

# Establecimiento colaborativo de objetivos centrados en el paciente (ECOCP) en una práctica clínica



International Alliance  
of Academies of  
Childhood Disability

EDICIÓN REVISADA Y ACTUALIZADA

MÁS DE 25 MILLONES DE EJEMPLARES VENDIDOS

Stephen  
R. Covey

Los **7** hábitos de  
la gente  
altamente  
efectiva

PAIDÓS

1. El hábito de la proactividad
2. Comenzar con un fin en mente
3. Poner primero lo primero
4. Pensar en ganar-ganar
5. Buscar entender primero y ser entendido después
6. Sinergizar
7. Afilar la sierra

# Objetivos de aprendizaje

- Al final del taller, los participantes serán capaces de:
  1. Describir la evidencia científica que respalda el establecimiento de objetivos centrados en el paciente
  2. Identificar razones por las cuales usar ECOCP
  3. Saber como ligar ECOCP al CIF
  4. Dar ejemplos en los que se usa ECOCP usando la CIF
  5. Entender como se usa ECOCP para guiar la valoración y el tratamiento
  6. Identificar herramientas que apoyen el ECOCP
  7. Entender la Escala de logro de objetivos (Goal Attainment Scaling o GAS)



# ENCUESTA VIA SMART PHONE

<https://pollev.com/mauriciodelg183>



International Alliance  
of Academies of  
Childhood Disability

🗨️ Respond at [Pollev.com/mauriciodelg183](https://Pollev.com/mauriciodelg183)

📱 Text **MAURICIODELG183** to **+52 55 4999 8500** once to join, then **A, B, C, D, or E**

## ¿Estableces objetivos con tus pacientes en tu práctica clínica?

Nunca se me había ocurrido **A**

No tengo tiempo suficiente para hacerlo **B**

No veo el beneficio **C**

Tengo otras formas para medir el cambio **D**

Es algo más **E**

🗨️ When poll is active, respond at **PolleEv.com/mauriciodelg183**

📱 Text **MAURICIODELG183** to **+52 55 4999 8500** once to join

## ¿Que tan familiarizado estas con la escala GAS?

Muy familiarizado, la uso  
todo el tiempo

Familiarizado con ella, pero  
la uso pocas veces

He escuchado de ella pero  
nunca la uso

Nunca he escuchado de ella  
y por lo tanto no la uso

📄 When poll is active, respond at [PollEv.com/mauriciodelg183](https://PollEv.com/mauriciodelg183)

📄 Text **MAURICIODELG183** to **+52 55 4999 8500** once to join

## ¿Qué te detiene para usar ECOPC en tu práctica clínica?

Nunca se ma había ocurrido

No tengo tiempo suficiente para hacerlo

No veo el beneficio

Tengo otras formas para medir el cambio

Es algo mas

¿A caso establecer objetivos hace una diferencia?

## Evidencia

*Disability and Rehabilitation*, 2009; 31(22): 1808–1816

**informa**  
healthcare

### RESEARCH PAPER

## **Activity focused and goal directed therapy for children with cerebral palsy – Do goals make a difference?**

KRISTINA LÖWING<sup>1</sup>, ANNMARIE BEXELIUS<sup>2</sup> & EVA BROGREN CARLBERG<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>*Department of Woman & Child Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden and* <sup>2</sup>*Handicap & Habilitation, Stockholm, Sweden*

Estudio de intervención prospectivo comparando dos abordajes de terapia en un formato ecológico en Estocolomo, Suecia

Participants	GDT group	AT group	Total group
Participants	22	22	44
Gender, male: female	11:11	14:8	25:19
Age at start, mo, mean	46:16	52:18	49:17
Age at start, mo, median	46:16–71	51:24–84	48:16–84
GMFCS I	10	9	19
GMFCS II	5	5	10
GMFCS III	3	5	8
GMFCS IV	4	3	7
MACS I	7	9	16
MACS II	9	6	15
MACS III	5	5	10
MACS IV	1	2	3
Bilateral	14	13	27
Unilateral	8	9	17

GDT=Terapia dirigida por metas

AT=Terapia enfocada en la tarea

# MEDIDAS DE RESULTADO

Primaria: PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory)

Secundario: GMFM -66

Otras: GAS solo para el grupo GDT

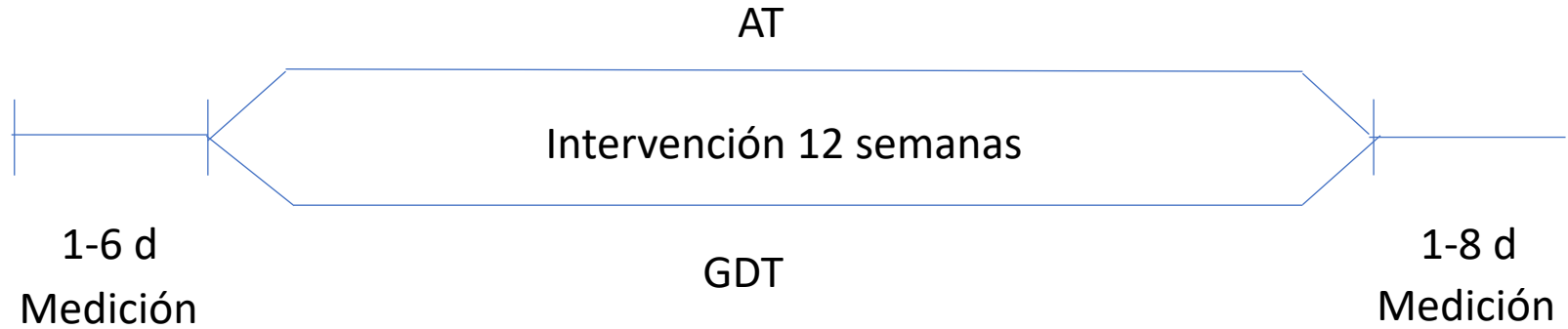


Table III. Within group comparisons in the goal directed therapy group and the activity focused therapy group before and after 12 weeks of intervention are presented as means and standard deviations (SD).

	Before mean, SD	After mean, STD	<i>p</i>	Difference mean	95% confidence interval
Goal directed therapy group					
PEDI:					
FS Self Care	52.48 ± 9.42	57.35 ± 9.40	0.001	4.87	3.328 to 6.417
FS Mobility	55.59 ± 15.52	61.44 ± 13.89	0.001	5.845	3.515 to 8.175
FS Social Func	55.95 ± 10.92	61.22 ± 8.85	0.001	5.281	3.325 to 7.238
CA Self Care	43.15 ± 13.32	54.14 ± 13.17	0.001	10.99	9.013 to 12.968
CA Mobility	54.01 ± 17.41	63.41 ± 14.60	0.001	9.406	5.795 to 13.017
CA Social Func	50.65 ± 19.84	61.26 ± 17.32	0.001	10.618	6.847 to 14.388
GMFM-66	58,52 ± 13.64	63.59 ± 13.15	0.001	5.07	3.765 to 6.375
Activity focused group					
PEDI:					
FS Self Care	58.63 ± 10.64	58.66 ± 11.63	n.s.	0.031	−0.939 to 1.003
FS Mobility	62.15 ± 19.42	62.48 ± 17.75	n.s.	0.327	−1.532 to 2.186
FS Social Func	61.97 ± 7.97	63.61 ± 10.25	n.s.	1.645	−0.993 to 4.284
CA Self Care	54.92 ± 14.42	55.88 ± 17.18	n.s.	0.554	−2.273 to 3.382
CA Mobility	63.61 ± 17.62	64.10 ± 16.52	n.s.	0.486	−1.554 to 2.527
CA Social Func	60.28 ± 13.09	60.84 ± 11.89	n.s.	0.141	−2.248 to 2.530
GMFM-66	63.06 ± 16.02	64.15 ± 17.33	n.s.	1.094	−0.187 to 2.376

The differences between assessments before and after 12 weeks are presented as mean and 95% confidence interval (95% CI). Assessments were the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI); Functional scales (FS) of; Self care, Mobility and Social Function, Care giver assistance scales (CA) of; Self care, Mobility and Social Function and the Gross Motor Function Measure-66 (GMFM-66). The number participants in each group were 22.

