



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, etc. intereses)

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>