



Mi Universidad

Controles de lectura

Galia Madeline Morales Irecta

Escala Motora Infantil de Alberta, Sistema de Clasificación de la Función Motora Gruesa, Índice de Barthel, Mini Examen Cognitivo de Lobo, Rehabilitación en pacientes con Esclerosis Múltiple y Rehabilitación en Pacientes con Enfermedad de Duchenne.

Cuarto Parcial

Medicina Física y de Rehabilitación

Dr. Sergio Jiménez Ruiz

Licenciatura en Medicina Humana

5to. Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 15 de diciembre de 2023

ESCALA MOTORA INFANTIL DE

Alberta (AIMS)

W. Sergio
Jiménez Ruiz
Gallá

Es una escala estandarizada que fue desarrollada por las fisioterapeutas Canadienses Piper y Davah 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 una cohorte de 2,202 niños, representativa de todos los niños nacidos en Alberta, Canadá; entre Marzo de 1990 y junio de 1992 (39). Incorpora aspectos de la teoría de evolucionar y con atributos relevantes de la perspectiva motriz de la teoría de los sistemas dinámicos. Evalúa la secuencia del desarrollo motor en términos de desarrollo progresivo e integración del control muscular anti-gravitatorio en 4 posiciones: decúbito prono (21 ítems), decúbito supino (9 ítems), sedestación (12 ítems) y bipedestación (16 ítems), con un total de 58 ítems. Los ítems de la AIMS se enfocan en variables como la carga de peso, la alineación postural y el movimiento anti-gravitatorio que contribuyen a las habilidades motoras; se ha desarrollado

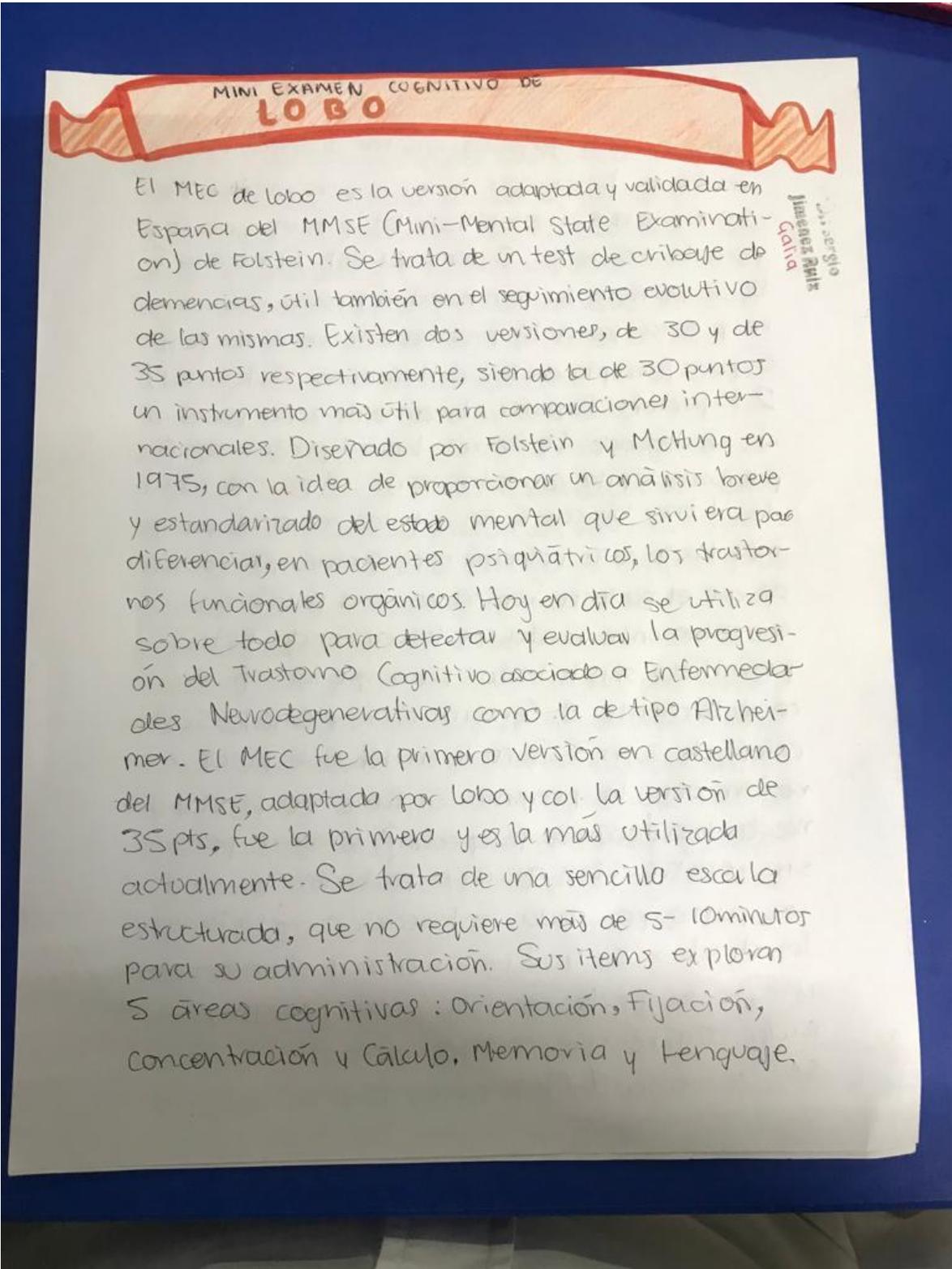
Sistema de clasificación de la función motora gruesa