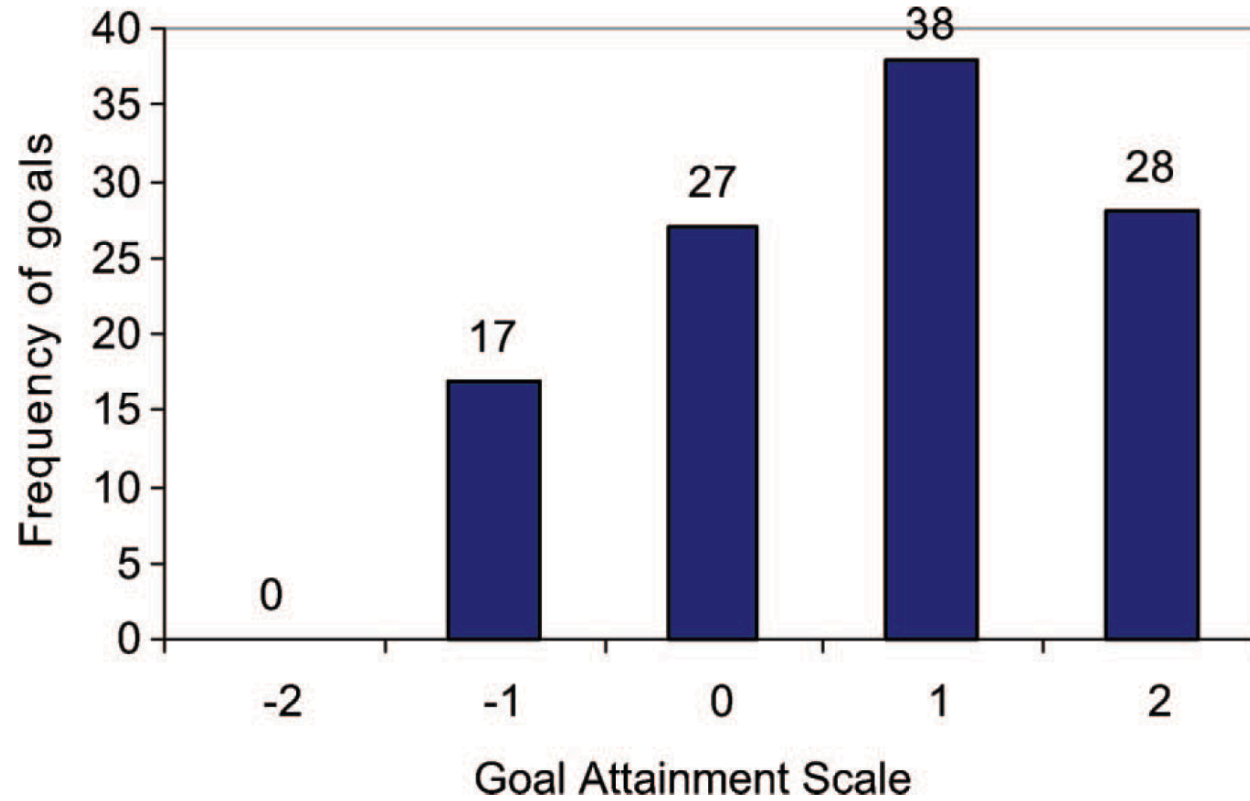


Figure 3. Goal attainment according to goal attainment scaling in the goal directed therapy group after 12 weeks of intervention. Each child had five goals and the number of participants was 22 adding up to 110 goals.

# A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence

IONA NOVAK<sup>1,2</sup> | SARAH MCINTYRE<sup>1,2</sup> | CATHERINE MORGAN<sup>1,2</sup> | LANIE CAMPBELL<sup>2</sup> | LEIGHA DARK<sup>1</sup> | NATALIE MORTON<sup>1</sup> | ELISE STUMBLES<sup>1</sup> | SALLI-ANN WILSON<sup>1</sup> | SHONA GOLDSMITH<sup>1,2</sup>

**1** Cerebral Palsy Alliance, Sydney; **2** University of Notre Dame Australia, Sydney, Australia.

Correspondence to Associate Professor Iona Novak, Head of Research, Cerebral Palsy Alliance Research Institute, PO Box 560, Darlinghurst NSW 1300, Australia.

E-mail: [inovak@cerebralpalsy.org.au](mailto:inovak@cerebralpalsy.org.au)

This article is commented on by Msall on pages 877–878 of this issue.

Developmental Medicine & Child Neurology 2013, 55: 885–910

Estudio sistemático de estudios sistemáticos para analizar la mejor evidencia de intervenciones en niños con PC

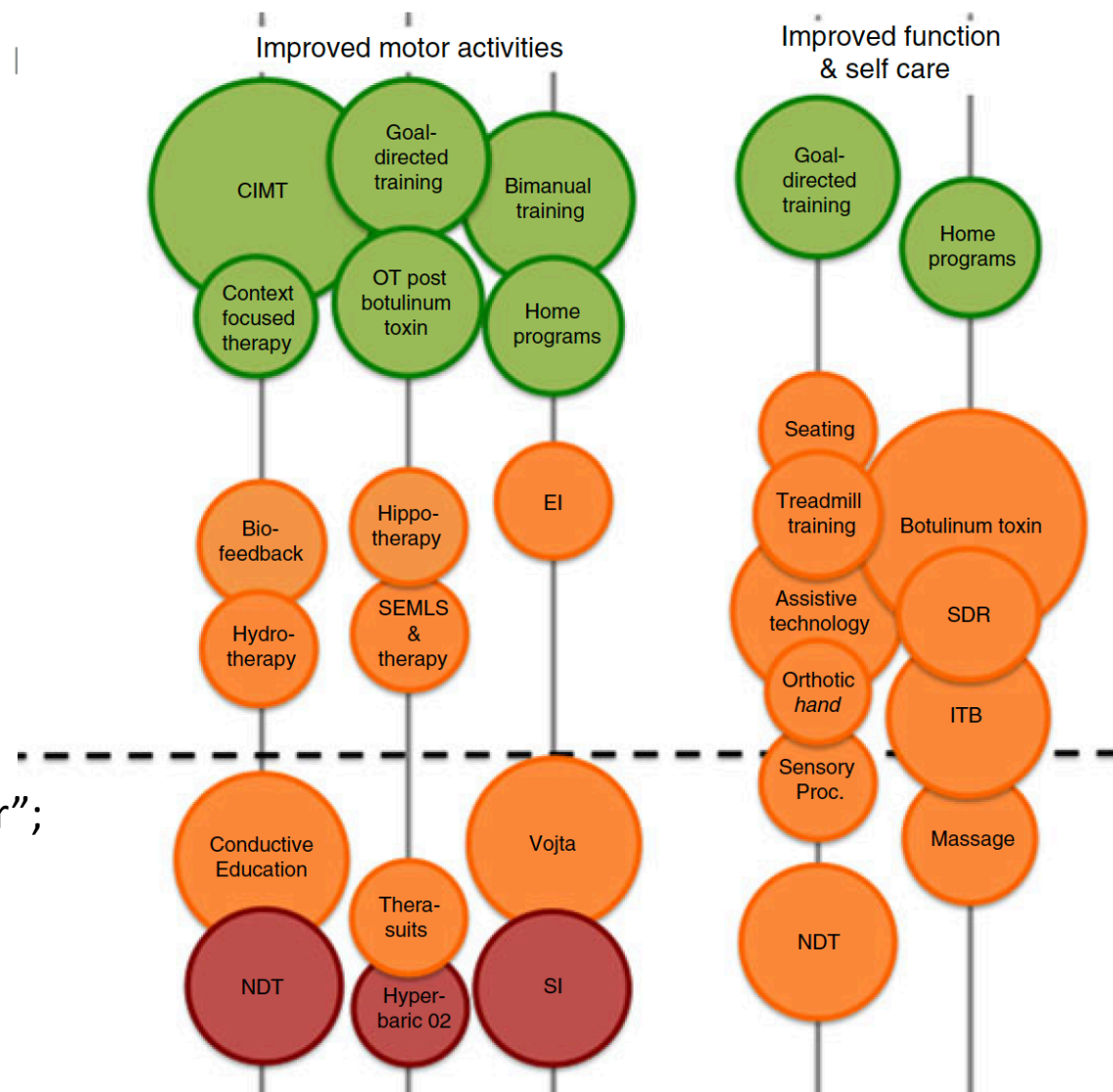
166 artículos cumplieron criterios de inclusión.

64 intervenciones.

Color **verde**=Intervencion efectiva “úsala” (24%)

Color **amarillo**= Resultados inciertos (70%); “probablemente usar”; “probablemente no usar”

Color **rojo**=Inefectiva “No la uses” (6%)



# A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence

IONA NOVAK<sup>1,2</sup> | SARAH MCINTYRE<sup>1,2</sup> | CATHERINE MORGAN<sup>1,2</sup> | LANIE CAMPBELL<sup>2</sup> | LEIGHA DARK<sup>1</sup> | NATALIE MORTON<sup>1</sup> | ELISE STUMBLES<sup>1</sup> | SALLI-ANN WILSON<sup>1</sup> | SHONA GOLDSMITH<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Cerebral Palsy Alliance, Sydney; <sup>2</sup> University of Notre Dame Australia, Sydney, Australia.

Correspondence to Associate Professor Iona Novak, Head of Research, Cerebral Palsy Alliance Research Institute, PO Box 560, Darlinghurst NSW 1300, Australia.  
E-mail: inovak@cerebralpalsy.org.au

This article is commented on by Msall on pages 877–878 of this issue.

