

# ¿Qué es la Parálisis Cerebral?

## Definición de la Parálisis Cerebral

---

*La Parálisis Cerebral describe un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitaciones en la actividad y que son atribuidos a alteraciones no progresivas ocurridas en el desarrollo cerebral del feto o del lactante. Los trastornos motores de la parálisis cerebral están a menudo acompañados por alteraciones de la sensación, percepción, cognición, comunicación y conducta, por epilepsia y por problemas musculoesqueléticos secundarios (Rosembaum, Paneth, Levinton, Goldstein y Bax, 2007, p. 9).*

## LA CLASIFICACIÓN DE LA PARÁLISIS CEREBRAL

La definición de parálisis cerebral propuesta por Rosembaum et al. (2007) agrupa distintas presentaciones clínicas y grados de limitación en la actividad, por lo que es conveniente clasificar a las personas con parálisis cerebral mediante clases o grupos. La propuesta de clasificación de estos autores incluye los siguientes aspectos:

1. **Descripción:** proporciona el nivel de detalle sobre una persona con parálisis cerebral que delimitará con claridad la naturaleza y gravedad del problema.
2. **Predicción:** proporciona información a los profesionales de atención a la salud sobre las necesidades de servicios actuales y futuras de las personas con parálisis cerebral.
3. **Comparación:** ofrece suficiente información para realizar una comparación razonable de series de casos de parálisis cerebral recogidos en distintos lugares.
4. **Evaluación del cambio:** facilita información que permita comparar a una misma persona con parálisis cerebral en diferentes momentos.

Los esquemas clasificatorios tradicionales se han centrado principalmente sobre el patrón de distribución de los miembros afectados (por ejemplo, tetraplejía, hemiplejía o diplejía) con una descripción del tipo predominante de tono o anomalía del movimiento (ejemplo: espástico o disquinético), pero se ha demostrado que es preciso tener en cuenta las alteraciones que acompañan a la parálisis cerebral para establecer un esquema de clasificación que contribuya a comprender y manejar mejor esta discapacidad.

## COMPONENTES DE LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE LA PARÁLISIS CEREBRAL

Rosembaum y colaboradores (2007) recomiendan para la clasificación de la parálisis cerebral la utilización de cuatro componentes principales: **(1) anomalías motoras, (2) deficiencias asociadas, (3) anatomía y hallazgos radiológicos y (4) causa y momento.**

### 1. Anomalías motoras:

**1. NATURALEZA Y TIPOLOGÍA DEL TRASTORNO MOTOR:** Las personas con parálisis cerebral han sido tradicionalmente agrupadas por el tipo de trastorno motor predominante, utilizando una categoría mixta para aquellos casos en que ningún tipo domina. Esta estrategia es la adoptada por el Sistema de Clasificación descrito en el *Reference and Training Manual of Surveillance of Cerebral Palsy in Europe* (SCPE) (2005), el cual divide la parálisis cerebral en tres grupos según las características neuromotoras predominantes. Todos los subtipos de parálisis cerebral tienen en común un patrón anormal del movimiento y de la postura. La parálisis cerebral *espástica* se caracteriza por aumento del tono muscular y por la presencia de reflejos patológicos (hiperreflexia u otros signos piramidales, por ejemplo respuesta de Babinski). La parálisis cerebral espástica puede ser *Espástica Bilateral* (parálisis cerebral-EB) o *Espástica Unilateral* (parálisis cerebral-EU). La parálisis cerebral *discinética* se determina por movimientos involuntarios, incontrolados, recurrentes, ocasionalmente estereotipados con predominio de reflejos primitivos y tono muscular variable. Asimismo, puede ser *distónica* o *coreo-atetósica*. Por último, la parálisis cerebral *atáxica* incluye pérdida de la coordinación muscular ordenada, por lo que los movimientos se llevan a cabo con fuerza, ritmo y presión anormal.

