



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

TÍTULO:

**ESTUDIO DE CASO A PACIENTE CON PARÁLISIS
CEREBRAL ESPÁSTICA HEMIPLEJICA QUE ASISTE AL
HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"
DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.**

AUTOR:

Toro Villafuerte Mauricio Leonardo

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:
LICENCIADO EN TERAPIA FÍSICA.**

Guayaquil, Ecuador

2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

CERTIFICACION

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Mauricio Leonardo Toro Villafuerte, como requerimiento para la obtención del Título de Licenciado en Terapia Física.

COORDINADOR

Econ. Víctor Hugo Sierra Nieto

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dra. Martha Victoria Celi Mero

Guayaquil, a los 4 días del mes de Septiembre del año 2015.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Mauricio Leonardo Toro Villafuerte**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación “Estudio de caso a un paciente con Parálisis Cerebral Espástica Hemipléjica que asiste al Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, de la ciudad de Guayaquil” previo a la obtención del Título de Licenciado en Terapia Física, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 4 días del mes de Septiembre del año 2015.

EL AUTOR

Mauricio Leonardo Toro Villafuerte



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Mauricio Leonardo Toro Villafuerte**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación “Estudio de caso de un paciente con Parálisis Cerebral Espástica Hemipléjica que asiste al Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde de la ciudad de Guayaquil”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 4 días del mes de Septiembre del año 2015.

El Autor

Mauricio Leonardo Toro Villafuerte

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia por la confianza depositada y la convicción de que cumpliría esta meta con éxito, a mis profesores y amigos porque sin duda cada uno de ellos me ayudo a ser el profesional en el que me he convertido y por supuesto a mi amigo Jordy y su familia.

Mauricio Leonardo Toro Villafuerte

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a la persona que me ha demostrado que querer es poder, y que no hay metas inalcanzables en esta vida, una persona que ha sido incondicional, a mi madre.

Mauricio Leonardo Toro Villafuerte

ÍNDICE

Agradecimiento	i
Dedicatoria	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Introducción	1
Presentación del caso	2
Identificación del paciente	2
Caracterización del problema	2
Justificación	5
Evaluación y Diagnóstico	6
Metas y Objetivos	8
Marco Referencial Teórico	9
Desarrollo Metodológico	11
Metodología	11
Técnicas e Instrumentos	11
Tratamiento	12
Bibliografía	14
Anexos	15

RESUMEN

El estudio de caso dentro del área de la Terapia Física de un niño diagnosticado con Parálisis Cerebral Espástica Hemipléjica permite al profesional evaluar el S.O.M.A. del paciente así como respuestas de equilibrio, coordinación, sensibilidad y actividades correspondientes a la edad, utilizando como técnica de recolección de datos la entrevista, observación e inspección con ayuda de diversos instrumentos tales como historia clínica, diferentes tipos de test y herramientas audio visuales que servirán al profesional para la identificación de anomalías que le permitan plantear objetivos más específicos en paralelo al diseño de un plan de tratamiento personalizado en función de la información obtenida a lo largo de la evaluación del paciente y su continua evolución.

Palabras clave: Espasticidad, evaluación, hemiplejía, niño, Parálisis Cerebral, Terapia Física.

ABSTRACT.

The case study in the area of Physical Therapy of a boy diagnosed with hemiplegic Cerebral Palsy allows the practitioner to assess the S.O.M.A. patient responses and balance, coordination, sensitivity and activities under age , using data collection technique the interview, observation and inspection using various instruments such as medical history , test different types of audio and visual tools that they serve the professional to identify anomalies that allow you to ask more specific objectives in parallel to design a customized treatment plan based on the information obtained during patient assessment and continuous evolution.

Keywords: Spasticity, evaluation, hemiplegia, boy, Cerebral Palsy, Physical Therapy.