Developmental Medicine & Child Neurology 2013, 55: 885–910

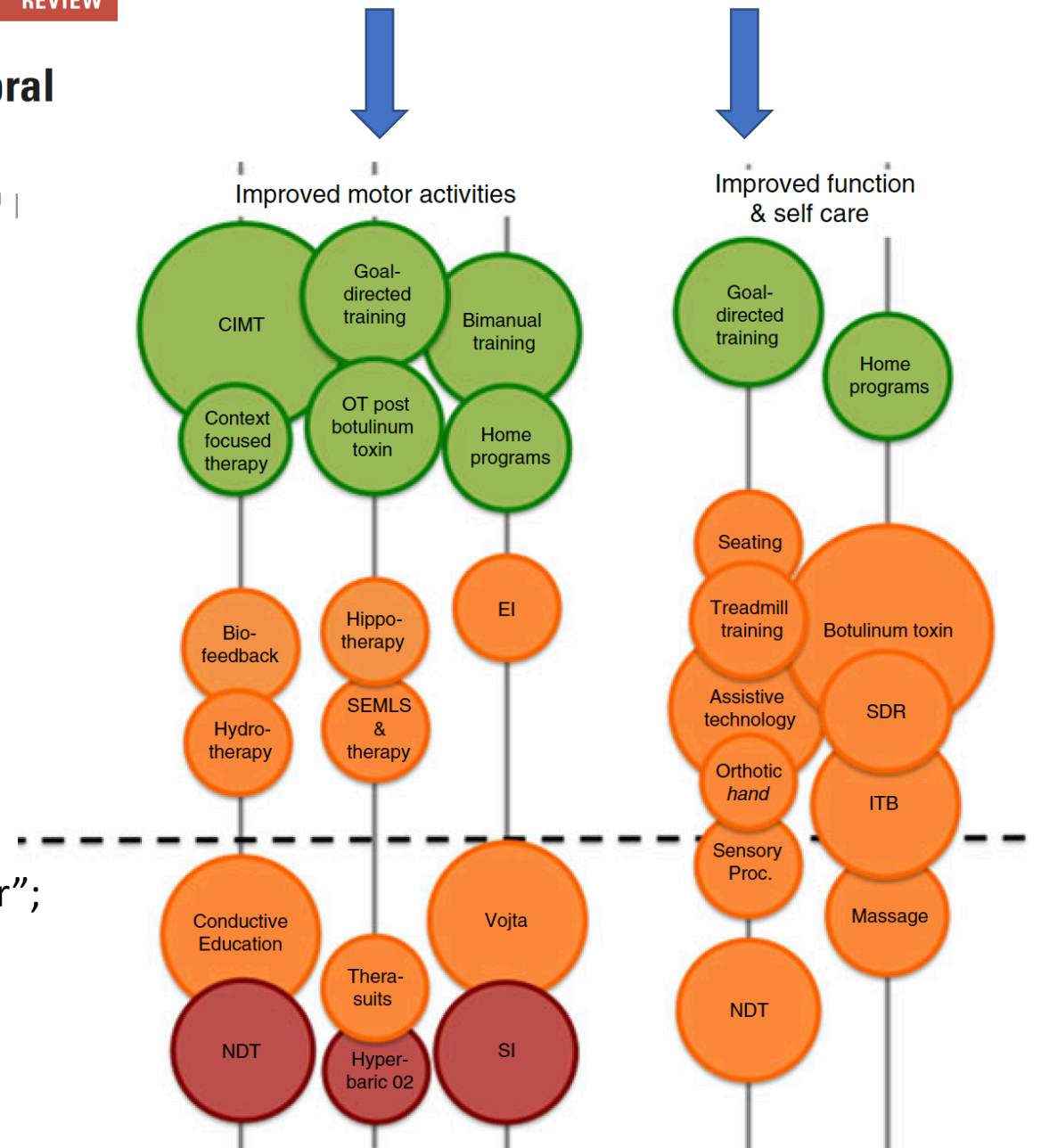
Estudio sistemático de estudios sistemáticos para analizar la mejor evidencia de intervenciones en niños con PC

166 artículos cumplieron criterios de inclusión.  
64 intervenciones.

Color **verde**=Intervencion efectiva “úsala” (24%)

Color **amarillo**= Resultados inciertos (70%); “probablemente usar”;  
“probablemente no usar”

Color **rojo**=Inefectiva “No la uses” (6%)

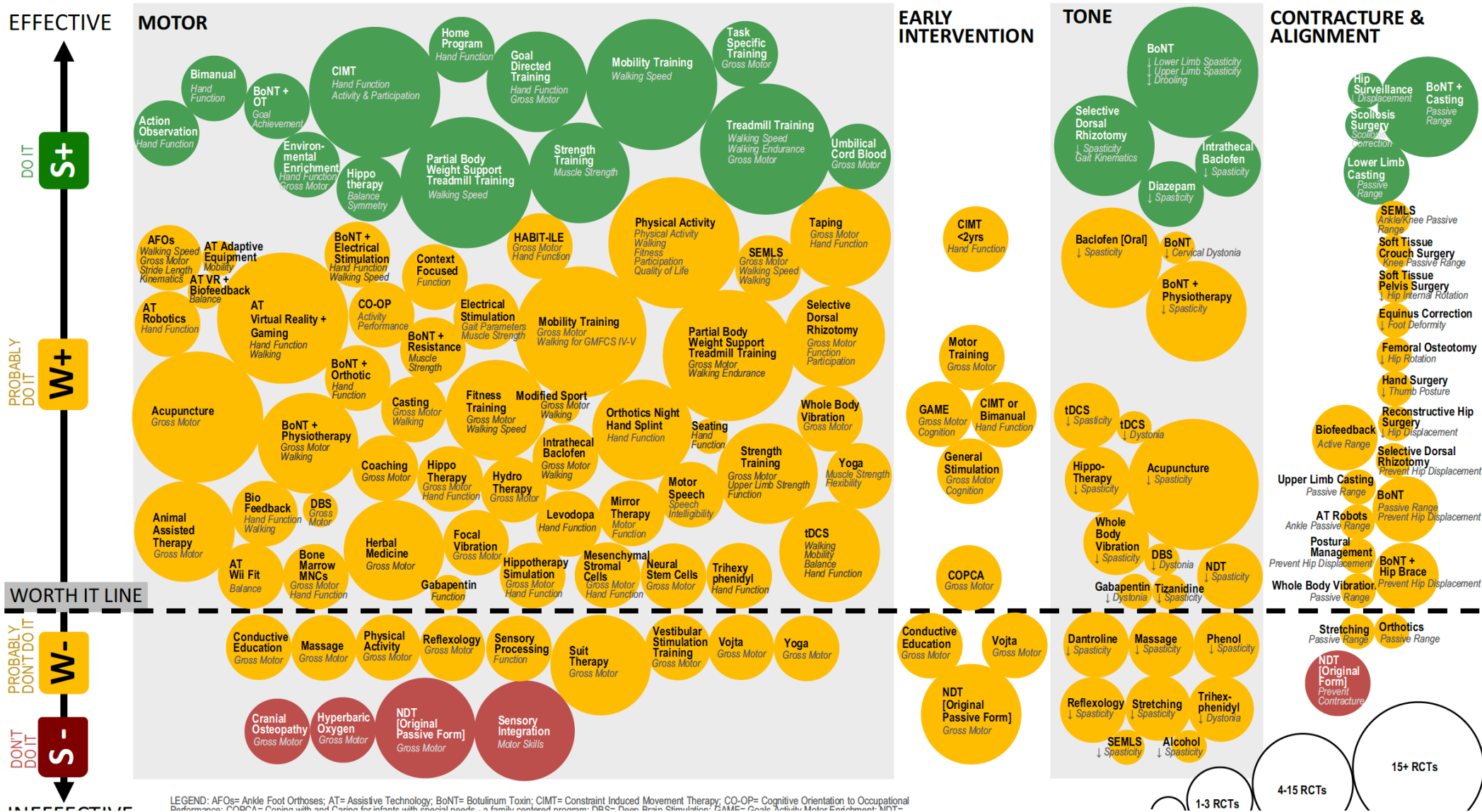




Check for updates

# State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy

Iona Novak<sup>1</sup> · Catherine Morgan<sup>1</sup> · Michael Fahey<sup>2,3</sup> · Megan Finch-Edmondson<sup>1</sup> · Claire Galea<sup>1,4</sup> · Ashleigh Hines<sup>1</sup> · Katherine Langdon<sup>5</sup> · Maria Mc Namara<sup>1</sup> · Madison CB Paton<sup>1</sup> · Himanshu Popat<sup>1,4</sup> · Benjamin Shore<sup>6</sup> · Amanda Khamis<sup>1</sup> · Emma Stanton<sup>1</sup> · Olivia P Finemore<sup>1</sup> · Alice Tricks<sup>1</sup> · Anna te Velde<sup>1</sup> · Leigha Dark<sup>7</sup> · Natalie Morton<sup>8,9</sup> · Nadia Badawi<sup>1,4</sup>



¿CUALES SERIAN TUS RAZONES PARA UTILIZAR UN ENFOQUE BASADO EN OBJETIVOS?



