



*Lourdes del Carmen Arcos Calvo*

*Control de lectura*

*4to parcial*

*Medicina física y de rehabilitación*

*Dr. Sergio Jiménez Ruiz*

*Medicina humana*

*5to semestre*

*Comitán de Domínguez, Chiapas, viernes 15 de diciembre de 2023*

30-NOV-2023

Loordes del Carmen Arcos Canvo

Catedrático: Sergio Jimenez Ruiz

Escalas de evaluación en la discapacidad Pediátrica (Escala M. Infantil Alberta)

Es una escala estandarizada que fue desarrollada por las fisioterapeutas canadienses Piper y Darrach en 1994. Esta escala pretende evaluar y controlar la maduración de la motricidad gruesa infantil, mediante la observación de la actividad motriz espontánea desde 0 meses hasta 18 meses, con la adquisición de la marcha autónoma. 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. Incorpora aspectos de la teoría neuromaturobiológica y con atributos relevantes desde 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 antigravitatorio 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 del peso, la alineación postural y el movimiento antigravitatorio que contribuyen a las habilidades motoras; se ha desarrollado como una evaluación observacional que requiere de un manejo mínimo de parte del evaluador y se puede evaluar en un tiempo de 10 a 20 min. Valoración de la escala motriz infantil de Alberta: Se utiliza con el fin de evaluar el desarrollo motor grueso a través de scores y percentiles y su vez sean comparativos con datos de la normativa. Entre las variables que se evalúan son: día de nacimiento, edad cronológica, edad gestacional, edad corregida y sexo del bebé. Cada posición o sub escala a evaluar se determina por la ventana motora del niño que representa el repertorio de movimiento que maneja el niño. Para cada ítem observado, que realice el niño dentro de su ventana motora, consigna un puntaje de 1; y para los ítems no observados su puntaje será cero. Los ítems previos a la ventana

Cooradas del Carmen Arcos Calvo.

Dr. Sergio  
Jimenez Ruiz.

5-Dic-2023

Catedrático: Sergio Jimenez Ruiz.

Escala de Valoración de función motora gruesa (Sistema de clasificación de la función

motora gruesa). 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, nuestro principal criterio es que la diferencia entre cada uno de estos niveles sea significativo para la vida diaria. Se basan en las limitaciones funcionales, la necesidad de uso de dispositivos auxiliares de la marcha.

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 en silla de ruedas.

Diferencias entre los niveles I y II: Comparados contra los niños y jóvenes del grupo I, los pacientes del grupo II tienen limitaciones para caminar largas distancias y mantener el equilibrio; es posible que necesiten un dispositivo manual auxiliar la marcha cuando recién inicia el aprendizaje de la actividad, pueden utilizar dispositivos con ruedas para viajar largas distancias, en exteriores o en la comunidad, para subir y bajar escaleras necesitan de puntos de apoyo con el pasamanos, no son tan capaces de correr o saltar. Diferencias entre los niveles II y III: los niños y jóvenes del nivel II son capaces de caminar sin necesidad de dispositivos manuales auxiliares de la marcha después de los cuatro años de edad (aunque algunas veces deseen utilizarlo). Niños y jóvenes del nivel III necesitan el dispositivo manual auxiliar de la marcha dentro de espacios interiores y silla de ruedas para espacios exteriores u en la comunidad. Diferencias entre los niveles III y IV: Niños y jóvenes del nivel III pueden sentarse por sí mismos o requerir auxilio mínimo de manera ocasional, son capaces

### Valoración funcional (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 en la investigación y en la práctica clínica, especialmente en los ancianos, cuya prevalencia de discapacidad es mayor en la población en general. El IB 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 IB se comenzó a utilizar 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 una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación. El IB aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las 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 elección de las actividades que componen el IB fue empírica, a partir de las opiniones de fisioterapeutas, enfermeras y médicos. El IB por lo tanto, no está basado en un modelo conceptual concreto, es decir, no existe un modelo teórico previo que justifique la elección de determinadas actividades de la vida diaria o la exclusión de otras. Uno de los motivos por los que se creó el IB fue para valorar la evolución de los pacientes. La evidencia em

