



Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana



Docente:

Dr.- SERGIO JIMENEZ RUIZ

Alumno:

Russell Manuel Alejandro Villarreal

Semestre y grupo:

5 "B"

Materia:

MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

Proyecto:

Mapa conceptuales

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 02 de enero de 2022.

Escalas de evaluación en la discapacidad pediátrica

son

El desarrollo psicomotor (DPM)

Medir la discapacidad de un niño presenta una serie de desafíos

Escalas de evaluación del desarrollo psicomotor

Escala Haizea-Llevant

Permite comprobar el nivel de desarrollo cognitivo, social y motor de 0 a 5 años.

Evalúa 4 áreas

MANIPULACIÓN

SOCIABILIDAD

LENGUAJE

POSTURAL

Alberta Infant Motor Scale

Análisis observacional de la actividad espontánea motora, desde el RN hasta los 18 meses.

evalúa

Bebés de riesgo neurológico Control postural decúbito prono, supino, sedestación y bipedestación.

ALBERTA INFANT :
MOTOR SCALE :
Record Booklet :

Name _____ Date of Assessment _____
Identification Number _____ Date of Birth _____
Examiner _____ Chronological Age _____
Place of Assessment _____ Corrected Age _____

	Previous Items Credited	Items Credited in Window	Subscale Score
Prone			
Supine			
Sit			
Stand			

Total Score Percentile

Comments/Recommendations

¿Por qué?

Cada niño desarrolla y aprende a realizar las tareas básicas a diferente velocidad

ESCALAS

de valoración son

Instrumentos de evaluación estandarizada con procedimientos específicos de aplicación y puntuación.

es

con

Un proceso continuo que va desde la concepción hasta la madurez

Una secuencia similar en todos los niños, pero con un ritmo variable.

Áreas de habilidades

- Lenguaje
- Motora
- Manipulativa y social

Las habilidades permiten al

Independencia progresiva y **adaptación** al medio

Escalas de evaluación del desarrollo psicomotor

The Bayley scales of Infant Development

1993

Individual, niños de 0 hasta 2,5 años, Escala mental, psicomotricidad y del comportamiento.

Guía Portage

Evalúa

El comportamiento del niño, y establece una intervención.

Determina

Las capacidades generales de los niños, y entre ellas están las capacidades lingüísticas.

Escala de Brunet Lezine

1987

Desde 0 hasta 6 años

Psicomotriz, postural, de coordinación y lenguaje.

Movement Assessment of infant (Chandler)

1980

Desde 0 hasta 12 años

Valora

Tono muscular

Movimiento voluntario

La calidad del movimiento

Reacciones automáticas

Reflejo

Escalas de evaluación del desarrollo psicomotor

Test of Infant Motor Performans (Campell)

1993

Desde 32 SDG hasta 4 meses postparto.

Define el control postural selectivo y necesario para los movimientos funcionales en los primeros meses, control de cabeza y tronco en decúbito supino y posiciones erectas.

Escala de desarrollo motor de Peabody:

Desde

Desde el nacimiento hasta los 83 meses (6 a 9 meses)

Determina

El nivel de desarrollo en un niño con actividad motora que no se ajusta a la edad.

Escala motora gruesa

Movimientos precisos de músculos largos, mide 5 habilidades y 170 ítems.

Escala motora fina

Movimientos precisos de músculos pequeños, mide 4 habilidades y 112 ítems.

Pediatric evaluation of disability inventory

Valoración funcional en niños. Permite tener un conocimiento objetivo de su comportamiento.

Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor

Escalas de valoración de las actividades básicas de la vida

Las ABVD valoran el autocuidado y las necesidades básicas para que el paciente pueda mantenerse autónomo en su medio inmediato, es decir, su domicilio (comer, desplazarse, asearse, vestirse, contener esfínteres).

Índice de Barthel

Constituye la escala más extendida para valorar las ABVD, fundamentalmente en pacientes domiciliarios o con deterioros más notables, en rehabilitación, para la valoración del grado de minusvalía, discapacidad o dependencia, etc.

