



Mi Universidad

Control de lectura

Martín Mar Calderón

Control de lectura

Cuarto parcial

Medicina Física y de Rehabilitación

Sergio Jiménez Ruiz

Medicina Humana

5 semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 15 de diciembre del 2023

ESCALA MOTORA INFANTIL ALBERTA

El desarrollo motor en el niño sano está en constantes cambios y evolución desde la concepción, nacimiento, y crecimiento, así cuando experimenta su cuerpo y descubre su entorno, donde las habilidades de moverse van cambiando según sus necesidades, maduración y su contexto.

Según la OMS niño prematuro, es cuando el nacimiento del niño se da antes de las 37 semanas de gestación. Se dividen en función de la edad gestacional, Según la Organización Mundial de la Salud: prematuro extremo: < 28 semanas; Muy prematuros 28 a < 32 semanas y prematuros moderados o tardíos: 32 a < 37 semanas.

El parto prematuro puede originarse por embarazos múltiples, por infecciones y enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, aunque no se precisa muchas veces la causa, se presentan también con una influencia genética.

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 formación de axones, espinas dendríticas, establecimiento de la sinapsis, la mielinización, la muerte celular programada y la estabilización de las conexiones corticales.

El desarrollo motor es una evolución secuencial, permanente, que está relacionado con la edad del individuo, y por cual adquiere habilidades motoras, desde las más simples hasta los movimientos más elaborados, organizados y completos.

> Teoría refleja: El neurofisiólogo Sir Charles Sherrington, a principios de 1906, donde refería que los reflejos eran componentes básicos del comportamiento complejo.

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA GRUESA

El sistema de clasificación de la función motora gruesa 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. 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 en la calidad del movimiento.

Nivel I: Camina sin restricciones

Nivel II: Camina con limitaciones

Nivel III: Camina utilizando un dispositivo manual auxiliar de la marcha

Nivel IV: Transportado en silla de ruedas.

Diferencias:

La diferencia entre I y II: Los pacientes del grupo 2 tienen limitaciones para caminar largas distancias y mantener el equilibrio; es posible que necesiten un dispositivo manual para 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 pie izquierdo, no son tan capaces de correr o saltar.

La diferencia entre II y III: Los niños y jóvenes del nivel 2 son capaces de caminar sin necesidad de dispositivos manuales auxiliares de la marcha después de los 4 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

INDICE DE BARTHEL

El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para medir la capacidad de la persona por la realización de 10 actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto. El índice de Barthel se ha venido utilizando desde que fue propuesto en 1955 y ha dado lugar a múltiples versiones, además de servir como estándar para la comparación con otras escalas. El índice de Barthel puede recomendarse como un instrumento de elección para la medida de la discapacidad física, tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica y en salud pública.

La valoración de la función física es una labor de rutina en los centros y unidades de rehabilitación. 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 (AVD), 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 1955. Uno de los objetivos era obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y músculoesqueléticos. También se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación. El Índice de Barthel fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad.

MINI EXAMEN COGNITIVO DE LOBO.

El mini examen cognoscitivo 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 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 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 Mini examen cognitivo de lobo fue la primera versión en castellano de 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, Fijación, Concentración, y Cálculo, Memoria y Lengua. 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: Fijación: Repetir claramente cada palabra en un segundo. Le damos tantos puntos como palabras repita correc-

Rehabilitación en pacientes con esclerosis múltiple

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad progresiva e impredecible en la que el sistema inmunitario de una persona ataca las fibras nerviosas y el revestimiento circundante. La inflamación producida por esta afección interrumpe los procesos de las células nerviosas y, en última instancia, afecta los mensajes eléctricos que ocurren dentro del cerebro y la médula espinal.

Dado que cada persona se ve afectada de manera diferente, los síntomas de la enfermedad pueden variar desde leves hasta la incapacidad para escribir, hablar o caminar. La fisioterapia y la terapia ocupacional y del habla son herramientas importantes para el manejo de la Esclerosis Múltiple, especialmente porque el tratamiento se puede ajustar para manejar mejor las diversas etapas de la enfermedad. El objetivo es ayudarlos a mantenerse activo, seguro y cómodo. Los síntomas comunes que se manejan a través del tratamiento incluyen: Resistencia aeróbica, Equilibrio, Niebla mental, dificultades de memoria, coordinación, ataxia, dificultad para completar tareas cotidianas, como vestirse, lavar la ropa, cansancio, marcha, función respiratoria, espasticidad y flexibilidad, debilidad. Las lesiones se distribuyen de forma aleatoria en el sistema nervioso central (SNC). En la anatomía patológica, una lesión aguda manifiesta fenómenos inflamatorios agudos y si se lesiona el axón supondrá mayor incapacidad residual. El brote también llamado recaída o exacerbación, es un concepto clínico, que se ha definido como la aparición de síntomas o signos nuevos de disfunción neurológica, de duración superior a 24 horas. También se

Rehabilitación en pacientes con enfermedad de Duchenne.

Los tratamientos actualmente disponibles para la distrofia de Duchenne pueden ayudar a controlar y reducir la gravedad de los síntomas. La investigación en curso sobre tratamientos, incluidos algunos enfoques basados en genes, también es prometedora para ralentizar o incluso revertir algunos síntomas de ciertos tipos de DM. Comenzar la fisioterapia de forma temprana puede ayudar a mantener los músculos flexibles y fuertes. Se pueden recomendar una combinación de actividad física y ejercicios de estiramiento para las personas con DM. La fisioterapia como tratamiento en los trastornos neuromusculares ayuda a mantener y aumentar hasta donde sea posible, el nivel de función y movilidad actual del niño. Sus propósitos principales son: proporcionar una valoración física, minimizar el desarrollo de contracturas, mantener la fuerza muscular, prolongar la movilidad y funcionalidad. Hay muchos factores en Duchenne que contribuyen a la tendencia de las articulaciones a ponerse tensas o contracturadas. Estos incluyen que el músculo se vuelve menos elástico debido al uso limitado y posicionamiento, o porque los músculos alrededor de una articulación a ponerse tensas o contracturadas de una articulación están fuera de balance (Uno más fuerte que el otro). Mantener buena gamma de movimientos y simetría en las diferentes articulaciones importantes. Esto ayuda a mantener la mejor función posible, prevenir el desarrollo de deformidades fijas, y evitar problemas de presión en la piel.

- Terapia respiratoria: Debido a que el cuerpo depende de músculos como el diafragma para respirar, los músculos

Bibliografías

- Escala motora infantil de Alberta en el desarrollo motor grueso del niño prematuro. Universidad peruana; Cayetano Heredia. 2018 Nilda Julia Canales
- 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
- 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.
- 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
- JOUR- Procedimiento fisioterapéutico en Esclerosis Múltiple en fase aguda: Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiólogía, 2011, Molina Díaz; Revert Grron Aer. Elsevier.
- Morales Tejada, Adriana Elisa, Quintero Dip. Necesidad de rehabilitación física en un paciente con distrofia muscular progresiva de Duchenne, Santiago de Cuba; agosto 2021.