



# **Universidad del Sureste**

## **Escuela de Medicina**

**Materia:**

**MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION**

**Escalas de evaluación en la discapacidad pediátrica.**

**Docente:**

**SERGIO JIMENEZ RUIZ**

**Alumno: Alfredo Morales Julián**

**5-B**

**Lugar y fecha**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 03/12/2021.**

# Escalas de evaluación en la discapacidad pediátrica

La Valoración fundamental y Cognitiva constituye un pilar importante en la evaluación de las personas mayores, englobando en una valoración multidimensional muchas veces como un componente más de la valoración geriátrica integral (VGI).

Y se dispone de herramientas (escalas y pruebas) que ayudan a estructurar y realizar esta valoración de una forma estandarizada.

## Escalas y pruebas en la valoración funcional

El estado funcional constituye el mejor indicador de salud global en la persona mayor, y su alteración puede tener un origen en valoraciones de otras áreas (física, mental, social), tienen pronóstico en efectos adversos de salud, "progresivo deterioro o mayor discapacidad o dependencia".

La funcionalidad es la característica por la que una persona se maneja y desenvuelve de manera autónoma para diferentes actividades.

En su valoración estructural se distinguen las ABVD, las AIVD y las pruebas de ejecución y desempeño.

## Escala de Valoración de las actividades básicas de la vida diaria

Las ABVD valoran el autocuidado y las necesidades básicas para que el paciente pueda mantenerse autónomo en su medio, domicilio (Comer, desplazarse, asearse, vestirse, contener, esfincteres)

## Índice de Barthel

Escala más extendida para valorar las ABVD en pacientes con deterioro **mas** notable, en rehabilitación, para la evaluación del grado de minusvalía, discapacidades, etc. Características =

**Rango alto y discriminante** = de funciones (Movilidad, autocuidado, continencia, etc.) como en sus posibilidades de respuesta

**Puntuación de 0 a 100 puntos** = puntuando las actividades con 0, 5, 10 o 15 puntos, con categorización del resultado en diferentes grados de dependencia

**Extenso uso y experiencia** en diferentes situaciones, adecuado grado de validación y potencial predictivo y de control y monitorización de la situación de la persona

## Índice de Katz

Antes se usaba bastante pero ahora ya casi no se usa. Su jerarquía de los ítems refleja la progresión natural en la pérdida y la recuperación de la función. Inconvenientes son la complejidad de la categorización final limitación

En el rango de actividades valoradas, y escasa sensibilidad para detectar pequeños cambios.

## Escala de Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria

Las AIVD que requieren más destreza y habilidades valoran actividades necesarias para mantener la independencia y poder permanecer autónomamente en la comunidad y comunicación (hacer compras, preparar comida, labores de casa, utilizar transporte, usar teléfono). Son las que primero se deterioran.

## Índice de Lawton y Brody

Es la escala de valoración de las AIVD más empleada en nuestro medio.

Valora 3 funciones = preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa. Por lo general es más para mujeres y se usan variantes para hombres.

✓ Ventajas = Es sencilla de complementar y no requiere mucho entrenamiento.

Las láminas de la COOP-WONCA\* son una herramienta de valoración multidimensional pero focalizadas fundamentalmente a la funcionalidad y calidad de vida.

En su versión reducida consta de 6 láminas = forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, salud global y dolor.

✓ Ventajas = sencilla, fácil comprensión y menor riesgo de la situación cultural de la persona.

## Pruebas de ejecución y desempeño

Se le pide a la persona que realicen una serie de actividades físicas relacionadas con la movilidad, la marcha o el equilibrio.

Los resultados se relacionan con los de las escalas que valoran las AIVD.

Las 2 más empleadas son la = Prueba de Velocidad de la marcha y el test de levantarse y andar

## Prueba de Velocidad de la marcha:

Se le pide a la persona que camine con su paso normal en línea recta una distancia variable en general como 6 m.

> 60 años se considera patología si la velocidad es menor de 1 m/s, si es menor de 0,8 m/s se relaciona con deterioros del movimiento y caídas

## Prueba cronometrada de levantarse y andar

Se pide que la persona se levante de su silla camine 3 m y vuelva a sentarse.

Se considera alterado si tarda más de 20 s - 15 s. Presenta buena fiabilidad interobservador e intraobservador

Estas pruebas a veces se ajustan por edad debido al declinar asociado a esta aunque no existen tablas estandarizadas en nuestro medio

**Referencia:**

*AMF semFYC*. (2014). AMF. Recuperado 2 de diciembre de 2021, de <https://amf-semfyc.com/web/article/1187>