

Universidad del sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana

Control de lectura de 4rto parcial

Medicina Física y Rehabilitación

Dr. Jiménez Ruiz Sergio

Vazquez López Josue

5to semestre

Grupo B

Comitán de Domínguez Chiapas el día 10 de diciembre del año 2023

José Vázquez L.

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz

1) Escala de evaluación discapacidad pediátrica.

- Escala motora infantil de Alberta

valora el comportamiento motor espontáneo de los niños desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad; en contraste con otros escalas de valoración infantil, enfatiza sobre la destreza y la calidad de los patrones de movimientos.

Es una escala estandarizada que fue desarrollada por los fisioterapeutas canadienses Piper & Durrah en 1994. Dicha escala pretende evaluar y controlar la maduración de la motricidad gruesa infantil mediante la observación de la actividad motriz espontánea desde 0 meses hasta los 18 meses, con la adquisición de la marcha autónoma. Este instrumento fue creado basándose en una muestra normal que incluía un cohorte de 2,302 niños. Incorpora el aspecto de la teoría neuro-madurativa y con atributos relevantes de la perspectiva motriz de la teoría del los sistemas dinámicos. Evalúa la Secuencia del desarrollo motor en términos de desarrollo progresivo e integración del control axial antigravitario en 4 posiciones: decúbito prono (2 ítems), decúbito supino (9 ítems), sedestación (12 ítems) y bipedestación (16 ítems) con una total de 58 ítems.

Los ítems de la AIMS se enfocan en variables como la carga del peso, la alineación postural y el movimiento antigravitario que atribuye a las habilidades motoras. Se ha desarrollado como una evaluación observacional que la adquiere y que requiere de un acceso mínimo de las partes de un elevador y se puede evaluar en un tiempo de 10 u 20 minutos de los cuales son la que se evaluarán.

José Vazquez L.

Dr. Sergio

Higueras Ruiz

2) Escala de Valoración de Función motora gruesa

- SISTEMA DE CLASIFICACION FUNCION MOTORA GRUESA

¿Qué es el sistema de clasificación de función motora gruesa?

- El sistema de clasificación de la función motora gruesa (GMFCS) se basa en el movimiento que se inicia voluntariamente. Este sistema examina movimientos como sentarse, caminar o el uso dispositivo de movilidad y los clasifica en cinco niveles. Estos niveles brindan unas descripciones de las funciones motoras actuales a sus familias y al personal clínico.

El sistema de función motora gruesa se creó para los niños con parálisis cerebrales. Esto está basado en el movimiento auto-iniciado por pacientes con énfasis en la sedestación (control del tronco), la transferencia entre cada uno de ellos de estos niveles significativo para la vida diaria. Estas diferencias se basan en las limitaciones funcionales, la necesidad de uso auxiliares de la marcha (cuerletas, bastones, andadores) o de movilidad sobre ruedas como sillas de ruedas manuales o eléctricas estiradas.

La versión expandida de la GMFCS incluye una clasificación de pacientes en un rango de edad entre los 12 a los 18 años. El objetivo de la sistema de clasificación de función motora gruesa es determinar cuál es el nivel representativo mejor habilidades y limitaciones del niños / jóvenes sobre su funcionamiento motor grueso. Este sistema se creó para evaluar los movimientos de niños con parálisis cerebral, como sentarse, caminar o el uso dispositivo.

Escala y Pruebas de Valoración Funcional, Cognitivo de Adulto mayor

Dr. Sergio

Jimenez Ruiz,

José Varquez L.

INDICE DE BARTHEL

El IB es una medida generica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo a estas actividades. El IB es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD incluidas en el índice original son diez: Comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del ~~retrete~~ trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso de retrete, bañarse / ducharse, desplazarse entre otros. Las actividades se valoran de forma, pudiéndose asignar 0, 10 o 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). El IB aporta información tanto a partir de la puntuación global como cada puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal. La interpretación del índice del Barthel → El rango de posibles valores del IB está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original - Cuanto más cerca de 0 está es la puntuación de sujeto, más dependencia tiene.

Mini-examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)

El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein. Se trata de un test de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolución de las mismas. Existe dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales.

El MEC fue diseñado por Folstein y McHugh en 1975 con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos. Hoy en día se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas como la tipo de Alzheimer. El MEC fue la primera versión en Castellano del MMSE, adaptada por Lobo y Col. La versión de 35 puntos, fue la primera y es la más utilizada actualmente. Se trata de una sencilla escala estructurada, que no requiere más de 5-10 minutos para su administración. Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas:

Orientación, Atención, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje... En su Instrucciones generales:

Invitar al entrevistado a colaborar. No corregir nunca al paciente, aunque se equivoque. Contabilizar los puntos correctos de cada uno de los 5 ítems del test.

1- Orientación: No se permite la Comunidad Autónoma como respuesta correcta para la provincia ni para nación o país (excepto en las comunidades históricas).