INTRODUCCIÓN

En el estudio de caso con enfoque fisioterapéutico de un paciente de 7 años de edad con Parálisis Cerebral Espástica Hemipléjica realizado entre Junio a Septiembre del 2015 que asiste al Hospital de niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” en la ciudad de Guayaquil, se encontró mediante entrevista que el individuo no presenta limitación intelectuales ni cognitivas, mediante observación e inspección el paciente presenta déficit funcional en el hemicuerpo izquierdo lo que repercute en algunas de las actividades pertinentes a su edad como por ejemplo la práctica de alguna actividad deportiva.

Las diferentes escalas evaluativas así como test de valoración han brindado una interesante perspectiva para el planteamientos de objetivos a corto, mediano y largo plazo y que como en todo tratamiento buscan la completa independencia del individuo y su inclusión a actividades de importancia para su desarrollo y evolución.

El plan de tratamiento diseñado intenta cubrir todos los objetivos planteados y es importante mencionar que aunque muchas técnicas tienen resultados exitosos en el tratamiento de niños con parálisis cerebral espástica hemipléjica el verdadero trabajo del fisioterapeuta es adaptar las técnicas, maniobras y conceptos a las necesidades del paciente, solo así se garantiza un tratamiento exitoso y eficiente.

1. PRESENTACIÓN DEL CASO

1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente Jordy Gómez Cadena de sexo masculino de 7 años de edad con estatura 119 cm y peso 22 Kg; con diagnóstico confirmado de parálisis cerebral espástica hemipléjica izquierda, asiste a Terapia Física desde el primer año de vida pero no de forma permanente, desde el mes de junio retoma el tratamiento Fisioterapéutico derivado por Fisiatría, asiste a tratamiento Fisioterapéutico dos veces por semana, jueves y sábados.

Como antecedentes personales, paciente pre-termino parto por cesárea a las 36 semanas de gestación, la madre refiere pérdida de líquido amniótico durante el embarazo; como antecedente perinatal APGAR normal.

Sometido a dos cirugías; alargamiento del tendón de Aquiles izquierdo y reparación de hernia inguinal a los 4 años y 3 años respectivamente, caminó a los 14 meses y habla a los 12 meses.

Hace un mes atrás recibió tratamiento de quimio denervación con toxina botulínica en pronadores, cuadrado y redondo, gemelos y soleo del hemicuerpo izquierdo.

Utiliza férula muñeca-mano (lado izquierdo).

1.2 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

Paciente de sexo masculino de 7 años de edad en etapa escolar, actualmente cursando el tercer año de educación básica, convive dentro

del núcleo familiar con tres hermanas mayores y madre.

Familia de nivel socio cultural y económico medio-alto, residen en la ciudad de Guayaquil.

Jordy es un niño con excelentes habilidades para relacionarse con otras personas, extrovertido y bastante participativo en actividades escolares, familiares y dentro del proceso de rehabilitación física, posee un notable interés por la tecnología.

Al examen físico por segmento hay espasticidad en bíceps braquial ASM 1 pronador redondo y pronador cuadrado ASM 2-3, espasticidad en soleo izquierdo ASM 1 y gemelos ipsilateral ASM 2, codo en ligera flexión más notable durante la marcha, limitación para la prono-supinación izquierda y flexión dorsal del pie izquierdo (pie equino). Al análisis del ciclo de la marcha carece de apoyo inicial (talón) en pie izquierdo, presente la coordinación entre cintura pélvica y cintura escapular, déficit en la función de componente distal de extremidad superior izquierda.

Cognitivamente ubicado, orientado en tiempo y espacio, función de pares craneales normal, reflejos para su edad presentes, buena coordinación estática prueba de romberg negativa y buena coordinación dinámica; como observación al comando de acción para la prueba de coordinación de miembro superior izquierdo, lo realiza con un poco más de esfuerzo por la espasticidad de pronadores. Sin alteraciones de la sensibilidad superficial y profunda.

En la valoración postural se encontró proyección y abducción de escapula izquierda, genu flexum y pie equino ipsilateral.

