



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina



Materia: Medicina física y de rehabilitación

Dr. Sergio Jiménez Ruiz

Mapas conceptuales

Alumna:

Guadalupe Elizabeth González González

Semestre y grupo: 5 B

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 02 /01/ 2022.

Escalas de evaluación en la discapacidad pediátrica

enlace

El desarrollo psicomotor (DPM)

es con

Un proceso continuo que va desde la concepción hasta la madurez

Áreas de habilidades

- ❖ Lenguaje
- ❖ Motora
- ❖ Manipulativa y social

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

Las habilidades permiten al niño

Independencia progresiva y adaptación al medio

Medir la discapacidad de un niño presenta una serie de desafíos

¿Por qué?

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

ESCALAS
de valoración son

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

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.

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

SOCIABILIDAD

LENGUAJE

MANIPULACIÓN

POSTURAL

ALBERTA INFANT MOTOR SCALE
Record Booklet

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

	Previous Terms Credited	Items Credited in Window	Subscale Score
Prone			
Supine			
St			
Stand			

Total Score _____ Percentile _____

Comments/Recommendations _____

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 de valoración de función motora gruesa

Gross motor function classification system

para

Pacientes con parálisis cerebral, desde la infancia hasta los 16 años.

Cinco niveles

Camina sin dispositivos de ayuda, con limitaciones.

Desplazamiento autónomo con limitaciones.

Camina sin restricciones, tiene limitaciones en habilidades motrices más complejas.

Auto desplazamiento muy limitado, incluso utilizando tecnología propulsada.

Camina con dispositivos de ayuda, con limitaciones para andar en exteriores y en la comunidad.

Validada para

Parálisis cerebral

Síndrome de Down

Osteogénesis imperfecta

Niños con trauma cerebral

Leucemia linfoblástica aguda.

Clave de puntuación

0: No consigue hacer nada

1: Inicia independientemente

2: Completa parcialmente

3: Completa independientemente

Escalas de valoración de función motora gruesa

Gross motor function classification system

Menor de 30% (deficiente)

Entre 31-50% (muy bajo)

Entre 51 y 69% (bajo)

Entre 70-79% (normal)

Más de 80% (normal alto)

Escalas de la manipulación y función motora

Sistema de Clasificación de Capacidad Manual (MACS)

The Upper Limb Physician's Rating Scale

The bimanual fine motor function (BFMF)

Escalas específicas para el niño hemipléjico

Assisting Hand Assessment (AHA)

Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function

Quality of Upper Extremity Skills Test

Shriners Hospital Upper Extremity Evaluation

ABILHAND-Kids

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 limitación 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

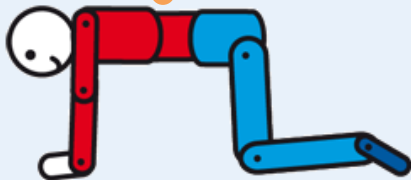
(sensibilidad para deterioro cognitivo del 79% y especificidad del 82%). Útil en caso de pacientes analfabetos o con déficits sensoriales.

Rehabilitación en pacientes con esclerosis múltiple

Hacer el puente



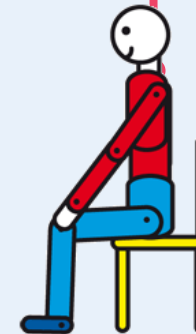
Estiramiento de piernas



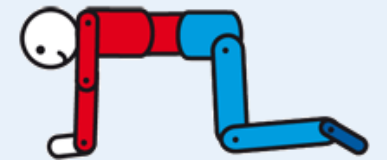
Fisioterapia

Un terapeuta físico u ocupacional puede enseñarte ejercicios de estiramiento y fortalecimiento, y mostrarte cómo usar dispositivos para facilitar tus tareas cotidianas.

Sentarse y levantarse



Estiramiento de brazos y piernas



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

Evitar y/o reducir la rigidez articular

Evitar complicaciones respiratorias

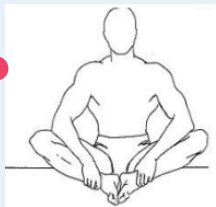
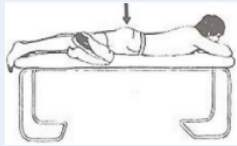
Mantener una calidad de vida óptima

Rehabilitación en pacientes con Enfermedad de Duchenne

Estiramientos principales:

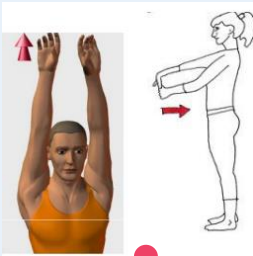
Miembros inferiores:

- Flexores de cadera.
- Isquiotibiales y Tendón de Aquiles.
- Aductores de cadera



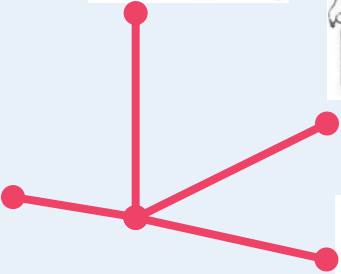
Miembros superiores:

- Dorsal e intercostales.
- Deltoides.
- Muñecas y manos.



Tronco:

- Cervicales: isométricos



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?