Índice de Katz

Su característica más destacable es la ordenación jerárquica de sus ítems reflejando la progresión natural en la pérdida y la recuperación de la función. Sus mayores inconvenientes son la complejidad de la categorización final limitada en el rango de actividades valoradas, y escasa sensibilidad para detectar pequeños cambios.

Escalas de valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria

Las AIVD, que requieren más destreza y habilidad, valoran actividades necesarias para mantener la independencia en el hogar y poder permanecer autónomamente en la comunidad (hacer la compra, preparar la comida o hacer labores de la casa, desplazarse y utilizar transportes, usar el teléfono, llevar la contabilidad doméstica, etc.). Son las que primero se deterioran.

Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor

Prueba de velocidad de la marcha

Se le pide a la persona que camine, con su paso normal, en línea recta, una distancia variable, aunque en general se consideran 6 m.

prueba cronometrada de levántese y ande

Se le pide a la persona que se levante de la silla, camine 3 m y vuelva a sentarse. En general, se considera alterado si tarda más de 20 s, aunque no hay consenso y algunos autores ponen el corte en menos tiempo (15 s), y también depende de la finalidad con la que se emplee la prueba.

Cuestionario de Pfeiffer

Es el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), un cuestionario muy breve, pero con buenos índices de sensibilidad y especificidad. Valora fundamentalmente la memoria y la orientación. Tiene una corrección en su puntuación según el nivel cultural y de escolarización.

SET-test de Isaac

(sensibilidad para deterioro cognitivo del 79% y especificidad del 82%). Útil en caso de pacientes analfabetos o con déficits sensoriales.

Rehabilitación en pacientes con esclerosis múltiple

REHABILITACIÓN FÍSICA

La terapia física busca la mejora de la capacidad del cuerpo para moverse y funcionar, con especial énfasis en el caminar y la movilidad general, la fuerza, el equilibrio, la postura, la fatiga y el dolor.

El objetivo es promover la seguridad, conseguir y mantener un funcionamiento óptimo, y prevenir complicaciones innecesarias, como la debilidad muscular por falta de movilidad y las contracturas musculares relacionadas con la espasticidad.

FISIOTERAPIA

La fisioterapia se recomienda cuando hay un problema específico o síntomas en curso que afectan a las actividades cotidianas, la movilidad y la independencia. Puede ayudar a cualquier nivel de discapacidad. Los problemas de la vejiga, el dolor y los espasmos musculares, y la rigidez también pueden ser objeto de fisioterapia.

El uso del FES está científicamente probado para conseguir los siguientes objetivos:

- 1.-Relajación de los espasmos musculares
- 2.-Prevención o retraso de la atrofia por desuso
- 3.-Incremento local de la circulación de la sangre
- 4.-Mantener o aumentar el rango de movimiento

ACTIVIDAD FÍSICA TERAPÉUTICA

Hoy en día está demostrado que una actividad física suave y constante es imprescindible para evitar las complicaciones que puede conllevar algunos de los síntomas de la esclerosis múltiple, así como para mantener y mejorar aquellas funciones que han quedado afectadas.

Es importante que cada persona conozca sus límites de tolerancia a la actividad física. No son recomendables aquellas actividades de resistencia que no puedan ser detenidas en caso de necesidad.

LOGOPEDIA

La logopedia es una herramienta muy útil en algunos casos de afectación del lenguaje. Con esta terapia se evalúa y tratan problemas con el habla y / o al tragar, posiblemente causados por daños en el sistema nervioso central que han reducido el control de los músculos utilizados en estas funciones importantes.

Rehabilitación en pacientes con Enfermedad de Duchenne

La fisioterapia como tratamiento en los trastornos neuromusculares ayuda a mantener y aumentar, hasta donde sea posible, el nivel de función y movilidad actual del niño.