# 5 razones para establecer objetivos

- Dirección
- Medir cambio (progreso)
- Enfoque
- Responsabilidad, evitar dilación
- Motivación

CENTRADO EN EL PACIENTE/FAMILIA

VS

CENTRADO EN LA ENFERMEDAD

# RAZONES PARA PONER OBJETIVOS CENTRADO EN EL PACIENTE

- Establecimiento de OBJETIVOS:
  - Es un proceso de discusión y negociación
  - En el que el paciente (familia) y el equipo tratante determinan las prioridades principales para el individuo
  - Acuerdan los diferentes niveles de desempeño que el paciente podrá lograr en las actividades específicas dentro de un período de tiempo determinado

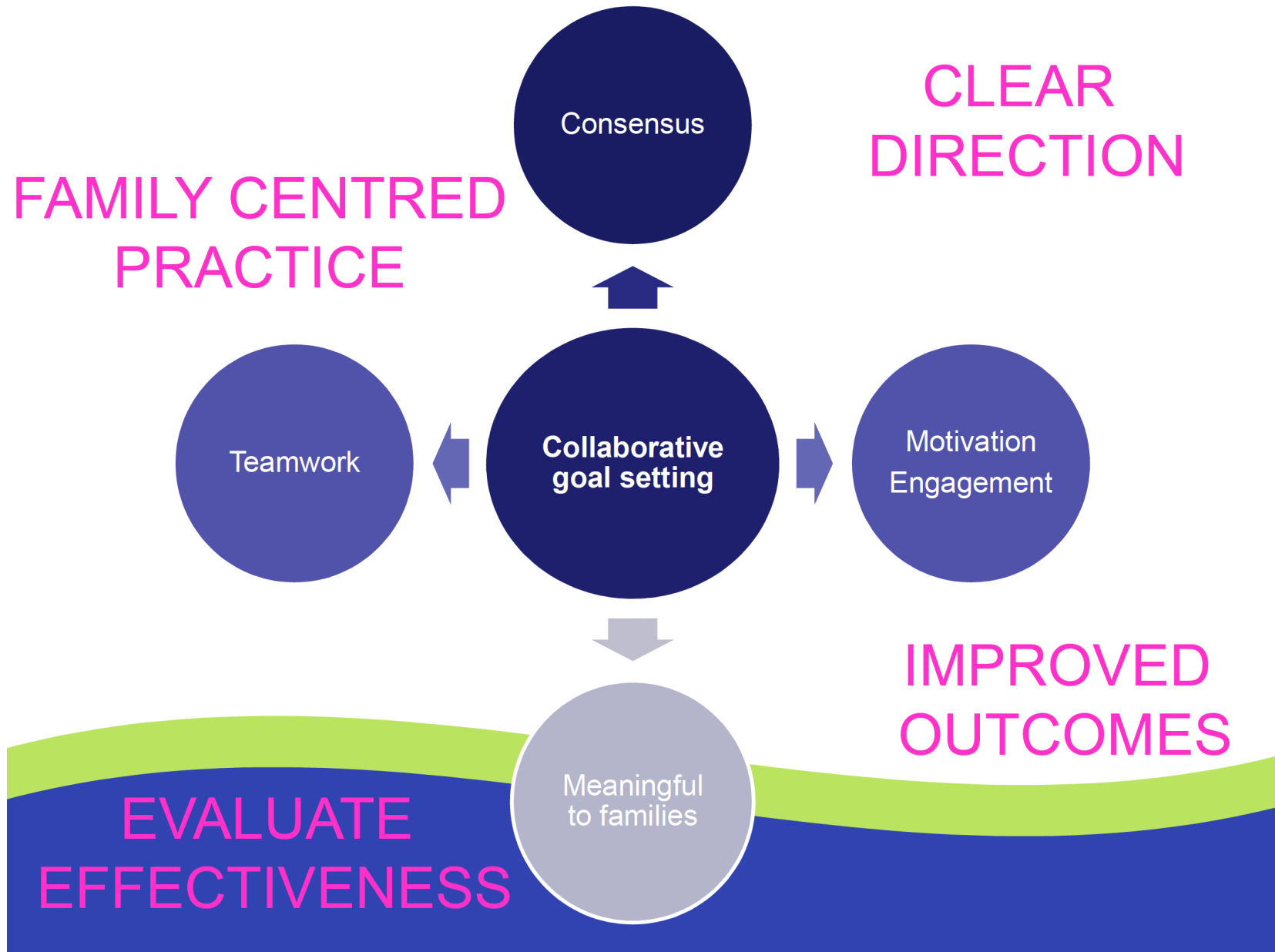
# Cuidado centrado en el paciente/familia

“cuidado que es respetuoso de las preferencias, necesidades, y valores individuales del paciente, y asegura que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas”. Este es uno de los objetivos mas importantes para mejorar la calidad de cuidado médico.

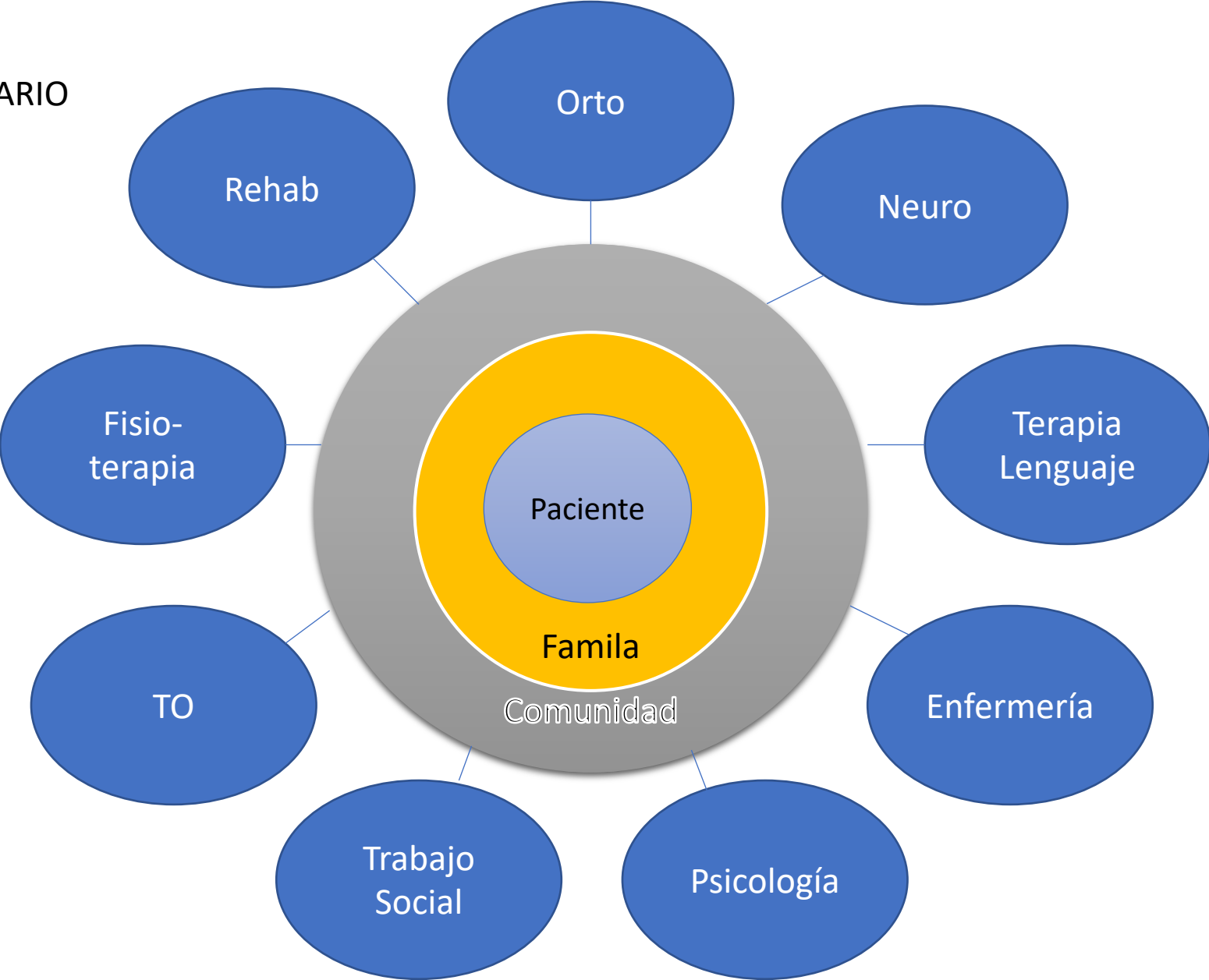
USA Institute of Medicine  
Washington, dc: National academy press; 2001

En muchos países “Resultados Reportados por el Paciente (PRO en inglés)” son un requisito para comisionar y pagar tratamientos médicos.