Lourdes Arcos Calvo

Dr. Sergio  
Jimenez Ruiz

Catedrático: Sergio Jimenez Ruiz

7-12-23

Mini Examen Cognitivo de Lobo

El mini examen cognitivo de lobo o MEC de lobo, es un test de cribado de demencias surgido de la adaptación a población española del mini mental state Examination de Folstein. En nuestros días gracias a los avances médicos y a la mejora de la calidad de vida, entre otros factores, la esperanza de vida de las personas es cada vez mayor. La prevención, los hábitos saludables y la constante estimulación de nuestras capacidades cognitivas, pueden ayudarnos a retrasar la aparición de estas consecuencias negativas del paso del los años. La evaluación juega un papel importante en la lucha contra esas enfermedades ya que una detección y como consecuencia, una intervención precoz, mejora el pronóstico y puede ayudar no solo a enlazar el empeoramiento de los síntomas, sino también a mejorar la calidad de vida de la persona que los padece. Origen. El origen de la prueba de Lobo en 1975, año en el que Marshall F. Folstein, Susan Folstein y Paul R. Michung su instrumento de evaluación. Estos investigadores buscaban crear un análisis que llevara poco tiempo y que además estuviera estandarizado y que les permitiera diferenciar los trastornos funcionales orgánicos en pacientes psiquiátricos. La prueba de Folstein y sus colaboradores consta de una puntuación máxima de 30 puntos y está más indicada para poblaciones internacionales. Fue en 1979 cuando Lobo realizó la adaptación y validación de esta prueba creada en Estados Unidos a la población española. Esa validación permite que la prueba sea más precisa en sus resultados ya que se adapta a la población de un país determinado. Lo que permite controlar algunas variables que pueden generar algún tipo de sesgo, como pueden ser las diferencias culturales. Descripción: El test de lobo es una prueba que permite detectar una posible

Catedrático: Sergio Jiménez Ruiz

Rehabilitación en pacientes con enfermedad de Duchenne

Es una enfermedad cuyo manejo terapéutico es complejo y esta complejidad deriva de la propia fisiopatología de la enfermedad y de los cambios evolutivos derivados de las distintas fases evolutivas de la enfermedad en relación a los distintos órganos implicados en el curso del proceso evolutivo. Por desgracia no es mudo al que cualquiera entra de manera voluntaria. Las disfunciones son el resultado de la ausencia o disminución de una proteína muscular llamada "distrofina" y su espectro clínico van desde el fenotipo Duchenne, que constituye el cuadro clínico más grave a formas clínicas menos severas. El mejor manejo de Duchenne requiere un enfoque multidisciplinario, con la aportación de especialistas de muchas áreas diferentes que le proporcionarán atención integral. Un especialista neuromuscular actuará como médico principal de su equipo neuromuscular, asumiendo la responsabilidad de su atención general a lo largo de su vida. Esta es una enfermedad de evolución lenta, separamos las etapas claves para ayudar a anticipar las recomendaciones de atención.

- 1- Diagnóstico (infancia/niñez): hay síntomas pero generalmente son sutiles y no deben recomenzarse a menos que hayan antecedentes familiares de la enfermedad o que se realicen análisis de sangre. El apoyo psicosocial y emocional es extremadamente importante cuando se confirma un nuevo diagnóstico.
- 2- Ambulatorio temprano (niñez): tendrán problemas de aprendizaje y comportamiento, la terapia física / fisioterapia, 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 pueden asesorar acerca del

Lourdes del Carmen Arcos (alumno)

Dr. Sergio

13-Dic-2023

Catedrático: Sergio Jimenez Ruiz

Rehabilitación en pacientes con esclerosis múltiple

La esclerosis múltiple (EM) se define como una enfermedad inflamatoria de la sustancia blanca del sistema nervioso central mediada por células autorreactivas 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 primeros límites precisos para el diagnóstico de esta enfermedad, para la cual no se conoce a un origen cierto. La enfermedad afecta el sistema nervioso central y produce destrucción de la mielina, proceso denominado demielinización, por lo cual el estímulo nervioso central y produce destrucción de la mielina, proceso denominado retraso de 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 años, mayor en sexo femenino y en raza caucásica. Los potenciales evocados motores son de utilidad diagnóstica, ya que presentan una alta sensibilidad en la detección de lesiones de haz corticoespinal en pacientes con esclerosis múltiple. La técnica incluye estimulación magnética transcranial, con registros sobre los músculos abductor breve del pulgar y tibial anterior en las cuatro extremidades de cada paciente. Para el registro de los PEM los sujetos se mantienen en posición de decúbito y una vez colocados los electrodos de derivación sobre los músculos antes mencionados se procede a estimular transcranialmente con niveles de intensidad de un 100%. Equipos y recursos para el tratamiento integral de la esclerosis múltiple

## **Bibliografías**

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 (pág. 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), pág. 94-97.*
6. *Medina Cantillo. J. (2021). Rehabilitación. PTC THERAPEUTICS. Capítulo 8.*