El sistema de la clasificación de la función motora gruesa (GMFCS) para la parálisis cerebral está basado en el movimiento autoiniciado por el paciente con énfasis en la sedestación (control tronco), las transferencias y la movilidad. El principal criterio, son las diferencias entre cada uno de los cinco niveles; estas se basan en las limitaciones funcionales, la necesidad de uso de dispositivos auxiliares de la marcha o de la calidad del movimiento. (las diferencias entre los niveles I y II no son tan marcadas. Generalidades de cada nivel: Nivel I - camina sin restricciones; Nivel II - camina con limitaciones; Nivel III - camina utilizando un dispositivo manual auxiliar de la marcha; Nivel IV - auto-movilidad limitada, es posible que utilice movilidad motorizada; Nivel V - transportado por silla de ruedas.

Diferencias: entre I y II, comparados con los niños y jóvenes del grupo I, los del grupo II tienen limitaciones para caminar largas distancias y mantener el equilibrio y es posible que necesiten un dispositivo auxiliar o un punto de apoyo y no son capaces de correr o saltar. Diferencias entre el nivel II y III: los niños y jóvenes del nivel II son capaces de caminar sin necesidad de dispositivos manuales auxiliares de

Índice de Barthel

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, especialmente en ancianos, además es parte importante de los principios instrumentos usados para la calidad de vida relacionada con la salud. Uno de los más utilizados es el índice de Barthel (IB), también conocido como: «Índice de Discapacidad de Maryland». Este 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 (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. El IB se comenzó a usar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1955. Uno de los objetivos era obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y musculoesqueléticos. También se pretendía obtener un instrumento útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación. El IB es una medi



MINI EXAMEN COGNITIVO DE
LOBO

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 Meltung 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 de tipo Alzheimer. El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo y col. La versión de 35pts, 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, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje.

Universitat de València
Gaitia

Rehabilitación en pacientes con Esclerosis Múltiple

Revisar los conceptos actuales de la EM en SUS Galia
diversas formas de presentación, evolución, y pronóstico así como describir alternativas de tratamiento médico y de rehabilitación, conjuntado de una guía terapéutica-fisiátrica, en nuestra población mexicana, tanto en los pacientes hospitalizados como los manejados en la consulta externa, ya que como es bien sabido la neurorrehabilitación es parte sustancial del tratamiento médico integral a fin de mejorar y eficientizar la calidad de vida de los pacientes con este padecimiento neurológico-degenerativo del sistema nervioso, altamente discapacitante. La EM se define como una enfermedad inflamatoria de la sustancia blanca del sistema nervioso central mediada por clones autoreactivos 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 EM implica establecer primero límites precisos para el diagnóstico de esta enfermedad, para la cual no se conoce aún un origen cierto. El manejo actual de la EM no se concibe sin el tratamiento por un equipo interdisciplinario efectivo en el cual se otorgue tratamiento integral que abarque desde el aspecto clínico, rehabilitatorio, psicológico y social.

Rehabilitación en pacientes con Enfermedad de Duchenne

Los niños afectados por la distrofia muscular de Duchenne, tienen mayor probabilidad de tener problemas de aprendizaje y comportamiento. Terapia física / Fisioterapia: una introducción al equipo de terapia física en esta etapa temprana permitirá que los regímenes de ejercicio/estiramiento se introduzcan gradualmente para mantener los músculos flexibles y prevenir o minimizar la tensión en las articulaciones. El equipo de rehabilitación también puede asesorar acerca del ejercicio apropiado durante el tiempo de juegos / recreo, así como la educación física adaptada, para mantener a su hijo seguro mientras se apoya la integración escolar. Un programa de ejercicios de terapia física debe enfocarse en estirar y mantener el rango de movimiento más que en fortalecer. Las férulas nocturnas (a menudo llamadas "órtesis tobillo-pie" u "OTP") pueden recomendarse en esta etapa para aportar estiramiento prolongado y evitar la pérdida del rango de movimiento del tobillo. Un programa de estiramiento en el lugar recomendado por su fisioterapeuta debe formar parte de su rutina diaria. Esteroides: estos deben discutirse preferentemente en el momento del diagnóstico y valorar la indicación en el

REFERENCIAS

1. Escala motora infantil de Alberta en el desarrollo motor grueso del niño prematuro. Universidad peruana; Cayetano Heredia. 2018 Nilda Julia Canales
2. Clasificación de la función motora gruesa extendida y revisada; GMFCS-E y R; CanChild for childhood Disability Research institute for Applied Health Sciences, McMaster, University; Tamara Arellano Martinez, Carlos P. Viñals Labañino y M. Elena Arellado Saldaña
3. Valoración de la discapacidad física. El índice de Barthel; Javier Cid-Rufaza y Javier Damian- Moreno; Departamento de Epidemiología y Bioestadística. Escuela Nacional de Sanidad, Madrid Silva
4. Vinyoles Bargallo E, Vila Domenech J, Argimon Pallas, Los investigadores del proyecto cuidado 1 (2002), concordancia entre el Mini – Mental State Examination en el cribado de Atención primaria
5. G. J. (2010). *Neurorrehabilitación del paciente con esclerosis múltiple*. Medigraphic.com.
6. (S/F). Guía Familiar De Duchenne 2020. . Diagnóstico Y Manejo De La DMD. Duchenne-Spain.Orgc