Cumple con la mayor parte de las actividades correspondientes a la motricidad gruesa tanto para el segmento superior como en el inferior con

ligera limitación por dolor y pérdida del equilibrio al correr o saltar según la Functional Mobility Scale (FMS) que valora actividades de desplazamiento del individuo en base a la distancia recorrida y ligera deficiencia para actividades manuales (motricidad fina) según el cuestionario de experiencia manual en niños que se le realizó en donde realiza una gran cantidad de actividades con la mano izquierda pero en su mayor parte como apoyo en pinza.

Al realizar actividades como correr y saltar el paciente presenta pérdida de equilibrio por el déficit que se encontró al apoyo inicial del pie izquierdo.

2. JUSTIFICACIÓN

Es importante realizar este tipo de trabajos de investigación porque permite que el investigador se relacione de forma exitosa con el paciente y abordarlo no solo desde el punto de vista científico-profesional sino también desde una perspectiva humana.

Si nos permitimos conocer realmente al ser humano que busca nuestra ayuda, su entorno, sus necesidades, sus metas, etc. empezaremos a sentir el compromiso que se necesita para cumplir nuestra función con eficiencia, lo que involucra mantenernos actualizados en hallazgos científicos y tecnológicos relevantes a las diferentes enfermedades, pruebas y valoraciones, técnicas y tratamientos que al final nos permitirán desempeñar nuestra función como agentes de salud con responsabilidad y ética profesional.

3. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Los resultados de las diferentes evaluaciones realizadas al paciente fueron los siguientes.

- Lenguaje normal, el paciente comprende y ejecuta ordenes con coherencia responde apropiadamente tanto de forma oral como manual.
- Reflejos propios a su edad presentes, y función de pares craneales normal.
- Sensibilidad superficial y profunda normal.
- Escala de Asworth Modificada: miembros superiores espasticidad en bíceps braquial ASM 1 pronador redondo y pronador cuadrado ASM 2-3 izquierdo. Miembros inferiores espasticidad en soleo izquierdo ASM 1 y gemelos ipsilateral ASM 2.
- En las diferentes vistas de la valoración postural del paciente se encontró: proyección y abducción de escapula izquierda, genu flexum izquierdo y pie equino izquierdo.
- Los resultados de la escala de movilidad funcional (Functional Mobility Scale) determinaron que el paciente no presenta problemas para trasladarse de forma independiente en corta, mediana o larga distancia.

- Una valoración accesoria sobre la actividad de equilibrio dinámico determino que el paciente presenta perdida de equilibrio en actividades de desplazamiento a mayor velocidad o actividades que involucren mayor definición al colocar pies como por ejemplo caminar sobre una baranda.
- En el cuestionario de experiencia manual en niños se encontró que el paciente participa en la mayor cantidad de actividades manuales correspondientes a su edad pero en la mayoría utiliza su mano izquierda como apoyo únicamente por disquinesia.

Diagnóstico Fisioterapéutico: Déficit funcional en hemicuerpo izquierdo, discinesia en mano izquierda y pie equino.

4. METAS Y OBJETIVOS

Se han fijado objetivos reales y alcanzables en base a los requerimientos a la edad del paciente y escala del nivel de independencia:

CORTO PLAZO

- Prevenir la restauración de patrones anormales.
- Relajar musculatura espástica.
- Aumentar arcos de movilidad limitados por espasticidad.
- Mejorar coordinación dinámica.

MEDIANO PLAZO

- Completar arcos de movilidad.
- Mejorar habilidades de motricidad fina.
- Entrenar las AVD.
- Reeducción de la marcha.

LARGO PLAZO

- Mejorar equilibrio dinámico (carrera).
- Potencializar habilidades psico-motrices y neuro-cognitivas.
- Mejorar control postural dinámico.

5. MARCO REFERENCIAL-TEÓRICO

“El concepto de ‘parálisis cerebral’ ha sido creado para englobar secuelas neurológicas de muy distinta naturaleza que afectan a la esfera motora.” (Camacho et al., 2007, p. 503).