Fase de marcha autónoma

Programa

- Ejercicios activos.
- Subir y bajar escaleras: apoyo del pie.
- Propiocepción y equilibrio.
- Estiramientos activos.
- Movilizaciones y estiramientos pasivos: familia y fisioterapeuta.
- Masaje.
- Hidroterapia.
- Fisioterapia respiratoria.
- Mantener autonomía personal.
- Evitar largos períodos en cama.

Sus propósitos principales

Evitar y/o reducir las contracturas musculares

Retrasar el desarrollo de la debilidad muscular

Evitar y/o reducir la rigidez articular

Evitar complicaciones respiratorias

Mantener una calidad de vida óptima

REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON COMPRESIÓN RAQUIMEDULAR

La compresión medular es una urgencia oncológica y neurológica, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz son los factores clave para evitar el daño neurológico severo e irreversible. La parálisis, la pérdida de la sensibilidad y la alteración del control de los esfínteres, son la consecuencia final del proceso, y supone una fuente de morbilidad importante del paciente oncológico, además de estar relacionado con un menor tiempo de supervivencia.

¿Por qué podría ser necesaria la rehabilitación de la marcha?

Porque:

Una lesión de la médula espinal daña las células nerviosas y sus conexiones. Este daño puede impedir el flujo de las señales del movimiento que van del cerebro a los músculos, lo que normalmente causa debilidad o parálisis.

La lesión también puede dañar y perturbar las señales nerviosas de la sensibilidad (sensación) por lo que algunas partes del cuerpo carecerán de sensación o tendrán sensaciones anormales, como de ardor u hormigueo.

Es común que cada uno de estos problemas derive en dificultades para caminar y aumente el riesgo de caídas o resulte en la imposibilidad de volver a caminar.

¿Le será efectiva la rehabilitación de la marcha?

Dependerá de:

Cada individuo progresa con la terapia a su propio ritmo. Algunas personas pueden aprender a caminar bien en unos meses; otras pueden tardar años en poder caminar y en hacerlo tan solo como una forma de ejercicio.

La habilidad para caminar después de una lesión de la médula espinal dependerá de varios factores como:

- 1.-El nivel de la lesión.
- 2.-La severidad de la lesión.
- 3.-El tiempo transcurrido desde la lesión.
- 4.-La edad.
- 5.-El nivel de la condición física.
- 6.-Otras lesiones.
- 7.-El nivel de la sensibilidad.
- 8.-El nivel del dolor.

¿Cómo determinar si la rehabilitación de la marcha es adecuada para usted?

Se determina por medio de:

Un fisioterapeuta (FT) u otro médico determinarán si la rehabilitación de la marcha es algo apropiado para usted por medio de varios exámenes.

1.-Pondrán a prueba su fuerza, sensación, capacidad de levantarse, equilibrio mientras está de pie, espasticidad o rigidez, y el rango de movimiento de sus caderas, rodillas, tobillos y tronco.

2.-El médico puede también proporcionar dispositivos de asistencia u ortesis para darle mayor equilibrio, proteger las articulaciones y garantizar su seguridad mientras camina.

3.-Luego puede evaluar su velocidad, capacidad de aguante y equilibrio al caminar con estos dispositivos y ortesis para dar seguimiento al progreso alcanzado con la terapia.

Opciones de tratamientos para la rehabilitación de la marcha

Se divide en:

Rehabilitación de la marcha temprana (nivel principiante):

- 1.-Si la rehabilitación de la marcha es adecuada para usted, es mejor ponerse en posición vertical y en movimiento tan pronto como le sea posible.
- 2.-Usted puede dar sus primeros pasos después de sufrir a LME usando diversos equipos como las barras paralelas, un andador y las ortesis o braces, etc.

Post-rehabilitación de la marcha (nivel avanzado):

- 1.-Dependiendo de su LME, su terapeuta puede comenzar a trabajar con usted en el suelo sin un dispositivo de soporte de peso corporal o barras paralelas.
- 2.-El dispositivo específico que necesite dependerá del estado de su fuerza y de su equilibrio.
- 3.-Es útil experimentar con diferentes dispositivos de apoyo y ortesis para encontrar los que son adecuados para el paciente.

REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son un problema crítico de salud pública, tanto por sus altas tasas de mortalidad, como por las discapacidades que presentan los pacientes que sobreviven a ello, evidenciado dificultades a nivel cognitivo, emocional, familiar, social y laboral, las cuales afectan su calidad de vida.

Tipos de traumatismo craneoencefálico (TCE)

Se dividen en:

Los TCE abiertos: ocurren cuando se produce una fractura o perforación de la bóveda craneana, produciendo una herida en el tejido cerebral y exponiendo o dejando en contacto con el aire la masa encefálica.

Los TCE cerrados: Los traumatismos craneoencefálicos cerrados solo afectan el tejido cerebral

Los dos tipos de traumas suelen presentar una afectación focal y otra difusa, a causa del impacto recibido. La primera corresponde a la lesión generada en el lugar del cerebro que recibió el impacto;

la segunda, es aquella que no ocupa un volumen bien definido dentro del compartimiento intracraneal, pero que genera, al igual que la lesión focal, secuelas neurológicas.

Gravedad del traumatismo craneoencefálico

Clasificada en:

La gravedad del traumatismo craneoencefálico suele clasificarse en tres niveles, ya sea **leve, moderado o grave**, según el tiempo que la persona se mantiene en estado de inconsciencia o con una amnesia traumática.

La medida estándar para definir el nivel de gravedad del TCE se conoce como la **Escala de Coma de Glasgow (GCS)**. Esta valora tres parámetros independientes (respuesta verbal, respuesta motora y apertura ocular) con los cuales define la capacidad de respuesta consciente del paciente.

La severidad del daño cerebral se debe evaluar lo antes posible, preferiblemente, una vez ocurrida la lesión para proporcionar una línea de base para futuras evaluaciones y actuar oportunamente.

Las funciones ejecutivas en persona con traumatismo craneoencefálico

Se dividen en:

El concepto de funcionamiento ejecutivo hace referencia a un conjunto de operaciones cognitivas de alto nivel como la planificación, la toma de decisiones, la flexibilidad, entre otras, las cuales controlan y regulan el comportamiento.

La revisión sistemática de análisis factoriales de las FE resultó en una propuesta integradora de los procesos de control ejecutivo tales como:

- 1.-La velocidad de procesamiento
- 2.-La memoria de trabajo
- 3.-La fluidez verbal
- 4.-La inhibición
- 5.-La ejecución dual
- 6.-La flexibilidad cognitiva
- 7.-La planificación
- 8.-La toma de decisiones

Rehabilitación neuropsicológica en pacientes con TCE

Se define en:

La rehabilitación puede definirse como una aplicación sistemática de actividades terapéuticas, orientadas a mejorar la funcionalidad del paciente, a partir de la comprensión de sus déficits.

Las propuestas de la rehabilitación cognitiva desde la neuropsicología contemporánea, sugieren la elaboración de programas de evaluación y rehabilitación individualizados para cada patología, con expectativas y objetivos claros y comunes para el paciente y su familia.

Sus programas de rehabilitación consisten en tareas organizadas jerárquicamente por nivel de dificultad y que requieren el uso repetitivo de las funciones deterioradas. Estos programas aclaran que el grado de recuperación funcional del paciente.

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

CAMPO DE ACCIÓN

Se refiere a:

La *Medicina Física & Rehabilitación* como especialidad médica centra su actuación en el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad encaminados a facilitar el mayor grado de independencia.

La **Medicina Física**, el medio, que permite que el profesional médico especializado concrete en su ámbito de actuación un diagnóstico preciso de la enfermedad y discapacidad física, que permite la prescripción de un tratamiento integral.

La OMS, define **Rehabilitación**, el fin, como "el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles". En este contexto, es un término común con otras profesiones del ámbito de la función y calidad de vida.

HABILIDADES CLÍNICAS

Deben ser:

1.- Obtener y elaborar una historia clínica que contenga toda la información relevante.

