



Mi Universidad

CONTROL DE LECTURA

Derlin Guadalupe Castillo González

Control de lectura

4to parcial

Medicina física y rehabilitación

Dr. Jimenez Ruiz Sergio

Licenciatura en medicina humana

5to semestre

ESCALA MOTORA INFANTIL DE ALBERTA (AIMS)

Es una escala estandarizada que fue desarrollada por las Fisioterapeutas canadienses Piper y Darrah 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. Incorpora aspectos de la teoría neuromaturoativa 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 antigravitatorio en 4 posiciones: decúbito pron (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 MOTORA INFANTIL DE ALBERTA

Cada posición o sub escala a evaluar se determina por la ventana motora del niño, que representa el repertorio de movimientos que manifieste 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.

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA GRUESA

Esta basada en el movimiento auto-iniciado por el paciente con énfasis: Sedestación (control del tronco), Movilización y transferencia.

OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar que nivel representa mejor las habilidades y limitaciones del niño/Joven sobre su funcionamiento motor grueso, haciendo énfasis en desempeño habitual de un niño o joven en diferentes ambientes (casa, colegio, barrio, etc.).

CRITERIO PRINCIPAL

La diferencia entre cada uno de estos niveles sea significativo 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 sobre ruedas (sillas de ruedas manuales o eléctricas, autopropulsadas) más que en la calidad del movimiento.

GENERALIDADES Y DIFERENCIAS DE LOS NIVELES

NIVEL 1 = Camina sin limitaciones.

NIVEL 2 = Camina con limitaciones.

NIVEL 3 = camina utilizando un dispositivo manual auxiliar (muletas o andador).

NIVEL 4 = Automovilidad con limitaciones; es posible que utilice dispositivos de movilidad motorizados (una silla de ruedas o un scooter eléctrico).

NIVEL 5 = Se le transporta en una silla de ruedas manual o utiliza un dispositivo de movilidad motorizado con apoyo para la cabeza.

ANTES DE LOS 2 AÑOS

NIVEL 1 = Los niños se pueden sentar en el piso sin ayuda, gatean apoyados sobre las manos y las rodillas, se ponen en pie sujetándose de algo y dan

ÍNDICE DE BARTHEL

Derlin

La escala BVD/Barthel permite determinar el grado de dependencia de una persona o la necesidad de ayuda para realizar acciones básicas diarias, desde comer, a asearse, ir al baño, moverse, vestirse, etc.

Cada una de estas acciones se evalúa con una puntuación de 0, 5 ó 10, en función del grado de ayuda que necesite (ninguna, alguna o toda).

La suma de las puntuaciones obtendrás determinará el grado de dependencia, de modo que si es inferior a 20 la persona está considerada como totalmente dependiente, si se sitúa entre 40 y 55 es moderadamente dependiente, si es mayor de 60 se le considera con una dependencia leve y si es de 100 será totalmente independiente (95 en el caso de que necesite el uso de una silla de ruedas)

Comer

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender manteguilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado.

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente.

Aseo personal

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

Derlin

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC)

Es un test de carácter cognitivo que se utiliza para detectar una posible demencia en cribados sistemáticos de pacientes geriátricos y, al mismo tiempo para seguir la evolución de la misma. En este se hacen preguntas que se agrupan en cinco grupos para la evaluación de la orientación espacio-temporal, la fijación de la memoria inmediata, la capacidad de concentración y cálculo, lenguaje y construcción espacial:

Orientación temporal

5 = ¿En qué día estamos?, ¿En qué fecha?, ¿En qué mes?, ¿En qué estación?, ¿En qué año?

Orientación espacial

5 = ¿En qué hospital o lugar estamos?, ¿En qué piso o planta?, ¿En qué pueblo o ciudad?, ¿En qué provincia, región o autonomía?, ¿En qué país?

Fijación

3 = Repita estas 3 palabras: peseta - caballo - manzana.

* Repetir hasta 5 veces, pero puntuar solo el primer intento.

* pueden utilizarse series alternativas de palabras cuando se trata de reevaluaciones (ej. Libro, queso, bicicleta).

Concentración y cálculo

5 = Si tiene 30 patas y le van quitando de 3 en 3, ¿Cuántas le quedan?

