



**Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana**

Controles de lectura 4° parcial

Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Grupo "B"

Quinto semestre

**Materia: Medicina Física y
Rehabilitación**

Docente: Dr. Sergio Jiménez Ruiz

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de diciembre de 2023

Escala Motora Infantil de Alberta

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz
Rodrigo Velasco

En las valoraciones que se aplican a los niños con factores de alto riesgo neurológico, se encuentra la Escala Motora Infantil Alberta (AIMS). Su importancia radica, en que a través de la AIMS, podemos dar seguimiento al desarrollo motor grueso en bebés con factores de riesgo neurológico e intervenir de manera oportuna (con la estimulación temprana), ante una desviación del desarrollo motor normal en estos niños.

Recién nacido de alto riesgo neurológico. Con los avances tecnológicos y científicos en medicina se ha logrado disminuir la muerte materno fetal-infantil en el momento de parto. Esto ha originado un alto porcentaje en el número y supervivencia de niños prematuros y de bajo peso a los cuales se les ha relacionado con una mayor incidencia de lesión cerebral o bien en niños de término que por algunos factores potenciales, también sean candidatos de posible daño neurológico, es un niño "normal", que por sus antecedentes prenatales, perinatales o posnatales tiene mayor probabilidad estadística de presentar déficit neurológico motor, sensorial o cognitivo.

Los niños prematuros tienen mayor desventaja en el desarrollo que los niños de término. Los prematuros tienen mayor desventaja en el desarrollo que los niños de término. Los prematuros pueden presentar retraso en el peso, en la talla en el desarrollo motor, problemas auditivos, problemas visuales, retraso en el habla, alteraciones respiratorias, alteraciones cardiocirculatorias por mencionar sólo algunos.

En muchos casos aún con todos los antecedentes no favorables para el recién nacido, puede existir un daño cerebral imperceptible de sintomatología, y ante la falta de pericia en la aplicación de técnicas para detec-

Sistema de clasificación de la función motora

gruesa

Jiménez Ruiz

Rodrigo Velasco

El sistema de clasificación de la función motora gruesa (GMFES) se basa en el movimiento que se inicia voluntariamente. Este sistema examina movimientos como sentarse, caminar o el uso de dispositivos de movilidad y los clasifica en cinco niveles. Estos niveles brindan una descripción de las funciones motoras actuales de los niños a su familia y al personal clínico. También da una idea del equipo y de los dispositivos de ayuda que el niño pueda necesitar en el futuro (por ejemplo, muletas, andadores, o sillas de ruedas). El sistema se creó para niños con parálisis cerebral.

Los niveles son los siguientes: Nivel 1: Camina sin limitaciones. Nivel 2: Camina con limitaciones. Nivel 3: Camina utilizando un dispositivo manual axilar (muletas o andador). Nivel 4: Automovilidad con limitaciones; es posible que utilice dispositivos de movilidad motorizados (una silla de ruedas o un scooter eléctrico). Nivel 5: Se le transporta en una silla de ruedas manual o utiliza un dispositivo de movilidad motorizado con apoyo para la cabeza.

Antes de cumplir los dos años: Nivel 1: los niños se sientan sin ayuda, gatean apoyados sobre las manos y las rodillas, se ponen de pie sujetándose de algo y dan unos pasos agarrándose de los muebles. Los niños caminan entre los 18 meses y los dos años de edad sin necesidad de utilizar un dispositivo de movilidad auxiliar. Nivel 2: los niños se pueden sentar en el piso, pero con la ayuda de las manos como apoyo. Gatean con las manos y las rodillas. A veces se pueden poner de pie sujetándose de algo y dar unos pasos agarrándose de los muebles. Nivel 3: Los niños se pueden sentar en el piso con apoyo en la zona baja de la espalda. Se arrastran apoyándose sobre el abdomen.

Nivel 4: los niños controlan el cuello, pero necesitan apoyo

Índice de Barthel

Mis examen (copias de los)

Dr. Sergio

Jimenez Ruiz

Rodrigo Velasco

La valoración de la función física es una labor de rutina en los centros y unidades de rehabilitación. Los índices para medir la discapacidad física son cada vez más utilizados en la investigación y en la práctica clínica, especialmente en los ancianos, cuya prevalencia de discapacidad es mayor que la de la población general. Además la valoración de la función física es una parte importante de los principales instrumentos usados para la valoración genérica de la calidad de vida recomendada con la salud. Actualmente, incluir la valoración de la función física es imprescindible en cualquier instrumento destinado a medir el estado de salud. Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física es el índice de Barthel, también conocido como "Índice de discapacidad de Maryland".

El índice de Barthel es una medida genérica 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 estas actividades. El índice de Barthel se comenzó a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1958. Uno de los objetivos era tener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y musculoesqueléticos. También se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación. Las primeras referencias al índice de Barthel en la literatura científica datan de 1958 y 1961, pero es en 1965 cuando aparece la primera publicación en la que se descri-

MEC (valoración cognitiva).
Miniexamen cognitivo de Lobo.

Jiménez Ruiz,
Rodrigo Celarco.

En el diagnóstico de las demencias es recomendable realizar, entre otras pruebas, una valoración neuropsicológica del grado de potencial deterioro cognitivo que pueda presentar la persona. Se entiende por deterioro cognitivo el grado de déficit que afecta a diversas funciones psicológicas básicas, tales como la atención y concentración, memoria, lenguaje, razonamiento y coordinación psicomotriz, entre otras. Además de los trastornos cognitivos el deterioro cognitivo también puede evaluarse en otro tipo de enfermedades, tales como los traumatismos craneoencefálicos o trastornos psicopatológicos (pícosis) tóxicomanías, e incluso en procesos no patológicos como el envejecimiento.