Una lesión de la médula espinal daña las células nerviosas y sus conexiones.

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?

Cada individuo progresa con la terapia a su propio ritmo.

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.

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

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

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.

Opciones de tratamientos para la rehabilitación de la marcha

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.

Rehabilitación en pacientes con traumatismo cráneo encefálico

Se define como un intercambio brusco de energía mecánica que genera deterioro físico o funcional del contenido craneal, lo cual condiciona

Manifestations clinicas

Confusión, pérdida de conciencia, amnesia postraumática y signos Neurológicas focales/convulsión

Su gravedad se mide con la escala de Glasgow: leve, moderada y grave

Escalas que miden la valoración funcional

Functional independence Measure, aislada on en combinación con la Fuctional Assessment Measure

¿ En los niños las escalas de valoración funcional son : WEE-FIM y la GROSS MOTORM FUNCTION MEASURE

Es importante la educación de la familia

Se debe hacer estimulación sensorial sobre todo en pacientes graves

Estimulación sensorial unimodal o multimodal

Evitar complicaciones como: contracturas, úlceras, infecciones TU y desnutrición

Equipo multidisciplinario en medicina física y rehabilitación

En el proceso de rehabilitación intervienen múltiples profesionales los más comunes son:

Medicos rehabilitadores o
medicos especialistas

Se encargan de dar el Dx.,
evaluación, prevención y tratamiento
de la incapacidad

Enfermería

Promoción, mantenimiento y
recuperación de la salud, cuidados
paliativos

Fisioterapeutas

Cuidados propios, tratamientos con medios y agentes
físicos dirigidos a la recuperación y rehabilitación.

Logopedas

Desarrollan las actividades de prevención, evaluación
y recuperación de los trastornos de la audición

Psicólogo Clínico

Evaluación, diagnóstico, tratamiento y la
rehabilitación de trastornos mentales,
emocionales y del comportamiento.

Neuropsicólogo

Evaluación, tratamiento y rehabilitación de
los procesos cognitivos, emocionales y
conductuales de las personas y potenciar su
funcionamiento en su vida cotidiana.

Instrumentos en medicina física y rehabilitación

La multiplicidad de herramientas de medición y de evaluación constituye la primera dificultad con la que nos enfrentamos. Es por eso que es necesario conocer los instrumentos disponibles, su validez, su universalidad, si son o no factibles y, evidentemente, sus modalidades.

EasyAngle

Terapia manual

Evalúa y trata cualquier alteración corporal articular-nerviosa-muscular

Proporciona una mejor retroalimentación al paciente.

Motiva a los pacientes a seguir los programas de rehabilitación establecidos.

MOTOmed

Útil para la cinesiterapia

Su enfoque es el tratamiento a través del movimiento

Sus objetivos son:

evitar atrofias musculares, aumenta el flujo sanguíneo en zonas específicas y agiliza la recuperación.

ASAlasér

Terapia Láser de alta potencia

Favorece la superación del síntoma doloroso.

Patologías del aparato musculo-esquelético

Recupera la funcionalidad comprometida por traumas

Rápido y eficaz

Los tanques terapéuticos SwimEx

Terapia ideal para aquellos pacientes que después de una intervención quirúrgica o una lesión muy aguda, tienen un rango de movimiento muy limitado.

Función de flujo laminar

Referencias

- Yuneisys Coronados Valladares, Eduardo Dunn García, Yamilé Sánchez Castillo, Víctor Miguel Viltres Martínez. (s. f.). Escalas de evaluación en la discapacidad pediátrica. Primera parte. Trabajo de revisión. INFOMED. Recuperado 28 de noviembre de 2021, de <http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/242/330>
- IÑAKI MARTÍN LESENDE. (s. f.). Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor. AMF (ACTUALIZACION EN MEDICINA DE FAMILIA. Recuperado 12-02, de <https://amf-semfyc.com/web/article/1187>
- Terapias de rehabilitación en Esclerosis Múltiple. (s. f.). Fundación GAEM MS Research. Recuperado 5 de diciembre de 2021, de <https://fundaciongaem.org/terapias-rehabilitacion-en-esclerosis-multiple/>
- DIEGO M. CHAUSTRE R. MD. A * Y WILLINGTON CHONA S. MD. A. (2011, 1 julio). DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE. PERSPECTIVAS DESDE LA REHABILITACIÓN. SCIELO. Recuperado 2021-12-09, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562011000100005
- Fisioterapia para personas con DMD. (s. f.). DUCHENNE ESPAÑA. Recuperado 9 de diciembre de 2021, de <https://www.duchenne-spain.org/tratamiento/terapiasde-rehabilitacion/fisioterapia-2/>
- Rehabilitación en pacientes con compresión raquímedular. (2018, 7 febrero). Fisioterapia Neurológica. Recuperado 13 de diciembre de 2021, de <https://www.fisioterapianeurologica/patologias/lesion-medular/>
- Traumatismo craneoencefálico y su rehabilitación neuropsicológica en funciones ejecutivas. (2018, 30 enero). Blogneuronup. Recuperado 14 de diciembre de 2021, de <https://blog.neuronup.com/traumatismocraneoencefalico-rehabilitacion-neuropsicologica/>