



**Mi Universidad**

## **Controles de lectura**

*Jorge Daniel Hernández González*

*Controles de lectura*

*Parcial: 4º*

*Medicina Física y Rehabilitación*

*Dr. Sergio Jiménez Ruiz*

*Licenciatura de Medicina Humana*

*Semestre: 5to., Grupo: C*

*Comitán de Domínguez, Chiapas. A 15 de diciembre del 2023.*

# Escala motora infantil de Alberta

Dr. Sergio Jorge Daniel  
Jimenez Ruiz Hernandez  
benzales

29 11 2023

Niño prematuro, según la OMS, niño prematuro, es cuando el nacimiento de niño se da antes de las 37 semanas de gestación. Se dividen en función de la edad gestacional, según la OMS, Prematuros extremos (<28 semanas), Muy prematuros (28 a <32 semanas), Prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas). La prematuridad se mantiene como un problema de Salud Pública; en los países en vías de desarrollo y los desarrollados; representa la causa más frecuente de ingreso de niños prematuros muy pequeños a las unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. El parto prematuro puede originarse como embarazos múltiples, por infecciones y en enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; aunque no se precisa muchas veces la causa, se presenta también como una influencia genética. Los bebés prematuros son por lo general al nacimiento poco activos, con tono muscular disminuido y con pobre succión o ausente. Su postura es menos flexionada que la de un bebé a término. La respuesta neurológica está en función de su edad gestacional. El peso del recién nacido pretérmino es inferior a 2500 g, su longitud es proporcional a su inmadurez e inferior a 47 cm, su perímetro craneal menor a los 34 cm y su perímetro torácico menor a 29 cm. Sus extremidades son delgadas y con pobre desarrollo muscular, su piel muy fina y lisa. La cyanosis distal es frecuente más en miembros inferiores y está cubierto por una gran cantidad de lanugo, su cabeza proporcionalmente es más grande y redondeada, las suturas están abiertas y fontanelas amplias. El sistema nervioso central presenta muchos cambios macroscópicos durante el tercer trimestre de la gestación y el primer mes de vida neonatal como la migración neuronal, la proliferación de las células gliales, la mielinización, la muerte celular programada y estabilización de las conexiones corticales. El desarrollo motor en el niño está en constantes cambios y

# Sistema de clasificación de la función motora gruesa

Dr. Sergio Jimenez Ruiz

Jorge Daniel Hernandez Gonzalez

El sistema de la clasificación de la función motora gruesa (GMFCS) para la parálisis cerebral está basado en el movimiento auto-iniciado por el paciente con énfasis en la sedestación (control del tronco), las transferencias y la movilidad. Para definir el sistema de clasificación de cinco niveles, el principal criterio es que la diferencia entre cada uno de estos niveles sea significativa para la vida diaria. Estas diferencias se basan en las limitaciones funcionales, la necesidad de uso de dispositivos auxiliares de la marcha (muletas, bastones, andadores) o de movilidad con movilidad sobre ruedas (sillas de ruedas manuales o eléctricas, autopropulsadas o no), más que calidad de movimiento. La versión expandida de GMFCS (2007) incluye la clasificación de pacientes en un rango de edad entre los 12 y los 18 años y los que se enfatizan los conceptos inherentes a la clasificación internacional de funciones, discapacidad y salud (ICF).

El énfasis de esta clasificación se basa en el desempeño habitual que tiene el niño/joven logaría realizar al máximo de sus capacidades o habilidades, es importante clasificar el desempeño actual de la función motora gruesa y no incluir juicios acerca de la calidad del movimiento o pronóstico de mejoramiento. En el grupo de edad de niños mayores de seis años, en cada nivel se define cuál es el método de movilidad más característico de cada uno de ellos para ejecución de la función motora como la característica más importante de la clasificación. La descripción de las habilidades funcionales y las limitaciones propias de cada grupo de la clasificación. La descripción de las habilidades funcionales y las limitaciones propias de cada grupo de edad son amplias y no es la intención de esta escala describir cada aspecto de la función del niño o el joven se alienta a los usuarios de la escala que se interrogue al niño-joven sobre el impacto que tengan los aspectos y

# "Índice de Barthel"

Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel, Necesidad del IB fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física. 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. Las AVD incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ducharse, desplazarse entre la silla de ruedas. El Índice de Barthel aporta información tanto a partir de la información o puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad, esto ayuda a conocer mejor cuáles son las diferencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal. La elección de las actividades que componen el índice de Barthel fue empírica, a partir de las opiniones de fisioterapeutas, enfermeras y médicos. El IB, por tanto, no está basado en un modelo conceptual concreto, no existe un modelo teórico previo que justifique la elección de determinadas actividades de la vida diaria o la exclusión de otras. Collin y Wade usaron una versión con ligeras modificaciones con respecto al original. El cambio más notable es que puntúan con incrementos de 1 punto en lugar de los 5 de la escala original, lo que resulta en rango global de 0 a 20 puntos. Branger et al utilizaron una versión del IB, modificado por el New England Rehabilitation Hospital, que introduce leves cambios con respecto al original. Posteriormente desarrollaron una versión, esta vez ampliada, que incluía 15 actividades en lugar de las 10 originales, tenía solamente los fundamentos de la escala original pero consideraba de interés el valor de varias actividades.