El MEC es un test breve de cribado del deterioro cognitivo, producto de la adaptación española del instrumento principal por Lobo, realizada en 1979, 1999 y 2002.

El MEC consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones que el clínico puede administrar al paciente en 5-15 min con base en las siguientes indicaciones; téngase en cuenta que los responsables del instrumento, tanto en su versión original como en su adaptación española, advierten que el profesional debe ajustarse en la mayor medida posible a estas consignas, procurando la máxima objetividad en el registro de las respuestas del sujeto.

1. Orientación temporal: esta sección se compone de 5 preguntas sobre el año, la época del año, el mes, el día de la semana y el día del mes en que se realiza la exploración, cada una de las cuales puntúa 0 (error) o 1 (acerto), con una puntuación que varía de 0 a 5 puntos. Si la exploración se realiza por la noche o a última hora del día puede concederse como correcta la respuesta del día en curso o la siguiente

Rehabilitación en pacientes con esclerosis múltiple.

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz

Rodrigo Velasco

La esclerosis múltiple se define como una enfermedad inflamatoria de la sustancia blanca del sistema nervioso central mediada por clones autorreactivos de células T frente a componentes de la mielina, que actúan como autoantígenos más comunes en adultos jóvenes. El estudio de la historia natural de la esclerosis múltiple implica establecer primero límites precisos para el diagnóstico de esta enfermedad, para lo cual no se conoce aún un origen cierto.

La enfermedad afecta el sistema nervioso central y produce destrucción de la mielina, proceso denominado, desmielinización por lo cual el estímulo nervioso se ve afectado con retraso en la información generada en el cerebro. La etiología del padecimiento está relacionada con factores de tipo genético, ambiental como exposición a virus y procesos de tipo autoinmune en la cual los anticuerpos y sustancias mediadoras de la inflamación actúan contra los oligodendrocitos encargados de la producción de mielina.

Es la enfermedad neurológica más frecuente en adultos jóvenes con promedio de aparición entre 20 y 40% mayor en sexo femenino, y en raza caucásica.

Las categorías clínicas actuales clasifican a la esclerosis múltiple en 4 tipos.

La enfermedad al ser una afectación múltiple del sistema nervioso central produce una variedad de manifestaciones clínicas. Las manifestaciones clínicas son variables y dependen de la localización y la extensión de los focos desmielinizantes. Cuando la esclerosis múltiple involucra el eje cerebro espinal el diagnóstico de certeza es del 100%. A grandes rasgos la sintomatología se relaciona con tetraparesis, debilidad, espasmos, temblor, desequilibrio, síntomas sensoriales que incluyen: dolor, alteraciones visuales,

Rehabilitación en pacientes con enfermedad de Duchenne.

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz
Rodrigo Velasco

1. Etapificación y cuidados respiratorios. Educación y asesoramiento para auto direccionamiento (empoderamiento para auto direccionamiento (empoderamiento y autonomía) y entrenamiento de los cuidadores. Las enfermedades neuromusculares tienen una amplia variedad de severidad y grados de progresión, con niños que evolucionan con mejoría de la fuerza hasta la meta (valor máximo alcanzando de por vida) que puede ser tardía en la adolescencia como en algunas miopatías congénitas, y otros que se hace progresivamente más débiles desde el nacimiento, o presentan una meta de estabilización en las fuerzas en cualquier momento de la infancia o niñez temprana. Los niños con la severidad de ENM tipo 3, como es la DMD, logran temporalmente caminar en forma independiente.

Después de la meta, las capacidades funcionales y la fuerza muscular de los pacientes con ENM usualmente disminuyen más que las tasas de declinación normal.

Por ejemplo, la fuerza y función muscular de los brazos de niños con DMD tal como la habilidad de levantarse del piso, llega a la meta entre los 4 y 7 años, su CV entre los 9 y 17 años, con disminución posterior de 5-10% por año. El paciente y su familia deben tomar decisiones durante cada etapa del manejo que requieren la mejor preparación y acompañamiento. Por ejemplo, los padres de un niño con DMD necesitarán decidir si administración y cómo glucocorticoides. Si se hará liberación muscular-tendinosa de la extremidades inferiores y transferencias musculares, cuándo y cómo se hará la artrodesis de la columna.

Referencias

- Aburto, P. B., Ruiz, V. B., & Aguilar, M. C. (2022). Caracterización funcional de pacientes con parálisis cerebral que viven en la región de Magallanes y la Antártica Chilena. *Andes Pediátrica, Revista Chilena de Pediatría*, 361-370. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/andesped/v93n3/2452-6053-andesped-andespediatr-v93i3-3636.pdf>
- Bargalló, E. V., Doménech, J. V., Pallás, J. A., & Boquet, J. E. (Junio de 2002). Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del Déficit cognitivo. *Atención Primaria*. Obtenido de <https://pdf.sciencedirectassets.com/277730/1-s2.0-S0212656702X75660/1-s2.0-S0212656702789567/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEPP%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIHCEtTz3XhI1kkCi%2FWqXAV2Tco965zYd8bnVLwwe3R7wAiEAu4thgeBgZU>
- Broche, D. M., Olivert, D. M., & Ramos, D. C. (2020). Resultado del tratamiento rehabilitador en pacientes con esclerosis múltiple. *Acta Médico del Centro*. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/amdc/v14n1/2709-7927-amdc-14-01-82.pdf>
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (2007). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 127-137. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>
- Silva, D. G. (2010). Neurorehabilitación del paciente con esclerosis múltiple. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 41-53. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2010/mf102b.pdf>
- Valencia-Valencia, D., Vega-Vargas, E. A., & Benavides-Núñez, R. (2019). 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*, 265-270. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2019.v21n2/265-270/es>