológicos como la parálisis cerebral, aunque en otros puede indicar la falta de maduración del sistema nervioso, los cuales requieren de una evaluación por un médico especialista (Tabla 03).

De Acuerdo a los reflejos patológicos, el 100% de los niños de 6m a 11m tienen reflejos de succión y de moro, el 50% reflejos de Babinski, extensión cruzada y tónico asimétrico del cuello. Los niños de 1 año 66.7% presento reflejo de succión, 55.6% Babinski y moro respectivamente, 22.2% Hopistótono, 44.4% extensión cruzada. Mientras que los niños de 2 años a 4 años en un 88.2% presentaron reflejo de succión y Babinski, 11.8% Hopistótono, 94.1% moro y 47.1% extensión cruzada. Y los de 5 años a 8 años el 78.6% presentó signos de succión, 67.9% Babinski, 17.9% Hopistótono, 75% signos de moro y 50% extensión cruzada. Así mismo el 100% de 6 meses a 11 meses afasia (Tabla 08).

Así mismo en función al sexo, el 81.5% de los varones presentaron reflejos de succión, 63% Babinski, 14.8% Hopistótono, 77.8% Reflejo de moro, 44.4% reflejo de extensión cruzada, 51.9% presentó reflejo tónico asimétrico del cuello; las mujeres presentaron el 70.3% reflejo de succión, el 70.3% Babinski, 17.2% Hopistótono, el 79.3% Moro, 51.7% extensión cruzada, y el 51.7 el reflejo tónico asimétrico de cuello (Tabla 12).

Al comparar con los resultados de Arias, M., Huaricocha, M. (2018). Quién en su estudio sobre las características epidemiológicas y clínicas de pacientes pediátricos con parálisis cerebral evidenció como resultado que el 55% presentó reflejos ausentes, 52% presencia de Epistótono. Cabe resaltar que existe una diferencia con los resultados del presente estudio ya que los reflejos de succión 80.4%, babinski 71.4% y moro 78.6% son los más predominantes. Normalmente estos reflejos están presentes hasta los 6 meses, pero si están presentes en los niños con parálisis cerebral o problemas neurológicos, a la vez cambiantes de acuerdo al sexo y grupo etareo.

Así mismo la parálisis cerebral más predominante fue la parálisis espástica (quiere decir que los niños se caracterizan por tener tono muscular rígido, mayor tensión muscular, dificultad de movimiento), seguida de la parálisis atetósica (caracterizados por movimientos involuntarios, lentos y retorcidos que afectan extremidades superiores e inferiores). Y finalmente la parálisis atáxica, (indicando que los niños tienen problemas de equilibrio y coordinación, inestabilidad en labores cotidianas) (Tabla 04).

En cuanto a los tipos de parálisis la mitad de los niños de 6m a 4 años tienen un tipo de parálisis espástica y Atetósica simultáneamente; mientras que los de 5años a 8 años el 85.7% parálisis espástica y 14.3% Atetósica (Tabla07).

El 74.1% de masculinos presentó parálisis de tipo espástica, 25.9% Atetósica, los femeninos el 55.2% presentaron parálisis de tipo espástica, el 41.4% parálisis Atetósica (Tabla 11).

Al confrontar los resultados del presente estudio existe una similitud con los resultados de Kedy, D., Enyama, D. (2022). Quien investigó las características epidemiológicas, clínicas y relacionadas con el tratamiento de niños de niños de 3 a 15 meses con parálisis cerebral en Camerún; en la cual sus resultados indicaron que

los niños con parálisis cerebral son frecuentes especialmente la tetraplejía espástica (44.3%), menos del 50% de niños fueron tratados en un hospital; el 65% tuvieron un tono muscular hipertónico, muchos niños presentaron algunos reflejos patológicos como Babinski, Moro y extensión cruzada en un 90%, 75% y 68%. Aunque también presentaron parálisis de tipo espástica. El 20% presentó Dislalia y 50% afasia.

Así mismo es similar a los resultados de Schult, S.; Genaro, S., & De Coll, L. (2022), quien indica que de las características clínicas el 74.3% de parálisis cerebral infantil fue tipo espástico, 96% funcional IV y V. 58.1% de sexo masculino, 54% de parto pre término y 45.9% de etiología perinatal.

También es similar a los resultados de Mukhdari, S.; King, C.; Goldsmith, S. et al. (2022). Quien en su estudio sobre la parálisis cerebral entre niños; mostraron en sus resultados La parálisis cerebral espástica era muy común en un 70%, 25% Atetósica y 5% Atáxica.

