



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

Controles de lectura (4 unida)

Cristel Alcalá Ochoa

“5B”

Medicina física y rehabilitación

DR. Sergio Jiménez Ruiz

Escala

Cristel
Alcázar

Función Motora A

Dr. Sergio
Jiménez Ruiz

GMFCS: Se basa en el movimiento que inicia voluntariamente, examina movimientos como sentarse, caminar o el uso de dispositivo de movilidad y lo clasifica en 5 niveles: El nivel 1 (camina sin limitaciones), el nivel 2: (Camina con limitaciones), Nivel 3 (camina usando un dispositivo manual de axila (módulo/condador), Nivel 4: Automovilidad con limitaciones: es posible que use dispositivos, El nivel 5: Se

transporta en silla de ruedas manual o automática con apoyo para la cabeza. Ante de los 2 años

Nivel 1: Se sienta sin ayuda, gatea apoyado en las 4 extremidades, caminan entre los 18m y los 2 años sin el uso de aparatos. Nivel 2: Se puede sentar en el piso pero con ayuda como las manos a veces se pueden poner de pie sujeto a algo, Nivel

3: Los niños pueden estar sentados en el piso con apoyo en la espalda baja, se arrastran apoyados en el abdomen, Nivel 4: Los niños controlan el cuello pero necesitan apoyo en el tronco para sentarse en el piso, Nivel 5: La discapacidad limita el

control voluntario del movimiento, los niños necesitan ayuda con el control del cuello y el tronco para sentarse. Niños entre 2 y 4 años de edad

Nivel 1: Los niños se sientan y se ponen de pie sin ayuda, Nivel 2: pueden permanecer parados por unos segundos, caminan agarrados de muebles y con un dispositivo auxiliar, Nivel 3: Los niños

se arrastran sobre el abdomen o se apoyan sobre manos y rodillas, Caminan distancias cortas.

Cristel
Alcalá

ESCALA de Alberta

Dr. Sergio
Jiménez Ruiz

La escala Motora Infantil de Alberta es un instrumento que permite un análisis selectivo de los componentes del movimiento en edades tempranas. El desarrollo motor del niño está en constantes cambios y evolución desde la concepción, nacimiento y crecimiento.

En el niño prematuro el área motora gruesa es la más afectada, comprometiendo su desempeño motor dentro de su contexto familiar y social. Según la OMS niño prematuro, es cuando el nacimiento se da antes de las 37 semanas, se divide en función de la edad gestacional; prematuros extremos < 28 semanas, muy prematuros de 28 - < 32 semanas, prematuros moderados a tardíos de 32 a 37 semanas, los partos prematuros pueden deberse a embarazos múltiples, infecciones y enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, o muchas veces "genética", los bebés prematuros son poco activos, con tono muscular disminuido y con pobre succión o ausente, su postura es menos flexionada que la de un bebé a término.

Los pretermino pesan < 2500gr y miden < 47cm del perímetro craneal es menor 34cm, sus extremidades son delgadas y con pobre desarrollo muscular. La cianosis distal es frecuente más en miembros inferiores y están abiertos por largo.

Las suturas están abiertas y las fontanelas anterior muy amplias.

Índice de Barthel

El IB es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente, valorando las actividades de la vida diaria (AVD) como: comer, trasladarse, aseo personal, bañarse, desplazarse, subir/bajar escaleras, vestirse / Desvestirse, control de esfínteres. Las actividades se valoran diferente y se le puede asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El IB aporta información puntuaciones según el índice de Barthel:

Comer

0: incapaz, 5: necesita ayuda importante, 10: necesita poca ayuda, 15: Independiente.

Trasladarse entre la silla y la cama:

0: Incapaz, no se mantiene sentado, 5: necesita ayuda importante, 10: Necesita poca ayuda, 15: es independiente

Aseo personal: 0 necesita ayuda con el aseo, 5: independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes.

Uso del retrete: 0: Dependiente, 5: Necesitan alguna ayuda pero no puede hacer algo solo, 10: independiente.

Bañarse: 0: Dependiente, 5: Independiente para bañarse

Desplazarse: 0: Inmovil, 5: independiente en silla de ruedas en 50 m, 10: Andar con pequeñas ayudas, 15:

Independiente al menos 30 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador. Subir y bajar escaleras:

0: incapaz, 5: necesita ayuda física y verbal, 10: independiente para subir y bajar.

Vestirse y Desvestirse: 0: dependiente, 5: necesita ayuda, 10: independiente, Control de heces: 0: incontinente, 5: accidente excepcional

10: Continente, Control de orina: 0: incontinente, 5: accidente excepcional, 10: continente, durante al

menos 7 Días, Total: 0-100 puntos (0-90 si usa silla de ruedas).

Escala Minimal

Cristel
Alcala

Lobo

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz

El miniexamen cognositivo sirve para detectar deficit intelectuales y trastornos especificados orientados hacia la memoria de fijacion y memoria a corto plazo (reciente) capacidad de concentracion y atencion, identificacion de objetos, ordenes verbales y escritas, abstracciones, escritura y Construcción, el puntaje maximo es de 35 y contiene apatados para indicar el nivel educativo y el nivel de conciencia en un continuo desde el estado de alerta al de coma. El tiempo de administracion es libre, pero suele oscilar entre 5 y 10 minutos la interpretacion es inmediata, basado en la suma de los puntos de cada "item" y no necesita materiales especiales.