La P.C. es una de las mayores enfermedades que provocan discapacidad en niños con manifestaciones intelectuales, motoras, cognitivas y sociales con impacto en diferentes ámbitos del paciente (Cano & Collado, 2012).

“Una terapéutica efectiva de los niños con ‘lesiones cerebrales precoces’, o de los niños ‘espásticos’ o de ‘little’, solo es posible cuando el terapeuta posee amplios conocimientos sobre las posibles alteraciones del sistema nervioso central y comprende perfectamente el mecanismo patogénico de los síndromes neurológicos así condicionados (Lindemann, 1968).

Confederación ASPACE (2012) considera

La parálisis cerebral es una discapacidad producida por una lesión en el cerebro sobrevenida durante la gestación, el parto o durante los primeros años de vida del niño. Generalmente conlleva una discapacidad física en mayor o menor grado, pero también puede ir acompañada de una discapacidad sensorial y/o intelectual.

Algunas características de la parálisis cerebral:

- Discapacidad permanente e inmutable.
- La lesión también puede afectar a otras funciones, como la atención, la percepción, la memoria, el lenguaje y el razonamiento, en función del tipo, la localización, la amplitud y la disfunción de la lesión neurológica, así como por el momento en que se produce el daño.
- Además, la lesión interfiere en el desarrollo del Sistema Nervioso Central, por lo que, una vez producido el daño, éste repercute en el proceso madurativo del cerebro y, por tanto, en el desarrollo del niño.

El grado en el que esta discapacidad afecta a cada persona es diferente, y viene determinado por el momento concreto en que se produce el daño; así podemos encontrarnos con personas que conviven con una parálisis cerebral que resulta apenas perceptible, desarrollando una vida totalmente normal, frente a otras que necesitan del apoyo de terceras personas para realizar las tareas más básicas de su vida diaria.

”Cronológicamente las lesiones pueden producirse durante tres periodos 1. Durante el embarazo (intreuterinas-prenatales) 2. Durante el parto (perinatales o intranatales), 3. Durante los primeros años (postnatales)” (Lindemann, 1968, p 1)

En el texto La parálisis cerebral, Asperger (1968) expresa que el trastorno en el movimiento es uno de los signos más frecuentes en la parálisis cerebral y que las causas pueden agruparse según:

- Propias del niño
- Insuficiencia placentaria
- Causas de la madre
- Traumatismos obstétricos
- Insuficiencia postnatal (pp. 36-41)

6. DESARROLLO METODOLÓGICO

6.1 METODOLOGÍA

Observación, evaluación, revisión bibliográfica y seguimiento de un paciente para la redacción del caso clínico y planteamiento de una propuesta de tratamiento específica en base a los resultados obtenidos.

6.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Las técnicas utilizadas para realizar el estudio de caso son la observación, inspección y entrevista. Los instrumentos que se utilizaron para llevar a cabo el estudio de caso son Historia Clínica, escala de Asworth modificada, Functional Mobility Scale (FMS), test de experiencia manual en niños, test postural, cámara de video, escala de valoración de la marcha.

7. TRATAMIENTO

El tratamiento que se describe en el presente trabajo está directamente relacionado con los objetivos que se fijaron anteriormente, así mismo se mencionaran las técnicas que se utilizaran en la propuesta de tratamiento sin definir el periodo a utilizarse.

Concepto Le Metayer

1. Corrección de las posturas patológicas.
2. Estimulación de los automatismos innatos.
3. Revelo por parte de la motricidad voluntaria.
4. Desarrollo de los movimientos en el máximo sector de la movilidad pasiva.
5. Dar un sentido funcional a los movimientos.
6. Facilitar la memorización perceptiva, gnósica y práxica.

Reaprendizaje motor orientado a la tarea.

1. Ejercicios de estiramiento con el objetivo de elongar la musculatura acortada y así facilitar el desplazamiento de segmentos corporales con limitaciones.
2. Modificar el entorno del paciente y estimularlo a través de la motivación para un mejor alineamiento corporal.
3. Ejercicios y actividades para el fortalecimiento muscular para que no existan interferencias en el desempeño ocupacional.
4. Instrucciones verbales y kinésicas sobre las estrategias claves para mejorar el desempeño.
5. Practicarlas las estrategias antes fijadas.
6. Practicar e incorporar las actividades aprendidas con el fin de repetir sin repetir.