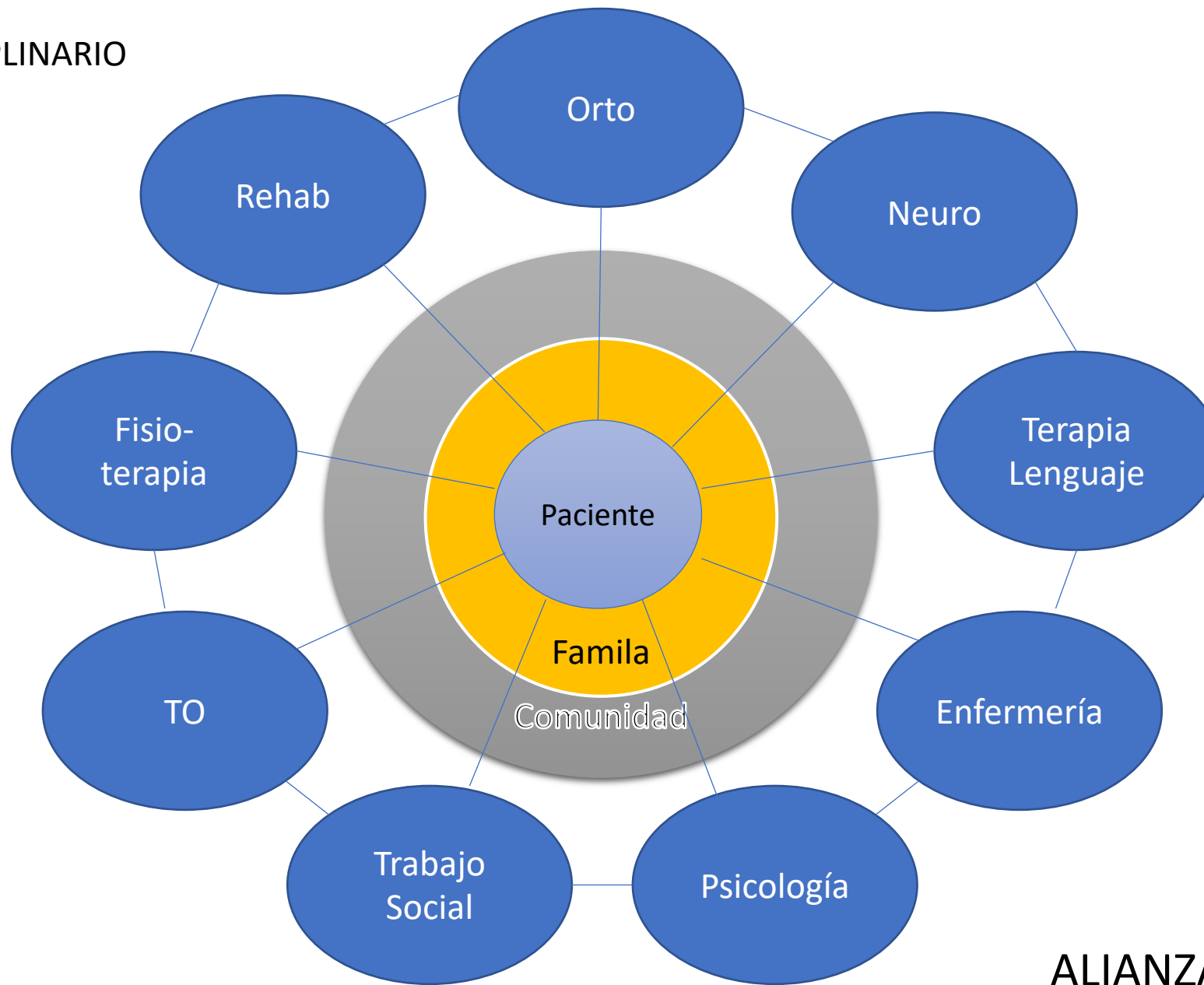
1. Value health 2012;15:401-3.
2. BMJ 2010;340:c2921



TND REQUIEREN DE EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO



# EQUIPO INTERDISCIPLINARIO



ALIANZA TERAPEUTICA

# TRES COMPONENTES DE LA ALIANZA TERAPEUTICA

## ALIANZA TERAPEUTICA



```
graph LR; A[ALIANZA TERAPEUTICA] --- B[Acuerdo entre los profesionales de la salud y paciente/familia sobre metas]; A --- C[Acuerdo entre los profesionales de la salud y paciente/familia sobre intervenciones]; A --- D[La union/sinergia entre el equipo de profesionales de la salud y paciente/familia];
```

Acuerdo entre los profesionales de la salud y paciente/familia sobre **metas**

Acuerdo entre los profesionales de la salud y paciente/familia sobre **intervenciones**

La union/sinergia entre el equipo de profesionales de la salud y paciente/familia

# **Entre mas fuerte es la Alianza Terapéutica y la involucración del paciente, mejores resultados de salud**

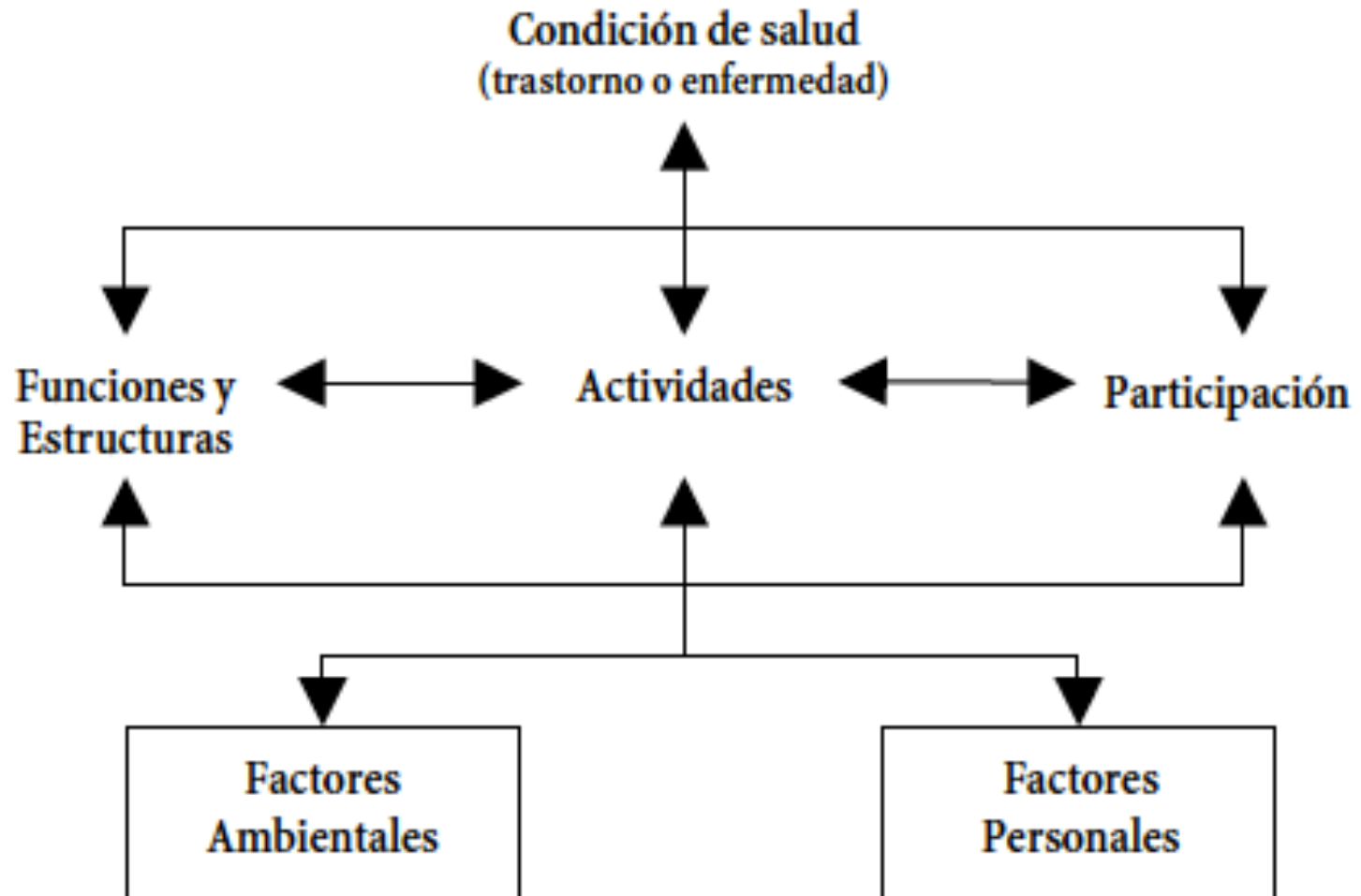
Martin dJ, Garske JP, Davis MK. relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 2000;68:438-50.

Schonberger M, Humle F, Teasdale TW. subjective outcome of brain injury rehabilitation in relation to the therapeutic working alliance, client compliance and awareness. Brain Inj 2006;20:1271-82.

Flink M, Bertilsson AS, Johansson U, Guidetti S, Tham K, Von Koch I. training in client-centeredness enhances occupational therapist documentation on goal setting and client participation in goal setting in the medical records of people with stroke. Clin Rehabil 2016;30:1200-10.