El examen evalua desde la orientacion: preguntando "el dia", "fecha", "año", "hospital", "ciudad" que da un total de 10 puntos.

Fijacion: repita 3 palabras (repetir las que las aprenda y contar los intentos realizados).

Concentracion y Calculo: (si tiene 30 fichas y me las va dando de 3 en 3 cuantas le van quedando, contar en reversa da un total de 8 puntos (5 en la primera y 3 en contar los numeros); Memoria: Que recuerde las 3 palabras mencionadas al inicio (Fijacion)

Rehabilitación

Con px de esclerosis

Cristel Alcalá

Dr. Sergio

Juancho Ruiz

La esclerosis Múltiple (EM) se define como una enfermedad inflamatoria de la sustancia blanca del SNC mediada por clones autorreactivos de cel T frente a componentes de mielina. Las manifestaciones clínicas son variables y depende de la localización y la extensión de los focos desmielinizantes, a grandes rasgos la sintomatología se relaciona con fatiga, debilidad, espasticidad, temblor, desequilibrio, síntomas sensoriales que incluyen: dolor, alteración visual, cognitivas, intestinales y vesicales, aparte del tratamiento VO Ó IV se le recomienda la rehabilitación física el cual realizará una evaluación y determinará el tratamiento dependiendo el estadio y condiciones físicas, (espasticidad, parálisis, paresia, flacidez) se le indicarán al menos 10 sesiones realizando escalas de medición funcional como indicadores de evolución y mejora, respecto al inicio del tratamiento físico, también se se le puede dar terapia de lenguaje según si existe afectación, y terapia psicológica para el apoyo, manejo de crisis depresiva o ansiedad. Es importante considerar que dependiendo del sitio de afectación al sistema nervioso central y de la afectación secundaria habrá que personalizar el tratamiento. El objetivo principal del tratamiento de la esclerosis múltiple será:

- Optimizar y maximizar las capacidades

Rehabilitación

con px de Duchenne
Dr. Sergio
Jimenez Ruiz

La distrofia de Duchenne es una enfermedad neuromuscular, caracterizada por atrofia y debilidad muscular progresiva, se clasifica como miopatía de naturaleza progresiva. Antes de comenzar con una rehabilitación física, se realiza una valoración fisioterapéutica donde se reflejan los siguientes apartados: se aprecia el déficit en el control del tronco, la escasa capacidad para el mantenimiento de la marcha autónoma y la pseudohipertrofia de las musculatura sacral; valoración funcional, disminución de reflejos aquileos bilaterales, la fuerte contractura de la musculatura sacral bilateral, la presencia del signo de Gower, la disminución de fuerza en la musculatura del tronco y los miembros inferiores. El tratamiento inicial o debe incluir masoterapia descontractante sacral; estiramientos, reeducación de la marcha y ejercicios respiratorios. proporcionar un abordaje de fisioterapia resulta de vital importancia en la evolución de esta patología, el objetivo principal del tratamiento para los niños con DM1 son mantener la marcha autónoma y el control postural, conservar la fuerza de la musculatura del tronco,

Referencias

- Nascimento Osorio A et al. Consenso para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con distrofia muscular de Duchenne. *Neurología*. 2019;34(7):469—481
- Birnkrant DJ, Bushby K, Bann CM, et al. Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 1: diagnosis, and neuromuscular, rehabilitation, endocrine, and gastrointestinal and nutritional management. *Lancet Neurol* 2018; 17: 251–67.
- Valencia-Valencia, Doris, Vega-Vargas, Edwin A. y Benavides-Núñez, Rodrigo. Desarrollo motor de una cohorte retrospectiva de niños colombianos de hasta un año de edad corregida, según la escala motora infantil de Alberta. *Revista de Salud Pública* [online]. 2019, v. 21, n. 2 [Accedido 14 Diciembre 2023] , pp. 265-270.
- Cid-Ruzafa, Javier, & Damián-Moreno, Javier. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137. Recuperado en 15 de diciembre de 2023, de
- RIVERA-RUJANA, Diana M.; MUNOZ-RODRIGUEZ, Diana I. y AGUDELO-CIFUENTES, Maite C.. Confiabilidad de la escala de Medición de la Función Motora Gruesa-66 en la evaluación de niños con parálisis cerebral: validación para Colombia. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [online]. 2022, vol.79, n.1, pp.33-43. Epub 07-Feb-2022. ISSN 1665-1146.
- Granado de la Orden, S., Serrano, C. y Belmonte, S. (2015). Escalas de calidad de vida, dependencia y salud mental de interés en estudios nutricionales de carácter poblacional. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 21, (1), 263-269.
- S. Otero, J. Batlle, I. Bonaventura, L.L. Brieva, E. Bufill, A. Cano, et al. Situación epidemiológica actual de la esclerosis múltiple: pertinencia y puesta en marcha de un registro poblacional de nuevos casos en Cataluña. *Rev Neurol*, 50 (2010), pp. 623-633