2- Atención: Repetir claramente cada palabra en un segundo. Le damos tantos puntos como palabras repita correctamente al primer intento. Hacer

REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

La esclerosis múltiple es una enfermedad que afecta al sistema nervioso central, concretamente afecta a la mielina que es la capa protectora que recubre las células nerviosas, gracias a la cual se transmite el impulso eléctrico de una célula a otra.

También es una enfermedad autoinmune, es decir, son las células inmunitarias del propio cuerpo las que afectan al sistema nervioso, provocando una inflamación y cicatrización en la vaina de mielina (placas), por lo que se entorpece o se inhiben el impulso nervioso entre las neuronas afectadas. Esto puede pasar en cualquier zona del cerebro, tronco encefálico o ME. (Medulas espinales), afecta más frecuente a adultos jóvenes entre 20 y 40 y más habitual en mujeres que en hombres.

En su sintomatología puede presentarse por alteraciones en la sensibilidad táctil, presión o cinestésica, pérdida de fuerza muscular en cualquier parte del cuerpo, Espasticidad (rigidez muscular), Espasmos musculares, Dolor neuropático, Alteración del equilibrio, vertigo, acúfenos, Alteraciones de la coordinación, Alteraciones cognitivas (déficit de atención y memoria), Alteraciones del habla, Afectación de la visión (visión doble), Fatiga, Neuralgias del trigémino y Parálisis facial y Depresión.

La rehabilitación en esclerosis múltiple está dirigida a preservar y conservar la funcionalidad en la vida diaria de la persona con EM y contempla tres hábitos de actuación: físico, cognitivo y emocional. La neurorehabilitación es una intervención terapéutica centrada en la estimulación del sistema nervioso para que forme nuevas conexiones.

REHABILITACION EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DE DUCHENNE.

* Las terapias de rehabilitación y apoyo psicosocial forman parte del manejo multidisciplinar de los pacientes con distrofias musculares de Duchenne (DMD). Según llevadas a cabo por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, etc., que trabajan conjuntamente para mantener o preservar las capacidades funcionales, prolongar la marcha, y mejorar en lo posible la integración social y la calidad de vida de los niños con DM.

El programa de rehabilitación y apoyo debe ser:

- Precoz iniciándose desde el momento del diagnóstico.
- Constante: El tratamiento fisioterápico debe ser continuado.
- Individualizado: Según las características clínicas de cada persona que se individualizan las terapias.
- Adaptado: Según la fase evolutiva de la enfermedad.

* Ejercicios y estiramientos para pacientes con DM.

Es fundamental establecer dentro de las rutinas diarias con el hogar, un plan gradual de estiramientos que contribuya a mantener los músculos flexibles (evitando los contracturas), el riesgo de movimiento y la funcionalidad. Fundamentalmente hay dos tipos de estiramiento.

> Pasivos: en los que la articulación se mueve lentamente pero energéticamente hasta conseguir su máxima extensión.

> Activos: en los que la articulación se mueve empujando contra un objeto fijo. También es recomendable la realización de ejercicios o actividad aeróbica como la natación y mantener la actividad física sin sobreestresar.

* La fisioterapia para pacientes con DM: La fisioterapia en los niños con DM ayuda a prevenir la rigidez articular y otras molestias, al mismo tiempo que contribuye a mantener la movilidad, la funcionalidad y

Referencias

- Valenzuela, N. J. (2018). Escala Motora Infantil de Alberta. Escala Motora Infantil de Alberta en el Desarrollo Motor Grueso del Niño prematuro y Escala de Evaluación Discapacidad Pediátrica, 21-25.
- Minnesota, C. (s.f.). Sistema de Clasificación de la Función Motora Gruesa. Sistema de Clasificación de la Función Motora Gruesa. Sistema de clasificación de la función motora gruesa (childrensmn.org).
<https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrensmn/article/17457/sistema-de-clasificacion-de-la-funcion-motora-gruesa/>.
- CID-RUZAFÁ, Javier y DAMIAN-MORENO, Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Pública [online]. 1997, vol.71, n.2, pp.127-137. ISSN 2173-9110.
- Infogerontología. (s.f.). Mini-examen cognoscitivo. Mini-examen cognoscitivo (lobo et al, 1079) - infogerontologia.com. Microsoft Word - mini_mental.doc (infogerontologia.com)
https://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf.
- Fundación Esclerosis Múltiple. (s.f.). Rehabilitación en Paciente con Esclerosis Múltiple. Terapia de Rehabilitación en Esclerosis Múltiple Fundación GAEM. Terapias de rehabilitación en Esclerosis Múltiple (fundaciongaem.org).
<https://fundaciongaem.org/terapiasrehabilitacion-en-esclerosis-multiple/>.
- Duchenneytú.es. (s.f.). Terapias de Rehabilitación y Apoyo para Pacientes con Distrofia Muscular de Duchenne. Duchenne Y Tú. Terapias de rehabilitación y apoyo para pacientes con distrofia muscular de Duchenne (duchenneytú.es)
<https://duchenneytú.es/terapias/rehabilitacion-apoyo-duchenne>.