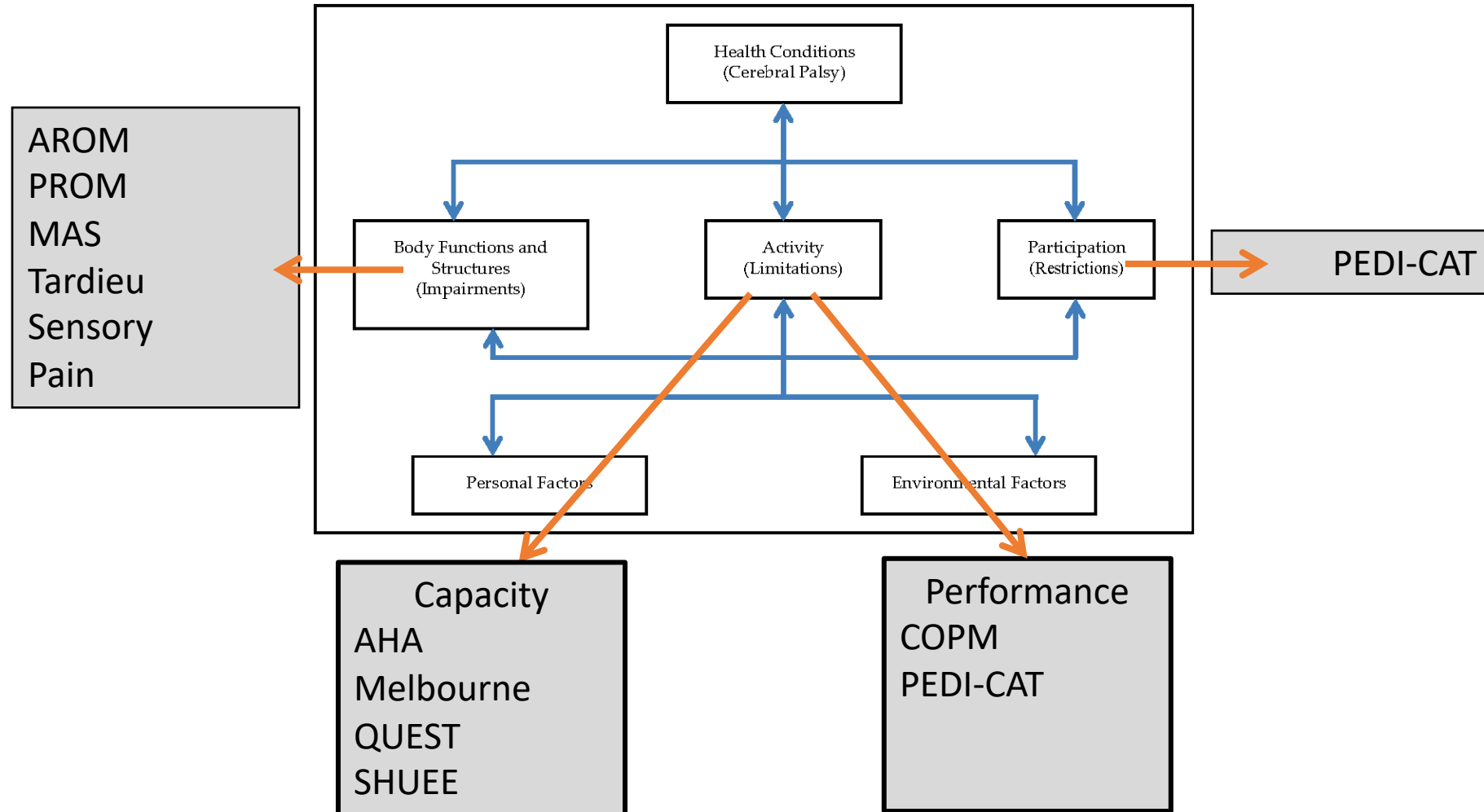
CLASIFICACION INTERNACIONAL DE FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

CIF

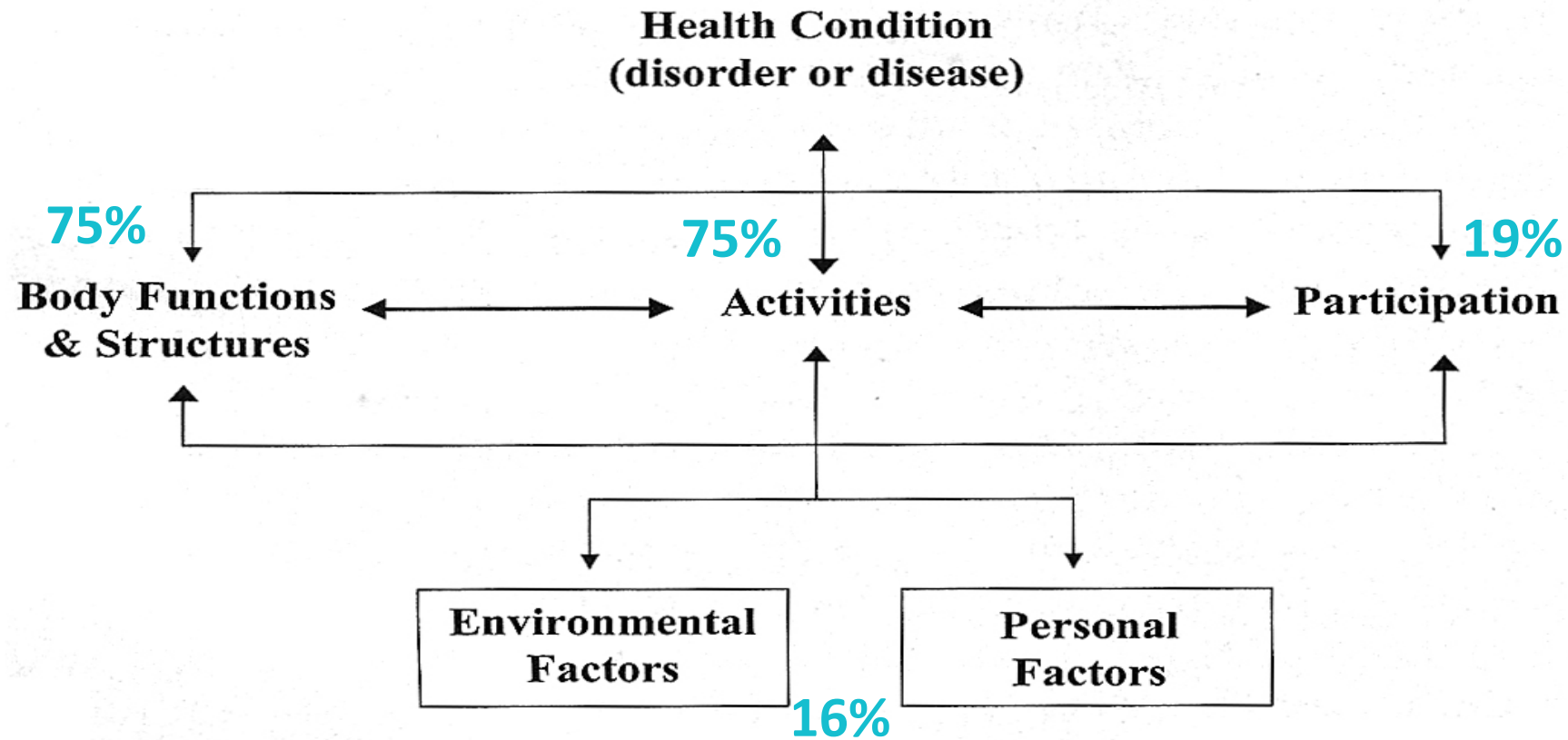


# LA CIF EN EL DIAGNOSTICO Y VALORACION DEL PACIENTE

# Evaluaciones en la CIF



# Revisión sistemática de medidas de resultado en estudios usando BoNT 2001-2007



## Baird & Vargus-Adams 2010

- 63 studies (2001- 2007) analysed; 101 distinct outcome measures identified
- Only 8 studies provided Class I evidence

# Caso Clínico

- F 6+7 años de edad, referida por marcha en puntas persistente bilateral
  - Antecedente de ser prematura
  - Caminó en puntas desde inicio de ambulación a los 14 m de edad
  - Se queja frecuentemente de dolor nocturno en ambos miembros inferiores, especialmente después de tener un día con mucha actividad
  - No tiene limitaciones en sus actividades
  - Buen desempeño escolar, en clases normales
  - No tiene problemas urinarios ni gastro-intestinales
- **Hx perinatal:** HT materna, parto por cesárea de emergencia a las 33 semanas de gestación debido a desaceleraciones cardíacas fetales
  - Peso 3 lbs. Ventilada en UCIN x 6 semanas
  - **Desarrollo:** primeras palabras a 12 meses, caminó a los 14 m, control esfínteres a los 3 años de edad
  - **HX médica:** asma
  - **HX familiar:** no marcha en puntas