* Añade un punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, aunque la anterior fuera correcta.

3 = Repita 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás.

Memoria

3 = ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?

REHABILITACION EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE

La esclerosis múltiple, con frecuencia llamada EM, afecta al sistema nervioso central; el cerebro y la médula espinal. Puede causar problemas de control y fuerza muscular, de la capacidad de razonar. Los programas de rehabilitación puede ayudar. Incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje y rehabilitación cognitiva. Fisioterapia: Se utiliza ejercicio en el hogar o caminar. Estos ejercicios se realizan para mantenerse lo más independientemente posible. Los ejercicios que se realizan son 1) Estirar y fortalecer los músculos, 2) Hacer que el corazón y los pulmones se esfuerzen más, 3) Mejorar el equilibrio. En estos pacientes, es importante que los pacientes aprendan a refrescarse correctamente entre los ejercicios, ya que el calor empeoran los síntomas. Es posible que las personas que tienen síntomas constantes necesitan terapia todos los días y otros pacientes no lo necesitaran constantemente. Terapia ocupacional: Esta terapia ayuda a ser más independiente por si solo, se les enseña a los pacientes a usar dispositivos para ayudarlos con su vida diaria. Esto incluye dispositivos para ayudarles a comer, vestirse, bañarse y hacer otras tareas. Esta terapia también ayuda a aprender cómo guardar energías mientras realiza esas tareas. Se puede aprender a

REHABILITACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE DUCHENNE

Las terapias de rehabilitación y apoyo psicosocial forman parte del manejo multidisciplinar de los pacientes con Distrofia muscular de Duchenne (DMD). Serán llevados a cabo por los que son fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, etc. Que trabajan conjuntamente para aumentar o preservar las capacidades funcionales, prolongar la marcha y mejorar en lo posible la integración social y la calidad de vida de los niños con DMD.

Ejercicios y estiramientos para pacientes con DMD. Es fundamental establecer dentro de las rutinas diarias en el hogar un plan gradual de estiramientos que contribuya a mantener los músculos flexibles (evitando las contracturas), el rango de los movimientos y la funcionalidad. Hay dos tipos de estiramientos fundamentales:

- 1) Pasivos: En los que la articulación se mueve lentamente pero energicamente hasta conseguir su máxima extensión, manteniendo esta posición unos segundos.
- 2) Activos: En los que la articulación se mueve empujando contra un objeto fijo. También es recomendable la realización de ejercicios o actividad aeróbica como la natación y mantener la actividad física sin sobreesfuerzos.

Fisioterapia para pacientes con DMD. La fisioterapia en los niños con DMD ayuda a prevenir la rigidez articular y otras

BIBLIOGRAFÍA

- Albuquerque, P. L. de, Guerra, M. Q. de F., Lima, M. de C. y Eickmann, S. H. (2017). Validez concurrente de la Escala motora infantil de Alberta para detectar retraso en el desarrollo motor grueso en bebés prematuros: un estudio comparativo con la Bayley III. *Neurorrehabilitación del desarrollo*, 00(00), 1-7.
- Almeida, K. M., Dutra, M. V. P., Mello, R. R. de, Reis, A. B. R. y Martins, P. S. (2008). Validez concurrente y confiabilidad de la Escala motora infantil de Alberta en bebés prematuros. *Diario de Pediatría*, 84(5), 442-448.
- 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.
- Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, S., Russell, D., Wood, E. & Galuppi, B. (2007). GMFCS-E & R Clasificación de la Fundición Motora Gruesa Extendida y Revisada. *Dev Med Child Neurol*. Vol. 39, pag. 214-223.
- Cid-Ruzafa, J. & Moreno, J. D. (1997). Valoración de la Discapacidad Física: El Índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Publica*. No. 71 (pag. 127-137).
- López, E. (2023). Mini Examen Cognitivo (MEC) de Lobo ¿Para que sirve?. *PsicoActiva*.
- Molina Diaz, M. C., Revert Girones, C. & Perez Hernandez, M. A. (2012). Procedimientos Fisioterapeúticos en Esclerosis Múltiple en Fase Aguda. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. Vol. 14 (no.2), pag. 94-97.
- Medina Cantillo, J. (2021). *Rehabilitación. PTC THERAPEUTIOS Capitulo 8*.