2.- Realizar un examen físico y una valoración mental.

3.- Tener capacidad para elaborar un juicio diagnóstico inicial y establecer una estrategia diagnóstica razonada.

4.-Reconocer y tratar las situaciones que ponen la vida en peligro inmediato, y aquellas otras que exigen atención inmediata.

5.-Establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento aplicando los principios basados en la mejor información posible.

6.-Indicar la terapéutica más adecuada de los procesos agudos y crónicos más prevalentes.

FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS

Deben tener:

1.-Comprender y reconocer la estructura y función normal del cuerpo humano, a nivel molecular, celular, tisular, orgánico y de sistemas, en las distintas etapas de la vida.

2.-Reconocer las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones.

3.-Comprender y reconocer los efectos, mecanismos y manifestaciones de la enfermedad sobre la estructura y función del cuerpo humano.

4.-Comprender y reconocer los agentes causantes y factores de riesgo que determinan los estados de salud y el desarrollo de la enfermedad.

5.-Comprender, los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones terapéuticas, basándose en la evidencia científica disponible.

VALORES PROFESIONALES, ACTITUDES, COMPORTAMIENTOS Y ÉTICA

Deben ser:

1.-Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos y las responsabilidades legales.

2.-Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional.

3.-Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultural.

4.- Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional.

INSTRUMENTOS EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Se proponen las siguientes líneas generales como competencias específicas para el bloque de Medicina Física & Rehabilitación del Grado de Medicina:

SABER (Conocimientos):

Son:

1.-Reconocer, Diagnosticar y Orientar el manejo de la Diversidad Funcional (Discapacidad y/o Dependencia):

- Reconocer los niveles de discapacidad/dependencia en el marco de los diferentes procesos patológicos.
- Conocer los métodos de valoración de la discapacidad y del daño corporal.
- Conocer las bases del funcionamiento general del equipo multi-interdisciplinar.
- Orientar el manejo de las técnicas básicas utilizadas en la valoración, prevención y rehabilitación de la persona.

2.- Sólo conocer y comprender:

- Conocer y comprender la indicación de ayudas técnicas básicas para la marcha, así como de los dispositivos especiales para las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales.

SABER HACER (Habilidades):

Son:

1.-Rutinariamente y sin supervisión

Utilizar escalas de valoración funcional básicas en los diferentes procesos patológicos, Aplicar dispositivos de marcha básicos y Asesorar en la generalidad a los pacientes, familiares y cuidadores.

2.-Practicar bajo supervisión de un tutor docente médico rehabilitador:

Ejercitar la prescripción de indicaciones clínicas de técnicas rehabilitadoras básicas utilizadas en la prevención primaria o secundaria de la discapacidad.

3.-Presenciar la práctica clínica del médico rehabilitador:

Asistir a la práctica de técnicas específicas de los servicios de Medicina Física y Rehabilitación para el abordaje íntegro y multidisciplinar de pacientes con discapacidad.

HACER (Aptitudes):

Son:

1.-Implementar el Paradigma Social de Salud y conocer el tradicional Paradigma Clásico de Salud.

2.-Aplicar el Modelo profesional médico diagnóstico-terapéutico de función y calidad de vida en respuesta a las necesidades derivadas de la diversidad funcional del individuo en sociedad y en un modelo de atención integral e interdisciplinar del ciudadano con discapacidad y dependencia.

INSTRUMENTALES

Son:

- 1.-Capacidad de análisis y síntesis
- 2.-Capacidad de organización y planificación
- 3.-Comunicación oral y escrita en la lengua nativa
- 4.-Resolución de problemas y Toma de decisiones

PERSONALES :

- 1.-Trabajo en equipo
- 2.-Habilidades en las relaciones interpersonales
- 3.-Reconocimiento a la diversidad y la multiculturalidad
- 4.-Razonamiento crítico

SISTÉMICAS :

- 1.-Aprendizaje autónomo
- 2.-Adaptación a nuevas situaciones
- 3.-Liderazgo y Creatividad