# Exploración Física

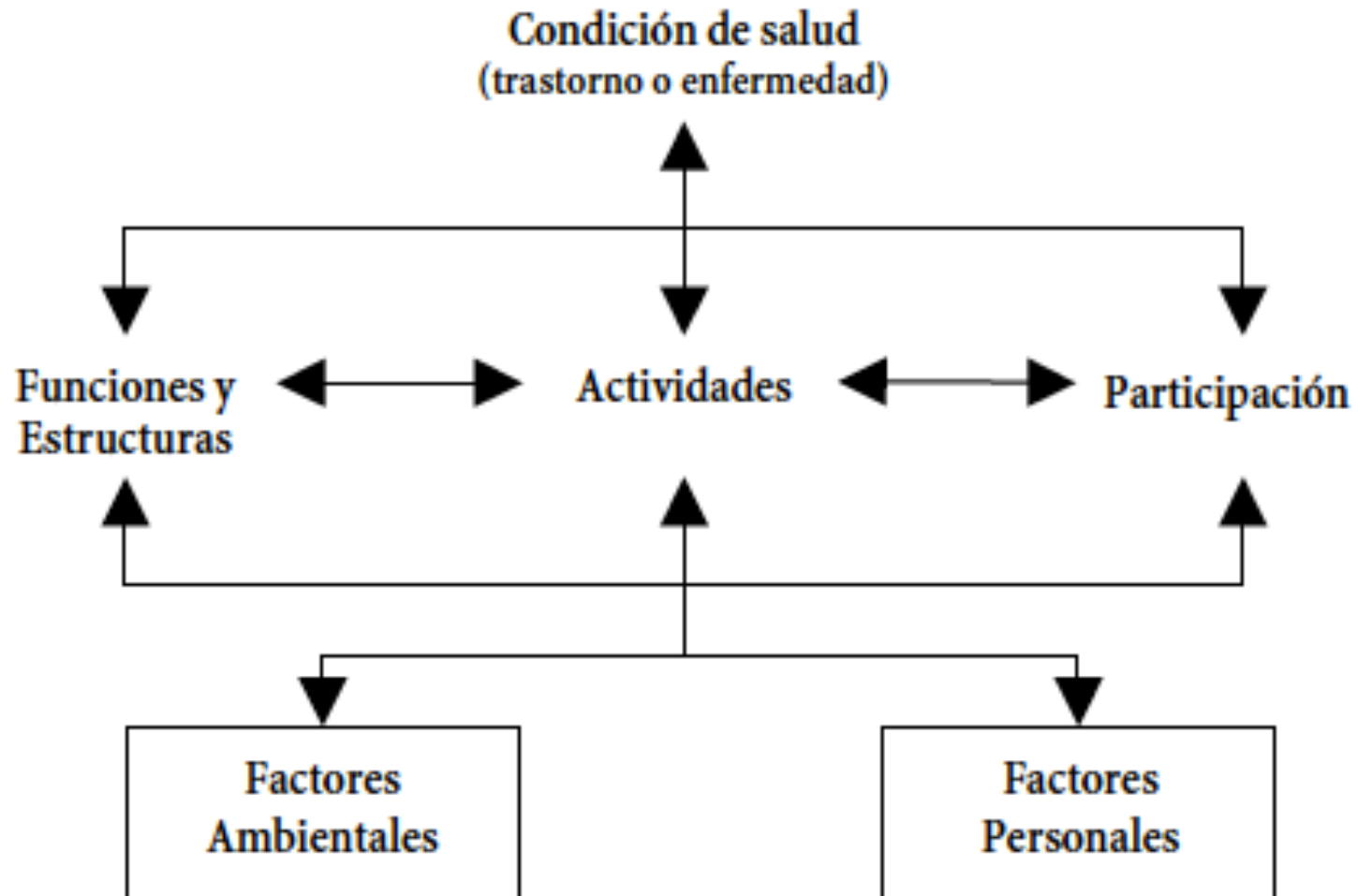
- Muy sociable e inteligente
- No disartria
- Contractura fija bilateral en flexores de la rodilla y tobillo (RMP a penas pasa ángulo neutral)
- No evidencia de disrafismo espinal
- Masa muscular en EI esta reducido bilateralmente
- Espasticidad con signo de navaja en flexores de rodilla y tobillo
- Debilidad mínima
- Coordinación normal
- Reflejos tendinosos profundos: 2+ ESs, 3+ patela, 4+ tobillos
- Babinski presente bilateralmente



¿Qué nos falta?

## CLASIFICACION INTERNACIONAL DE FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

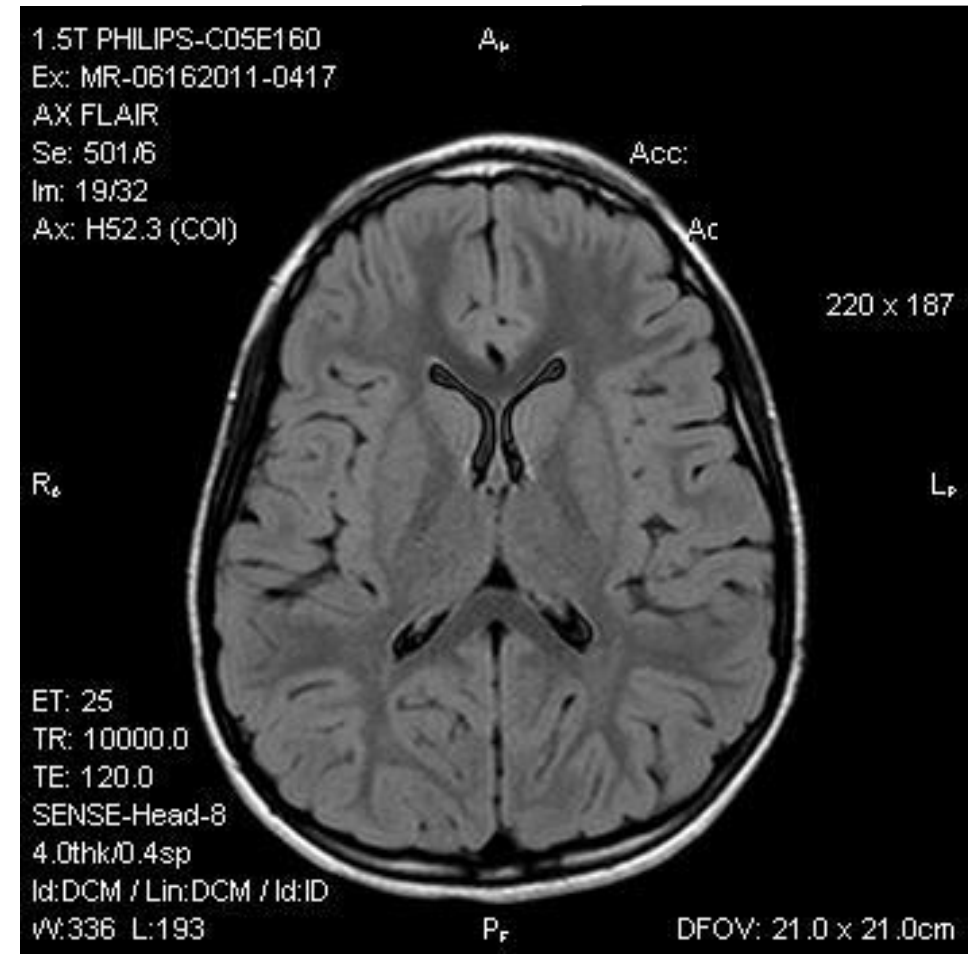
### CIF



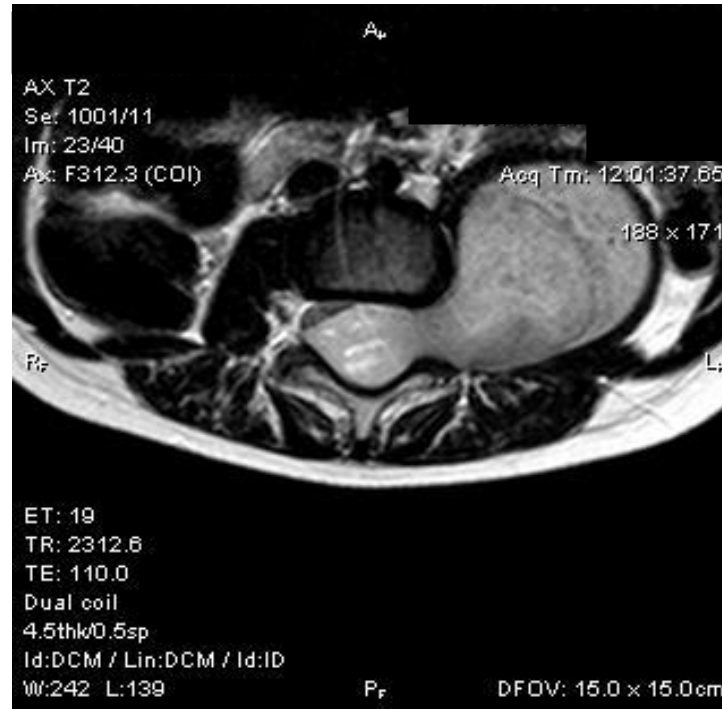
# Se perdió seguimiento y regresó 1 año después

- Nunca la llevaron a tomarse el IRM solicitado
- Todavía se queja de dolor en las piernas todos los días
  - Dolor mejoró con baclofeno
- Caídas mas frecuentes
- RMP en tobillos se conserva (+10 izq y +15 grados derecho)