Estimulación eléctrica funcional: Consiste en estimular eléctricamente un sistema o segmento específico del cuerpo humano en base a las necesidades del sujeto.

Retroalimentación neurobiofuncional.

1. Estimulación auditiva
2. Estimulación auditiva continua
3. Estimulación auditiva dependiente de un umbral predeterminado
4. Estimulación visual
5. Sensores térmicos

BIBLIOGRAFÍA

1. **Betes, M., Duran, M., et al.** (2008). *Farmacología para fisioterapeutas*. Madrid: Panamericana.
2. **Cano, R., Collado, S., et al.** (2012). *Neurorrehabilitación: métodos específicos de valoración y tratamiento* (4ª. ed.). Madrid: Panamericana.
3. **Kliegman, R., Behrman, R., Jenson, H., Stanton B.** (2008). *Nelson Tratado de Pediatría* (18ª. ed.). Barcelona: Elviesier.
4. **Lindemann, K. et al.** (1968). *La parálisis cerebral infantil*. Barcelona: Científico-Médica.

SITIOS WEB

1. **ASPACE** (2012). *La parálisis cerebral*. Recuperado el 30 de agosto de 2015, del sitio web de la Confederación, ASPACE: <http://www.aspace.org/paralisis-cerebral/que-es>
2. **Camacho, A. & Pallas, C. & De la Cruz, J. & Simon, R. & Mateos, F.** (2007) *Parálisis cerebral: concepto y registros de base poblacional* [en línea]. Madrid. Recuperado el 29 de agosto de: http://www.fundacionborjasanchez.org/upload/documentos/20110609172559.paralisi_cerebral_concepto_y_registros_de_base_poblacional.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

Escala Ashworth Modificada

Descripción	Puntuación
No hay cambios en la respuesta del músculo en los movimientos de flexión o extensión.	0
Ligero aumento en la respuesta del músculo al movimiento (flexión ó extensión) visible con la palpación o relajación, o solo mínima resistencia al final del arco del movimiento.	1
Ligero aumento en la resistencia del músculo al movimiento en flexión o extensión seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de movimiento (menos de la mitad).	1+
Notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte del arco de movimiento articular, pero la articulación se mueve fácilmente.	2
Marcado incremento en la resistencia del músculo; el movimiento pasivo es difícil en la flexión o extensión.	3
Las partes afectadas están rígidas en flexión o extensión cuando se mueven pasivamente	4

ANEXO 2



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CARRERA DE TERAPIA FISICA



HOJA DE EVALUACIÓN POSTURAL

Nombre y Apellidos del paciente:

Edad:

Sexo:

Lugar:

Peso:

Talla:

Fecha de evaluación:

Tipo corporal: Delgado () Medio () Robusto () Medio-delgado () Medio-robusto ()

Dolor: Si existe, registrarlo como ligero, moderado o intenso en la columna de notas

Graduación: 1 ligera, 2 moderada, 3 extrema - Derecha / Izquierda

Alineación Corporal	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Información específica y notas
<i>Vista Lateral</i>	Grado:	Grado:	Grado:	
Desplazamiento anterior del cuerpo				
Desplazamiento posterior del cuerpo				
Cabeza hacia delante				
Mentón retraído				
Mentón protuído				
Proyección de las escápulas				
Aumento de la curvatura dorsal (cifosis)				
Aumento de la curvatura lumbar (lordosis)				
Prominencia del abdomen				
Genu flexum				
Genu recurvatum				
Aplanamiento del arco longitudinal del pie				
Pie equino				
Pie talo				

