



Mi Universidad

Reportes de Lectura

Jeferson Enrique Ogaldes Norio

Reportes de Lectura

Parcial IV

Medicina Física y de Rehabilitación

Sergio Jiménez Ruiz

Licenciatura en Medicina Humana

5to Semestre

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

Escala Motora Infantil de Alberta

El desarrollo motor en el niño 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 posibilidades, madurez y su contexto. El desarrollo motor, es parte del desarrollo psicomotor del niño y de su desarrollo integral como ser humano y como ente, social. Por tales razones, existe la necesidad de establecer herramientas de evaluación del desarrollo motor, a nivel nacional basadas en teorías contemporáneas; como la teoría de los sistemas dinámicos, que valore el desarrollo motor del niño prematuro, con un análisis selectivo del movimiento, que permitan analizar los pequeños cambios que se pueden observar, durante la adquisición de sus habilidades motoras. como lo es la Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS).

Es una escala estandarizada que fue desarrollada por los fisioterapeutas canadienses Piper & Sarah en 1994; dicha escala pretende evaluar y controlar la maduración de la motricidad gruesa infantil, mediante la observación de la conducta motora espontánea desde 0 meses hasta los 18 meses, con la adquisición de la marcha autónoma. Incorpora aspectos de la teoría neuromaturo y con atributos relevantes de la perspectiva motora de la teoría de los sistemas dinámicos.

Sistema de Clasificación de la función motora gruesa.

El sistema de 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 estabilidad (contra el trazo), 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 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.

La versión expandida de la GMFCS (2007) incluye la clasificación de pacientes en un rango de edad entre los 12 y los 18 años y en los que se enfatizan los conceptos inherentes a la Clasificación Internacional de Funciones, Discapacidad y Salud. El objetivo de la GMFCS es determinar cual nivel representa mejor las habilidades y limitaciones del niño/joven sobre su funcionamiento motor grueso. Por lo tanto, es importante clasificar el desempeño actual de la función motora gruesa y no hacer 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 la ejecución de la función motora como la característica más importante.

Dr. Sergio

Jimenez Ruiz,

Jefferson

INDICE 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.

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 fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, a partir de fundamentos científicos, el índice de Barthel es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Las actividades se valoran de forma diferente pudiéndose asignar, 0, 5, 10 o 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). El índice de Barthel 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.

Mind-examen cognoscitivo Lobo

Jefferich

El MEC de Lobo se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de los mismos. 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 MEC fue la primera versión y sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje, estas son las áreas.

INSTRUCCIONES GENERALES

Invitar al entrevistado a colaborar. No corregir nunca al paciente, aunque se equivoque. Anotar los puntos correctos de cada uno de los 5 ítems del test, ser minuciosos.

- 1.- Orientación: No se permite la comunidad autónoma como respuesta correcta para la provincia, ni para nación o país (excepto en las comunidades que son consideradas históricas)
- 2.- Fijación: Repetir claramente cada palabra en un segundo. Le damos tantos puntos como palabras repetidas correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que los reperece, ya que más tarde se le volverán a preguntar.

Rehabilitación en pacientes con Esclerosis Múltiple

Jeferson Jimenez Ruiz

12/12/2023

La rehabilitación en esclerosis múltiple está dirigida a preservar y conservar la funcionalidad en la vida diaria de las personas con esclerosis múltiple y contempla tres ámbitos de actuación: físico, cognitivo y emocional. Cuando un paciente de esclerosis múltiple sufre brotes, en algunos casos puede quedar secuelas en forma de dificultad a la hora de ejecutar ciertas tareas o funciones. Por este motivo, es importante trabajar para paliar estas secuelas y mejorar su calidad de vida. La neurorrehabilitación es una intervención terapéutica centrada en la estimulación del sistema nervioso para que forme nuevas conexiones neurales tras una lesión neurológica, estimulando una capacidad que se conoce como neuroplasticidad. Este potencial adaptativo del sistema nervioso permite que el cerebro y los nervios, al no recibir estímulos, no crean nuevas conexiones ni inicien por tanto el proceso adaptativo de revertir los efectos del brote, como, mínimo, la minimización de secuelas.

Rehabilitación física: La terapia física busca la mejora de la capacidad del cuerpo para moverse y funcionar, con especial énfasis en el caminar y la movilidad general, la fuerza, el equilibrio, la postura, la fatiga y el dolor. El objetivo es promover la seguridad, conseguir y mantener un funcionamiento óptimo, y prevenir complicaciones innecesarias, como la debilidad muscular por la falta de movilidad y las contracturas musculares relacionadas con la espasticidad.

12/12/2023

Rehabilitación en pacientes con DM1

La fisioterapia como rehabilitación 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 dachenne 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 al rededor de una articulación están fuera de balance (uno más fuerte que el otro). Mantener buena gama de movimientos y simetría en las diferentes articulaciones es importante. Esto ayuda a mantener la mejor función posible, prevenir el desarrollo de deformidades fijas, y evitar problemas de presión en la piel.

Rehabilitación Respiratoria

La rehabilitación respiratoria se define como un proceso a través del cual los profesionales de la salud junto al paciente y su familia, trabajan en equipo para alcanzar y mantener una mejoría en la capacidad funcional y en la calidad de vida relacionada con la salud del paciente con dificultades respiratorias. La función primordial de la fisioterapia respiratoria consiste en ayudar a la expulsión de secreciones del árbol respiratorio con

BIBLIOGRAFIA

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.
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. JOUR- Procedimiento fisioterapéutico en Esclerosis Múltiple en fase aguda: Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiólogía, 2011, Molina Díaz; Revert Grron Aer. Elsevier.
6. Morales Tejada, Adriana Elisa, Quintero Dip. Necesidad de rehabilitación física en un paciente con distrofia muscular progresiva de Duchenne, Santiago de Cuba; agosto 2021.