# "Mini-examen cognitivo del lobo"

Jorge Daniel Hernández González

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 cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales, diseñado por Folstein y McHugh en 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado de estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del trastorno cognitivo asociado a enfermedades Neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer. El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adoptado 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 por adm. Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y cálculo, Memoria y del lenguaje.

En 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 la nación o país (excepto en las comunidades históricas). 2.- Fijación. Repetir claramente cada palabra en un segundo. Se dan tantas puntos como palabras repita correctamente al primer intento. 3.- Concentración y cálculo: Sustitución de 3 en 3. Si no le entiende se puede reformular la pregunta, si tiene 30 pesetas y me llevo tres cuantas quedan.

4.- Memoria: Dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayudas. 5.- Lenguaje y construcción: el entrevistado ha de leer la frase poco a poco y correctamente articulada.

# Rehabilitación en paciente con esclerosis múltiple

Dr. Sergio  
Jiménez Ruiz

Jorge Daniel Hernández González

La rehabilitación en esclerosis múltiple está dirigida a preservar y conservar la funcionalidad en la vida diaria de la persona con esclerosis múltiple y contempla tres ámbitos de actuación; física, cognitiva y emocional. Cuando un paciente de esclerosis múltiple sufre un brote, en algunos casos pueden quedar secuelas en forma de dificultad o la hora de ejecutar ciertas tareas o funciones. La neurorehabilitación es una intervención terapéutica enfocada en la estimulación del sistema nervioso para que forme nuevas conexiones neuronales tras una lesión neurológica estimulando una capacidad que se conoce como neuroplasticidad. Este potencial adaptativo del sistema nervioso permite que el cerebro y las neuronas puedan recuperarse de un trastorno o lesión. La terapia física busca la mejora de la capacidad del cuerpo para moverse y funcionar con especial énfasis en el caminar y movilidad general, la fuerza, el equilibrio, la postura, la fatiga y el dolor. El objetivo de la terapia física 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. La fisioterapia se recomienda cuando hay un problema espástico o síntomas en curso que afectan o las actividades cotidianas, la movilidad y la independencia. Puede ayudar a cualquier nivel de discapacidad. Los problemas de vejiga, el dolor y los espasmos musculares, y la rigidez también pueden ser objeto de fisioterapia. Estimulación Eléctrica Funcional (FES), es un método terapéutico donde se estimulan los nervios con corrientes eléctricas mediante electrodos de superficie para causar una contracción muscular. El objetivo es producir un movimiento funcional en los extremos debilitados. El uso de FES está científicamente probado para conseguir

# Rehabilitación en pacientes con enfermedad Duchenne

Dr. Sergio Jimenez Ruiz

Jorge Daniel Hernández González

La rehabilitación es uno de los pilares en el tratamiento del paciente con distrofia muscular de Duchenne (DMO), ya que su principal objetivo es prevenir complicaciones y aumentar la calidad de vida. El programa rehabilitador integra cuatro partes principales: ejercicio, estiramientos, fisioterapia respiratoria y en fases avanzadas de la enfermedad, valoración de la necesidad de prótesis de soporte y adaptación del entorno para mejorar la función y participación en todas las áreas. El ejercicio ajustado a cada edad y condición física, se debe estimular en todas las fases de la enfermedad, para aumentar la fuerza y las capacidades funcionales. Participación en ejercicios de bajo impacto como la natación, para evitar la atrofia por desuso; Ejercicios de baja intensidad concéntricos (fase de acortamiento de las fibras musculares) y ejercicios aeróbicos de baja resistencia han demostrado efectos favorables manteniendo o mejorando ligeramente la fuerza muscular. Se deben evitar ejercicios excéntricos (de alargamiento) y de fuerza de gran resistencia, ya que aumentan la tensión mecánica, generando mayor daño muscular. En las escuelas deben entender las necesidades de evitar el trabajo excesivo, no fatigar y permitir descansos, pero a la vez no decir evitar y permitir descansos, pero a la vez no decir evitar cualquier actividad. En caso de calambres, son beneficiosos los baños calientes, los masajes y estiramientos. Los estiramientos su objetivo es impedir o retrasar deformidades articulares. Las contracturas aparecen por sustitución de fibras musculares por tejido fibroso y colágeno (aumenta la fibrosis y el acortamiento) y por debilidad muscular desequilibrada desencadenándose en mayor medida

## Referencias bibliográficas

1. Canales Torres, N. J. (2018). Escala Motora Infantil de Alberta en el Desarrollo Motor Grueso del Niño Prematuro. *Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina*.
2. Palisano, R. Rosenbaum, P., Walter, S., Russell, D., Wood, E. & Galuppi, B. (2007). GMFCS-E & R Clasificación de la Fundación Motora Gruesa Extendida y Revisada. *Dev Med Child Neurol*. Vol. 39, pag. 214-223.
3. Cid-Ruzafa, J. & Moreno, J. D. (1997). Valoración de la Discapacidad Física: El Índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública*. No. 71 (pag. 127-137).
4. López, E. (2023). Mini Examen Cognitivo (MEC) de Lobo: ¿Para qué sirve? *PsicoActiva*.
5. Molina Díaz, M. C., Revert Girones, C. & Pérez Hernández, M A. (2012). Procedimientos Fisioterapéuticos en Esclerosis Múltiple en Fase Aguda. *Rev Iberoam Fisioter Kinesio*. Vol. 14 (no.2), pag. 94-97.
6. Medina Cantillo. J. (2021). Rehabilitación. *PTC THERAPEUTICS*. Capítulo 8.