De la misma forma es similar a los resultados de Arias, M., Huaricocha, M. (2018). Quién en su estudio sobre las características epidemiológicas y clínicas de pacientes pediátricos con parálisis cerebral mostró cómo resultado que el 68.6% tuvo parálisis de tipo espástica, 31.4% parálisis de tipo Atetósica, atrofia cerebral.

Cabe resaltar que es diferente a los estudios de Da Silva, M., Marques, A. (2020). Quien investigó las características epidemiológicas de la parálisis cerebral en niños y adolescentes al nordeste brasileño; quien demostró que sus resultados indican la parálisis cerebral espástica bilateral fue de 45.4% y 35% la espástica y 20% Atetósica.

Así mismo es diferente a Fidan, F. y Baysal, O. (2019), estudio las características demográficas y clínicas de niños con parálisis cerebral que acuden a consultorio externo del área de Medicina Física y rehabilitación de la Universidad de Inonu, Malatya, sus resultados indicaron que 42 personas presentaban tetraplejía espástica (34.6%), 41 con diplejía espástica (31.5%), 15 con discinética (11.5%), 14 con hemiplejía espástica (10.8%).

Como se puede apreciar la diferencia de la presentación de la parálisis cerebral infantil es muy opuesta, donde en el presente estudio la parálisis espástica y Atetósica se presentaron en mayor porcentaje, mientras que en los de Da Silva y Fidan, la parálisis Atáxica en más porcentaje que la espástica.

Dentro de las alteraciones del lenguaje más frecuentes presentadas en los niños con parálisis cerebral fueron la Dislalia (ya que los niños tienen problemas de pronunciación de sonidos), seguida de la Disartria (en la cual los niños presentan problemas del habla como tartamudeo) y finalmente la Afasia (tienen problemas para comunicarse con otros niños (Tabla 05)

En función a las alteraciones del lenguaje el 100%, los niños con parálisis de 6m y 1 año presentaron afasia, de 2 años a 4 años el 23.5% Disartria, 17.6% dislalia, 35.3% afasia. De 5 años a 8 años el 17.9% presentó dislalia, 28.6% Disartria y 35.7% Afasia (Tabla 09).

De igual forma el 18.5% de varones presentó Dislalia, el 14.8% Disartria, el 44.4% afasia; igualmente el 10.3% presentó dislalia, 27.6% Disartria, y 51.7% Afasia (Tabla 13).

Comparando con los resultados de Moreno, I., Soto, R. (2020), el cual, en su investigación sobre las alteraciones del lenguaje en niños con parálisis cerebral, muestra como resultado que 35% sufren de trastornos del lenguaje, como el habla, comunicación verbal y retraso mental.

Datos muy similares a los resultados del presente estudio que también indica que el 48.2% y 21.4% presentaron afasia y disartria consecuentemente.

Los mismos investigadores Moreno y Soto señalan que los problemas asociados con los trastornos del lenguaje son multifacéticos. Pueden ocurrir muchos cambios con diferentes causas y gravedad. Por lo tanto, los trastornos del lenguaje se identifican con cambios, alteraciones y disfunciones que ocurren en el desarrollo de procesos que involucran mecanismos fisiológicos, neurológicos del lenguaje prioritariamente. Es importante reafirmar que los niños con parálisis cerebral pueden tener diversos grados de retraso en el lenguaje, como con la articulación, la respiración, la fonación, la prosodia y el deterioro del lenguaje. Se estima que aproximadamente entre el 60% y el 80% de estos niños tienen algún grado de deterioro del lenguaje (Parra, 2019, p. 8)

Se debe tener en cuenta que la parálisis cerebral infantil es considerada como un trastorno del desarrollo de movimiento y postura que resultan de cambios no progresivos en el cerebro en desarrollo del feto o del niño, que resultan en

limitaciones en la actividad, manifestándose con trastornos del movimiento, asociados con muchas deficiencias sensoriales, cognitivas, comunicativas, perceptivas y conductuales. (Gómez, 2019, p. 7).

De la misma forma resaltar que la parálisis cerebral infantil se refiere a un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor que conducen a limitaciones en las actividades humanas y resultan de problemas en el desarrollo del cerebro del niño. Esta enfermedad tiene un gran impacto en la sociedad debido a la gran cantidad de casos. (Kleinsteuber, Avaria, Varela, 2018, p. 56). Lo mismo sucede con los resultados del presente estudio en la cual la parálisis cerebral y sus complicaciones se presentan más en los varones que en las mujeres, a la vez los grupos etareos más afectados se dá, en los niños mayores de 2 años sobre todo problemas del lenguaje y en los menores de 2 años la parálisis espástica y Atetósica.