Vista Posterior	Grado:	Grado:	Grado:	
Desplazamiento lateral del cuerpo				
Inclinación lateral de la cabeza				
Hombro caído				
Abducción de las escápulas (Escápula alada)				
Espalda plana				
Curvatura lateral de la columna (Escoliosis)				
Desigualdad de los ángulos de cintura				
Simetría de pliegues glúteos				
Pronación de los pies				
Talón varo				
Talón valgo				

Alineación Corporal	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Información específica y notas
Vista Anterior	Grado:	Grado:	Grado:	
Pabellón auricular				
Cabeza inclinada				
Cabeza rotada				
Elevación de un hombro				
Torax en Tonel				
Torax en Quilla				
Tonel en Embudo				
Desnivel de la pelvis				
Coxa valga				
Coxa vara				
Simetría de línea birotuliana				
Genu valgum				
Genu varum				
Pie plano				
Pie cavo				
Dedos martillo				
Hallux valgus				
Otros				

Observaciones:

Nombre del estudiante:

Docente:

*DERECHOS DE AUTOR
COORD. PASANTIAS
T.F. - UCSG/2010*

ANEXO 3



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS/AS

LUGAR DE PRACTICAS:.....
FECHA:.....
RESPONSABLE DEL
PACIENTE:.....

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:.....
.....
FECHA DE NACIMIENTO:..... N°
H.CLINICA:.....
EDAD:.....DOMICILIO:.....TELF:.....
.....MOTIVO DE
CONSULTA:.....
.....
.....

DIAGNOSTICO:.....
.....

2. COMPOSICION FAMILIAR

QUIENES COMPONEN LA
FAMILIA:.....
PADRE:.....EDAD:.....OCUPACION:.....
.....MADRE:.....EDAD:.....OCUPACION:.....
.....
HERMANOS:.....EDAD:.....OCUPACION:.....
.....
ESTADO CIVIL:.....CON QUIEN PASA EL NIÑO EN
CASA:.....

3. ANTECEDENTES PERSONALES

- EMBARAZO: PLANIFICADO.....
IMPREVISTO.....

TUVO COMPLICACIONES?

SALUD:.....EMOCIONALES:.....

.....

- CARACTERISTICAS DEL PARTO:

NORMAL:.....CESAREA:.....PREMATURO:.....

.....

OTROS:.....

.....

- CONDICIONES INMEDIATAS POSTERIORES AL NACIMIENTO:

CICATRICES,

MALFORMACIONES:.....

CONVULSIONES:.....OTROS:.....

.....

- PAUTAS MADURATIVAS

ALIMENTACION:

LECHE MATERNA.....

BIBERON.....MASTICACION.....

ACTUAL.....

.....

HABITOS

ORALES:.....

SUEÑO:.....

.....

MOTRICIDAD:

CARACTERISITICAS DE SUS

MOVIMIENTOS:.....

.....

.....

.....

.....

DESARROLLO MOTRIZ

GRUESO:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

ENFERMEDADES,
ACCIDENTES:.....
VACUNAS:.....
.....
CIRUGIAS:.....
.....
ALERGIAS:.....
.....
CONTROL
MEDICO:.....
REALIZACION DE
ESTUDIOS:.....
OTROS:.....
.....
.....
.....

5. INTERACCION FAMILIAR:

COMO SE RELACIONA CON SUS
PADRES:.....
.....
.....
COMO SE RELACIONA CON SUS
HERMANOS:.....
.....
.....
ACTIVIDADES QUE REALIZA EN
FAMILIA:.....
.....
.....
SITUACION
FAMILIAR:.....
OBSERVACIONES:.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO 4

FUNCTIONAL MOBILITY SCALE (FMS)

- Valora habilidad del niño para caminar en 3 distancias:
 - 5 m: hogar
 - 50 m: escuela
 - 500 m: comunidad
- Clasifica en 6 grados el nivel de asistencia requerido.
- Aplicable a partir de los 6 años.

