

BAREM CONCURS POST KINETOTERAPEUT SECTIA ATI ARSI

Varianta 2

Subiectul nr 1: Mobilizarea activ asistata(activo-pasiva)- cerinte de baza

Cand forta musculara are o valoare intre coeficientii 2-3 , miscarea activa va fi ajutata. Acest ajutor poate sa fie acordat pentru protejarea fortei musculare a pacientului necesara unui exercitiu dat, pentru o corecta directionare pe toata amplitudinea unei miscari, pentru a sustine si pozitiona segmentul mobilizat sau a realiza concomitent o miscare combinata, complexa.

Aceasta tehnica mai este utilizata si cand se urmareste refacerea completa a mobilitatii unei articulatii, nu numai in conditiile unei forte musculare slabe.

Mobilizarea activ asistata are unele cerinte de baza:

- Forta exterioara, indiferent cum este aplicata, sa nu se substituie fortei proprii , ci doar sa o ajute ; in caz contrar miscarea devine pasiva;
- Forta exterioara va fi aplicata pe directia actiunii muschiului asistat;
- De obicei forta de asistare nu este aceeaasi pe toata amplitudinea miscarii, ci este mai mare la inceputul ei (invingerea inertiei) ,si la sfarsitul excursiei (pentru a mari aceasta amplitudine);
- Asistarea miscarii active trebuie sa elimine orice alt travaliu muscular, in afara de cel necesar realizarii miscarii dorite.

Mobilizarea activ asistata , indiferent de metoda, necesita sub raport tehnic o buna stabilitate a corpului, o buna pozitie de pornire, neangrenand musculatura antagonista si de asemenea sprijinind segmentul in miscare pe toata amplitudinea acestei miscari.

Executarea unei mobilizari activ asistate se face lent, cu miscare continua, fara bruscar, de obicei la comanda, cu repetitii frecvente sau nu, dupa cum se doreste obtinerea sau evitarea instalarii oboselii musculare.

Sbenghe, Kinetoprofilaxia, pag 180

Subiectul nr 2: Clasificare si factori extrinseci de aparitie a ulcerelor de presiune

1 Gradul 1- eritem care se mentine cand este apasat, piele intacta. Pot fi folositi ca indicatori si decolorarea pielii, caldura, edemul indurata sau duritatea, in special la persoanele cu piele mai inchisa.

2 Gradul 2- afectarea partiala a grosimii pielii incluzand epidermul, dermul sau amandoua.

3 Gradul 3- afectarea pielii in intregime incluzand deteriorarea sau necroza tesutului subcutanat ce se poate extinde pana la , dar nu prin, fascia subdiacentă;

4 Gradul 4 – distrugeri masive, necroza tisulara sau deteriorarea musculara , osoasa sau a structurilor de sprijin cu sau afectarea totala a grosimii pielii.

Factorii de risc extrinseci

Presiunea : cauza dezvoltarii ulcerelor de presiune este presiunea persistenta (perpendiculara)pe suprafata pielii, in special presiunea prelungita care depaseste presiunea tesutului capilar. Este mai importanta combinarea presiunii si a duratei. Cea mai marer presiune apare la tesuturile adiacente proeminentelor osoase. Prin urmare pozitiile obisnuite ale formarii escarelor includ: tuberozitatea ischiatica, sacrumul 17%, trohanterul mare 12-19% si calcaiele 9-18%. La pacientii ce stau in decubit dorsal perioade indelungate si zoina occipitala este un loc obisnuit. In decubit ventral genunchii , partea anterioara a pelvisului si degetele de la picioare sunt vulnerabile escarelor.

Frecarea – forta dintre doua suprafete ce se misca una peste cealalta.

Taieturile- stresul mecani paralel sau tangential cu suprafata pielii. In cazul taieturilor, arterele perforante devin angulate intrerupand fluxul sangvin. In pozitia semizezand apare in special la nivelul sacrumului.

Imobilizarea- un factor de risc extrinsec major .

Macerarea- desi in realitate nu este o cauza, exista un risc mai mare de frecare daca exista macerare.

Recuperarea medicala de faza acuta pag 424

Subiectul nr 3: Tehnici de scaderea a hipertoniiei musculare

Spasticitatea din sindroamele neurologice centrale piramidale sau extrapiramidale reprezinta un element de mare severitate clinica traduse prin redori articulare.

Trebuie scazuta hipertonia musculara pentru care ne stau la dispozitie :

- Metoda Bobath, pentru inhibarea activitatii neuronale responsabila de producerea spasticitatii
- Tehnicile kinetice neuroproprioceptive cu rol inhibitor asupra tonusului muscular si de crestere a amplitudinii de miscare(intitierea ritmica , relaxare- opunere, relaxare-contractie, stabilizare ritmica, rotatie ritmica;
- Stimularile senzitive cu efect de scadere a tonusului muscular general(balansarea sau rostogolirea ritmica, stimulul termal, tapotarea usoara , poztia capului sub nivelul trunchiului, semnalul vizual, comanda verbala);

Stimularile senzitive cu efect de scadere a tonusului muscular(vibratia antagonistului, intinderea prelungita, presiunea pe tendoane, stimul termal, atingerea usoara, semnalul vizual, comanda verbala.

Barem total:

100 puncte

Subiectul 1 – 30 puncte

Subiectul 2 – 30 puncte

Subiectul 3 – 30 puncte

Oficiu – 10 puncte