Casi todas las parálisis cerebrales infantiles se presentan antes, durante y después del nacimiento, con mayor frecuencia en el primer mes de vida o durante los primeros años cuando el cerebro aún se está desarrollando; se debe indicar que, si la parálisis cerebral ocurre antes o durante el nacimiento se llama parálisis cerebral congénita que está presente entre un 80 a 85%.

V. CONCLUSIONES

1. La totalidad de niños presentaron algún tipo de parálisis cerebral, pero en diferentes proporciones, caracterizándose en tono muscular y parálisis prioritariamente, seguida de las alteraciones del lenguaje y reflejos patológicos.
2. Los niños con parálisis cerebral presentaron un tono muscular hipertónico, seguida tono distónico y finalmente el tono muscular hipotónico.
3. Los reflejos patológicos más frecuentes que presentaron los niños con parálisis cerebral fueron los de succión, babinski y moro, mientras que la mitad presentó extensión cruzada y reflejos tónico asimétrico del cuello.

4. La parálisis espástica más predominante fue la espástica, continua de la atetósica y en mínimo porcentaje la atáxica.
5. La afasia fue la alteración del lenguaje en mayor porcentaje, seguida de la disartría y finalmente la dislalia.

TNT - 08 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|-----|
| 1 | hdl.handle.net Fuente de Internet | 3% |
| 2 | repositorio.untrm.edu.pe Fuente de Internet | 3% |
| 3 | repositorio.ucp.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 4 | Submitted to Universidad Santiago de Cali Trabajo del estudiante | 1% |
| 5 | www.researchgate.net Fuente de Internet | 1% |
| 6 | 1library.co Fuente de Internet | 1% |
| 7 | es.scribd.com Fuente de Internet | <1% |
| 8 | www.bizkaia.eus Fuente de Internet | <1% |
| 9 | pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet | |

<1 %

10 www.coursehero.com
Fuente de Internet

<1 %

11 repositorio.uta.edu.ec
Fuente de Internet

<1 %

12 doczz.es
Fuente de Internet

<1 %

13 repositorio.autonoma.edu.pe
Fuente de Internet

<1 %

14 cybertesis.unmsm.edu.pe
Fuente de Internet

<1 %

15 www.elsevier.es
Fuente de Internet

<1 %

16 www.semanticscholar.org
Fuente de Internet

<1 %

17 worldwidescience.org
Fuente de Internet

<1 %

18 www.ucpsa.org
Fuente de Internet

<1 %

19 repositorio.undac.edu.pe
Fuente de Internet

<1 %

20 de.slideshare.net
Fuente de Internet

<1 %

| | | |
|----|--|------|
| 21 | www.ext.colostate.edu | <1 % |
| | Fuente de Internet | |
| 22 | www.slideshare.net | <1 % |
| | Fuente de Internet | |
| 23 | issuu.com | <1 % |
| | Fuente de Internet | |
| 24 | renati.sunedu.gob.pe | <1 % |
| | Fuente de Internet | |
| 25 | repositorio.continental.edu.pe | <1 % |
| | Fuente de Internet | |
| 26 | repositorio.udch.edu.pe | <1 % |
| | Fuente de Internet | |
| 27 | repositoriodspace.unipamplona.edu.co | <1 % |
| | Fuente de Internet | |

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

TNT - 08 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

INFORME DE GRADEMARK

NOTA FINAL

COMENTARIOS GENERALES

/0

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14

PÁGINA 15

PÁGINA 16

PÁGINA 17

PÁGINA 18

CLAIM

Take an arguable position on the scientific topic and develop the essay around that stance.

| | |
|------------|---|
| ADVANCED | The essay introduces a precise, qualitative and/or quantitative claim based on the scientific topic or text(s), regarding the relationship between dependent and independent variables. The essay develops the claim and counterclaim fairly, distinguishing the claim from alternate or opposing claims. |
| PROFICIENT | The essay introduces a clear, qualitative and/or quantitative claim based on the scientific topic or text(s), regarding the relationship between dependent and independent variables. The essay effectively acknowledges and distinguishes the claim from alternate or opposing claims. |
| DEVELOPING | The essay attempts to introduce a qualitative and/or quantitative claim, based on the scientific topic or text(s), but it may be somewhat unclear or not maintained throughout the essay. The essay may not clearly acknowledge or distinguish the claim from alternate or opposing claims. |
| EMERGING | The essay does not clearly make a claim based on the scientific topic or text(s), or the claim is overly simplistic or vague. The essay does not acknowledge or distinguish counterclaims. |

EVIDENCE

Include relevant facts, definitions, and examples to back up the claim.