<p>Rating 6</p> <p>Independent on all surfaces: Does not use any walking aids or need any help from another person when walking on all surfaces including uneven ground, curbs etc and in a crowded environment.</p> 	<p>Rating 3</p> <p>Uses crutches: Without help from another person.</p> 								
<p>Rating 5</p> <p>Independent on level surfaces: Does not use walking aids or need help from another person.* Requires a rail for stairs. <small>*If user functions with, faces, step foot or crutches, please use 4 as the appropriate description.</small></p> 	<p>Rating 2</p> <p>Uses a walker or frame: Without help from another person.</p> 								
<p>Rating 4</p> <p>Uses a stick (one or two): Without help from another person.</p> 	<p>Rating 1</p> <p>Uses wheelchair: May stand for transfers, may do some stoppings supported by another person or using a walker/frame.</p> 								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Walking distance</th> <th>Rating: select the number (from 1-6) which best describes current function</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 metres (yard)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>50 metres (yard)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>500 metres (yard)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Walking distance	Rating: select the number (from 1-6) which best describes current function	5 metres (yard)		50 metres (yard)		500 metres (yard)		<p>Rating C Crawling: Child crawls for mobility at home (5y).</p> <p>Rating N N = does not apply: For example child does not complete the distance (500 m).</p>
Walking distance	Rating: select the number (from 1-6) which best describes current function								
5 metres (yard)									
50 metres (yard)									
500 metres (yard)									

ANEXO 5

CHEQ Reporte Cuestionario de la Experiencia Manual en Niños

Nombre: Jordy Gomez Edad: 7 años Sexo: Hombre
 Función reducida de mano/brazo en Lado izquierdo.
 Contestado por: Mauricio Toro
 Reporte creado 29/08/2015

	Hace	Dos manos	Prensión/soporte	Tiempo requerido	Sentirse molesto
Subirse unos pants	Si	Si/S	2	2	4
Quitar un popote del frente de la caja de jugo e insertárselo. (Se refiere a todo el proceso, incluyendo quitar la envoltura del popote)	Si	Si/P	4	3	4
Ponerse los calcetines	Si	Si/P	3	4	4
Comer yoghurt desde un empaque individual	Si	Si/P	4	4	4
Poner pegamento a un papel usando adhesivo en barra (pritt)	Si	Si/P	4	4	4
Recortar una imagen usando tijeras	Si	Si/P	3	2	4
Ponerle mantequilla a un pan suave	NA				
Abrir una cajita (por ejemplo una cajita de mentas)	Si	Si/P	3	3	4
Poner pasta en un cepillo de dientes	NA				
Cortar un hot cake (u otro alimento fácil de cortar) en un plato	No				
Quitarle la envoltura a un dulce	Si	Si/P	3	4	4
Abrir el cierre de una pequeña bolsa (por ejemplo un estuche de lápices o bolsa de mano)	Si	Si/P	3	3	4
Manipular cartas (Se refiere a todo el proceso; sostener, seleccionar y colocar las cartas en la mano mientras se juega con ellas)	Si	Si/P	3	3	4
Tomar dinero de un monedero o billetera	Si	Si/P	3	4	4
Llevar una charola (por ejemplo en el servicio de comedor)	No				
Subir el cierre de una chamarra	Si	Si/P	3	3	4
Abrocharse el pantalón	No				
Abrir un bote de plástico con tapa (por ejemplo una bote de helado)	No				
Quitar la taparosca de un refresco pequeño, que no haya sido abierto previamente	No				
Quitarle la envoltura a un helado	No				
Abrochar un casco (por ejemplo un casco para bicicleta)	NA				
Cortar sobre una tabla para picar (por ejemplo fruta, verduras, pan)	NA				
Pelar una naranja	No				
Abrir una bolsa (por ejemplo una bolsa de frituras)	No				
Quitarle el plástico protector (del adhesivo) de un Curita	No				
Cortar carne (u otro alimento difícil de cortar) en un plato	No				
Abrir una caja de leche o jugo	NA				
Abrocharse las agujetas	No				
Abrochar un collar (alrededor del cuello)	No				

NA= No aplica, Si/S = Si con soporte, Si/P = Si con pinza