



UDRS

Mi Universidad

Controles

Luis Angel Vasquez Rueda

Controles de lectura 4ta unidad

Cuarto parcial

Medicina Física Y De Rehabilitación

Dr. Sergio Jimenez Ruiz

Licenciatura En Medicina Humana

5to Semestre Grupo "C"

Comitan De Dominguez, Chiapas, 15 de Diciembre del 2023

①

Escala Motora infantil de Alberta

M.F.Y.D.R.
29 11 83

4

Es una escala estandarizada que fue desarrollada por los fisioterapeutas Piper y Darrak, esta pretende evaluar y controlar la maduración de la motricidad gruesa infantil, mediante la observación de la actividad motriz espontánea desde los 0 meses hasta los 18 meses, con la adquisición de la marcha autónoma. Incorpora aspectos de la teoría neuromaturoativa de la perspectiva motriz de la teoría de los sistemas dinámicos, evalúa la secuencia del desarrollo motor en términos de desarrollo progresivo e integración de control muscular antigravitatorio en 4 posiciones, decubito prono (21 items), decubito supino (9 items), sedestación (12 items) y Bipedestación (16 items), estos items se enfocan en variables como la carga del peso, la alineación postural y el movimiento antigravitatorio que contribuyen a las habilidades motoras, se evalúa en un tiempo de 10-20 minutos.

Cada posición o sub-escala se evalúa por la ventana motora del niño, para cada item observado que realice el niño en su ventana motora se le da 1 punto y para los que no se observe se le da 0 puntos, el puntaje total escala entre 0 y 58 puntos se obtiene a partir de la sumatoria de los puntos de cada sub-escala.

El resultado del puntaje final del bebe junto con su edad se evalúa a través de la curva de datos normativos de la escala, de donde se obtiene el rango percentil del niño.

La curva de normalidad del desarrollo de la escala está entre 5% y 90%, los resultados alcanzados entre el 10% y 90% indica un adecuado

②

Luis
Angel

M. Sergio
Jimenez Ruiz

~~Sistema de la función de la~~

~~Miembros Motora Gruesa~~

M. F. y. D. R.
05 12 23

4

La GMFCS (por sus siglas en inglés), se basa en el movimiento que se inicia voluntariamente, este sistema examina movimientos como el sentarse, caminar o el uso de dispositivos de movilidad, y los clasifica en 5 niveles, donde estos niveles brindan una descripción de las funciones motoras actuales de los niños, también da una idea del equipo y de los dispositivos de ayuda que el niño pueda necesitar en el futuro, el sistema se creó para niños con parálisis cerebral.

- Nivel 1: Camina sin limitaciones
- Nivel 2: Camina con limitaciones
- Nivel 3: Camina utilizando algún dispositivo manual auxiliar (muletas o andador)
- Nivel 4: automovilidad con limitaciones, es posible que use dispositivos de movilidad motorizados (una silla de ruedas o un scooter)
- Nivel 5: Se le transporta en una silla de ruedas manual o un dispositivo de movilidad motorizado con apoyo para la cabeza
- Antes de cumplir los 2 años de edad -
- Nivel 1: Los niños se sientan sin ayuda, gatean sobre las manos y las rodillas, se ponen de pie al sujetarse de algo y dan unos pasos agarrándose de los muebles, los niños entre 18 y 24 meses caminan sin tener que utilizar un dispositivo de movilidad auxiliar.
- Nivel 2: Los niños se pueden sentar en el piso, pero con la ayuda de las manos como apoyo, gatean con las manos y con la rodilla, a veces se pueden poner de pie sujetándose de algo y dar unos pasos agarrados.

JEAN
BOOK

Indice De Barthel

M. F. Y. D. R.
07 12 23

El IB fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación, el IB es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, que se fundamenta con bases empíricas, se trata de asignar a cada paciente una puntuación en base a función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Las AVD incluidas en el índice original son 10, Comer / trasladarse entre la silla y la cama / aseo personal / uso del retrete / bañarse / desplazarse / Subir/bajar escaleras / vestirse/desvestirse / Control de heces / Control de orina / las actividades se valoran de forma diferente, pudiendo asignar 0, 5, 10 y 15 puntos, el rango global puede variar entre 0 y 100 puntos.

- Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel

- Comer → 0 = incapaz / 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etcetera. / 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)
- Trasládarse entre la silla y la cama - 0 = incapaz, No se puede mantener sentado / 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado. / 10 = necesita algo de ayuda. / 15 = independiente.
- Aseo personal - 0 = necesita ayuda con el aseo personal / 5 = necesita alguna ayuda, pero es independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y también afeitarse.
- Uso del retrete - 0 = dependiente / 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solito. / 10 = independiente (Entrar y salir, limpiarse y vestirse).

4

Minexamen Cognitivo del Lobo

M.F.Y.D.B.
07 12 23

4

el mini examen cognoscitivo del lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE, de Folstein, se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas, existen 2 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 poder proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para poder diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos, hoy en día, se utiliza para detectar y evaluar la progresión del trastorno cognitivo asociado a enfermedades neurodegenerativas como la del tipo Alzheimer, sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: orientación, fisucción, concentración y cálculo, memoria y lenguaje.

- Instrucciones generales: 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 algún país.
- 2) Fisucción: repetir claramente cada palabra en un segundo, le damos tantos puntos como palabras repita correctamente al primer intento, hacer incapie en que las recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar, asegurarse de que el paciente

⑥

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz

M.F. X.D.R.

13 12 23

Rehabilitación Px C/ Sx Duchenne

Terapias de rehabilitación y apoyo para pacientes con distrofia muscular de Duchenne, las terapias de rehabilitación y apoyo psicosocial forman parte de un manejo multidisciplinario de los pacientes con distrofia muscular de Duchenne (DMD), serán llevadas a cabo por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, etc. que trabajarán conjuntamente para aumentar o preservar las capacidades funcionales, prolongar la marcha, mejorar en la medida posible la integración social y la calidad de vida de los pacientes con la enfermedad. el programa de rehabilitación y apoyo debe ser: **Precoz**: iniciándose desde el momento de el diagnóstico

- **Constante**: el tratamiento fisioterápico debe ser constante y continuado.
- **Individuado**: Según las características clínicas de cada persona con DMD.
- **Adaptado**: Según la fase de evolución en la que este la enfermedad.

- **Ejercicios de estiramientos para Px con distrofia muscular de Duchenne**: es fundamental establecer dentro de las rutinas diarias en el hogar, un plan gradual de estiramiento que contribuya el mantener los músculos flexibles (evitando las contracturas) el rango de movimiento y funcionalidad.

JEAN BOOK

5

Hda

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz,
Juis Angel

Rehabilitación P~~A~~/ C/esclerosis múltiple

M.	F.	Y.	P.	R.	4
13	12	23			

La esclerosis múltiple, es una alteración primaria de las vainas de mielina en la que están afectados los axones nerviosos. En forma secundaria, la mielina tiene 2 funciones, una es controlar el traspase de iones del cual depende la transmisión del impulso nervioso, y segundo, tiene una acción aislante, las vainas de la mielina son responsables de la propagación y conducción normales de los impulsos nerviosos. La esclerosis múltiple se caracteriza por la aparición de áreas en parche de desmielinización que se producen de forma difusa por todo el SNC.

Rasgos clínicos: el síntoma inicial pueda aparecer bruscamente o insidiosamente, y puede ser en general, referido a una lesión única en la sustancia blanca del sistema nervioso, los síntomas iniciales comunes son: incapacidad motora en 1 o más miembros / alteración en la visión, de un ojo / visión doble o parestesias /

Objetivos de la fisioterapia en el tratamiento de la esclerosis múltiple -

- 1) reeducar y mantener todo el control voluntario disponible del paciente.
- 2) reeducar y mantener los mecanismos posturales normales del paciente.
- 3) mantener la amplitud completa del movimiento de todas las articulaciones y tejidos blandos, y enseñar al paciente y/o sus familiares, procedimientos de estiramiento adecuados para poder

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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 Publica. No. 71 (pag. 127-137).
4. López, E. (2023). Mini Examen Cognitivo (MEC) de Lobo ¿Para qué sirve?. PsicoActiva
5. Molina Díaz, 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.
6. Medina Cantillo J. (2021). Rehabilitación. PTC THERAPEUTICS. Capitulo 8.