| | |
|------------|---|
| ADVANCED | The essay supplies sufficient relevant, accurate qualitative and/or quantitative data and evidence related to the scientific topic or text(s) to support its claim and counterclaim. |
| PROFICIENT | The essay supplies relevant, accurate qualitative and/or quantitative data and evidence related to the scientific topic or text(s) to support its claim and counterclaim. |
| DEVELOPING | The essay supplies some qualitative and/or quantitative data and evidence, but it may not be closely related to the scientific topic or text(s), or the support that is offered relies mostly on summary of the source(s), thereby not effectively supporting the essay's claim and counterclaim. |
| EMERGING | The essay supplies very little or no data and evidence to support its claim and counterclaim, or the evidence that is provided is not clear or relevant. |

REASONING

Explain how or why each piece of evidence supports the claim.

| | |
|----------|--|
| ADVANCED | The essay effectively applies scientific ideas and principles in order to explain how or why the cited evidence supports the claim. The essay demonstrates consistently logical reasoning and understanding of the scientific topic and/or text(s). The essay's explanations anticipate the audience's knowledge level and concerns about this scientific topic. |
|----------|--|

| | |
|------------|---|
| PROFICIENT | The essay applies scientific reasoning in order to explain how or why the cited evidence supports the claim. The essay demonstrates logical reasoning and understanding of the scientific topic and/or text(s). The essay's explanations attempt to anticipate the audience's knowledge level and concerns about this scientific topic. |
| DEVELOPING | The essay includes some reasoning and understanding of the scientific topic and/or text(s), but it does not effectively apply scientific ideas or principles to explain how or why the evidence supports the claim. |
| EMERGING | The essay does not demonstrate clear or relevant reasoning to support the claim or to demonstrate an understanding of the scientific topic and/or text(s). |

FOCUS

Focus your writing on the prompt and task.

| | |
|------------|--|
| ADVANCED | The essay maintains strong focus on the purpose and task, using the whole essay to support and develop the claim and counterclaims evenly while thoroughly addressing the demands of the prompt. |
| PROFICIENT | The essay addresses the demands of the prompt and is mostly focused on the purpose and task. The essay may not acknowledge the claim and counterclaims evenly throughout. |
| DEVELOPING | The essay may not fully address the demands of the prompt or stay focused on the purpose and task. The writing may stray significantly off topic at times, and introduce the writer's bias occasionally, making it difficult to follow the central claim at times. |
| EMERGING | The essay does not maintain focus on purpose or task. |

ORGANIZATION

Organize your writing in a logical sequence.

| | |
|------------|---|
| ADVANCED | The essay incorporates an organizational structure throughout that establishes clear relationships among the claim(s), counterclaims, reasons, and evidence. Effective transitional words and phrases are included to clarify the relationships between and among ideas (i.e. claim and reasons, reasons and evidence, claim and counterclaim) in a way that strengthens the argument. The essay includes an introduction and conclusion that effectively follows from and supports the argument presented. |
| PROFICIENT | The essay incorporates an organizational structure with clear transitional words and phrases that show the relationship between and among ideas. The essay includes a progression of ideas from beginning to end, including an introduction and concluding statement or section that follows from and supports the argument presented. |
| DEVELOPING | The essay uses a basic organizational structure and minimal transitional words and phrases, though relationships between and among ideas are not consistently |

clear. The essay moves from beginning to end; however, an introduction and/or conclusion may not be clearly evident.

EMERGING

The essay does not have an organizational structure and may simply offer a series of ideas without any clear transitions or connections. An introduction and conclusion are not evident.

LANGUAGE

Pay close attention to your tone, style, word choice, and sentence structure when writing.

ADVANCED

The essay effectively establishes and maintains a formal style and objective tone and incorporates language that anticipates the reader's knowledge level and concerns. The essay consistently demonstrates a clear command of conventions, while also employing discipline-specific word choices and varied sentence structure.

PROFICIENT

The essay generally establishes and maintains a formal style with few possible exceptions and incorporates language that anticipates the reader's knowledge level and concerns. The essay demonstrates a general command of conventions, while also employing discipline-specific word choices and some variety in sentence structure.

DEVELOPING

The essay does not maintain a formal style consistently and incorporates language that may not show an awareness of the reader's knowledge or concerns. The essay may contain errors in conventions that interfere with meaning. Some attempts at discipline-specific word choices are made, and sentence structure may not vary often.

EMERGING

The essay employs language that is inappropriate for the audience and is not formal in style. The essay may contain pervasive errors in conventions that interfere with meaning, word choice is not discipline-specific, and sentence structures are simplistic and unvaried.