**2. HABILIDADES MOTORAS FUNCIONALES:** La CIF señala la importancia de la evaluación de las consecuencias funcionales en los diferentes estados de salud. Las consecuencias funcionales de la implicación de las extremidades inferiores y

superiores deben ser clasificadas utilizando escalas objetivas funcionales. Para la función de la deambulaci3n, el *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS) (Palisano, Rosembaum, Walter, Russell, Wood y Galuppi, 1997) ha sido ampliamente utilizado en ni1os con par3lisis cerebral. El GMFCS permite la clasificaci3n de la movilidad funcional o limitaci3n de la actividad en cinco niveles de gravedad. A continuaci3n, presentamos la descripci3n del GMFCS respecto a la edad 6-12 a1os.

---

**NIVEL I:** Caminan en casa, en el colegio y en la comunidad. Pueden subir y bajar bordillos sin ayuda y subir escalaras sin sujetarse. Los ni1os realizan habilidades motoras gruesas, por ejemplo correr y saltar pero la velocidad, el equilibrio y la coordinaci3n est3n reducidos.

---

**NIVEL II:** Caminan en la mayor3a de entornos, pueden presentar dificultades al andar largas distancias y con el equilibrio en terrenos irregulares, inclinados, en 3reas llenas de gente o si cargan alg3n objeto.

---

**NIVEL III:** Caminan usando ayudas manuales de asistencia a la movilidad en la mayor3a de los lugares interiores. Cuando se sientan necesitan apoyo lumbar para conseguir alineamiento p3lvico. Para ponerse de pie desde un asiento o desde el suelo necesitan asistencia f3sica de una persona o apoyarse en una superficie firme.

---

**NIVEL IV:** Usan m3todos de movilidad que requieren ayuda f3sica o propulsada en la mayor3a de entornos. Necesitan asientos adaptados para el control del tronco y la pelvis y ayuda f3sica para ser movilizadas. En casa se mueven en el suelo (rodando, reptando o gateando) caminan peque1as distancias con ayuda f3sica o utilizan m3todos propulsados.

---

**NIVEL V:** Los ni1os son transportados en silla de ruedas en todos los lugares. Est3n limitados en su habilidad para el control antigravitatorio de la postura del tronco, la cabeza y el control de los movimientos de las piernas y los brazos.

---

## 2. Deficiencias asociadas:

En muchas personas con par3lisis cerebral interfieren otras deficiencias con la habilidad para la funci3n en la vida diaria y pueden producir, al mismo tiempo, incluso mayor

limitación en la actividad que las deficiencias motoras. Estas deficiencias pueden haber surgido de los mismos o similares procesos patofisiológicos que llevan al trastorno, pero, sin embargo, requieren una enumeración separada. Como ejemplos se incluyen los trastornos epilépticos, problemas auditivos, visuales, cognitivos y de déficit de atención, y cuestiones emocionales y conductuales. Estas deficiencias deben ser clasificadas como presentes o ausentes; y, si están presentes, debe describirse el alcance con que interfieren las habilidades de la persona para la función o participación en las actividades y roles deseados. Las recomendaciones de la SPCE en relación con los trastornos que pueden acompañar a la parálisis cerebral son las siguientes: (1) presencia o ausencia de epilepsia ( dos convulsiones no provocadas, excluidas las convulsiones febriles y las convulsiones neonatales), (2) Discapacidad Intelectual (DI) ( CI normal  $\geq 85$ , CI 70-84 límite, CI 50-69 leve, CI 20-49 moderado o grave y CI < 20 profundo), (3) función visual (normal, deficiente y grave –ciego o falta de visión útil) y (4) audición normal, deficiente o grave (pérdida auditiva > 70 dB).

### **3. Anatomía y hallazgos radiológicos:**

1. **DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA:** partes del cuerpo – tales como miembros o tronco – afectadas por las deficiencias motoras o limitaciones.
2. **HALLAZGOS RADIOLÓGICOS:** los hallazgos neuroanatómicos de la tomografía computerizada o de la imagen de la resonancia magnética, tales como la ampliación ventricular, la pérdida de sustancia blanca o la anomalía cerebral.

### **4. Causa y momento:**

Si hay una causa claramente identificada, como es frecuente en el caso de parálisis cerebral postnatal (por ejemplo, meningitis o daño cerebral) o cuando están presentes malformaciones cerebrales, y el momento en que el daño ocurrió.