- IRM cerebro... finalmente



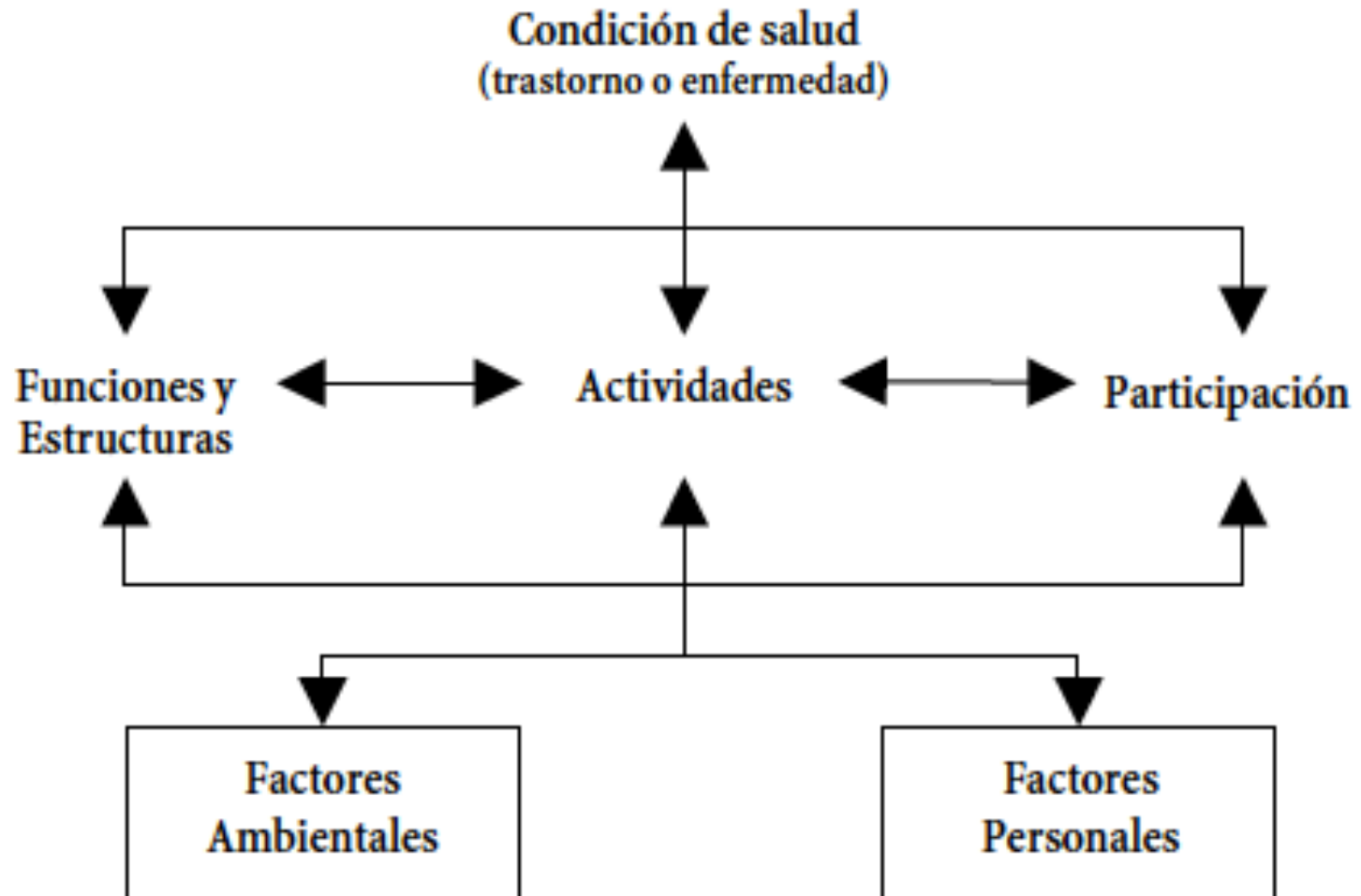
# IRM espina dorsal



- Tumor espinal extradural involucrando la cauda equina
- Se refiere a neurocirugía para su resección
  - Ganglioneuroblastoma

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

CIF



# LA CIF EN EL MANEJO DEL PACIENTE

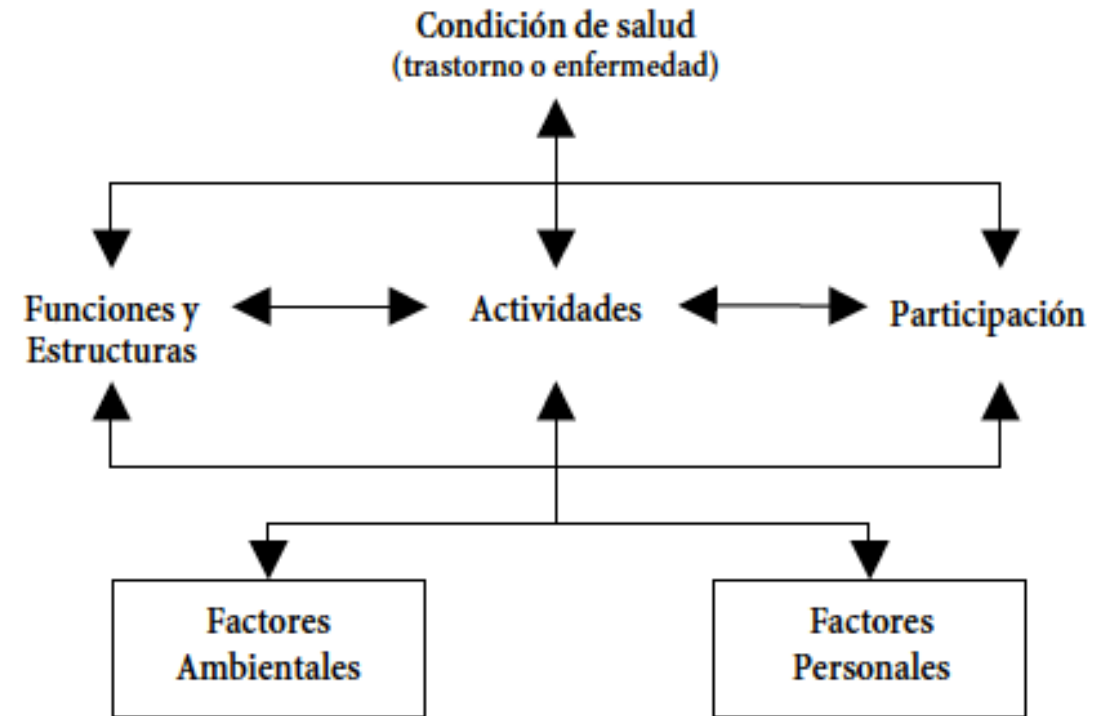


# CLASIFICACION INTERNACIONAL DE FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

## CIF

Papás:

“Nos gustaría que no se tropieze tanto para que pueda jugar con sus amigas en el recreo”

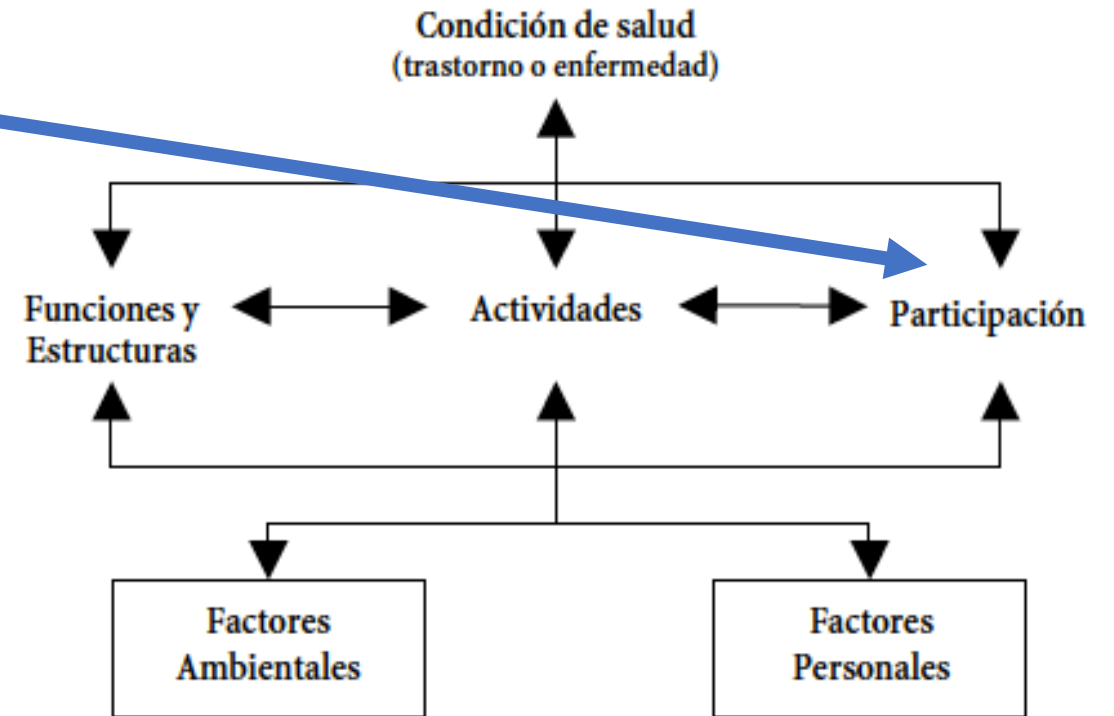


# CLASIFICACION INTERNACIONAL DE FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

## CIF

Papás:

“Nos gustaría que no se tropieze tanto para que pueda jugar con sus amigas en el recreo”



# CLASIFICACION INTERNACIONAL DE FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

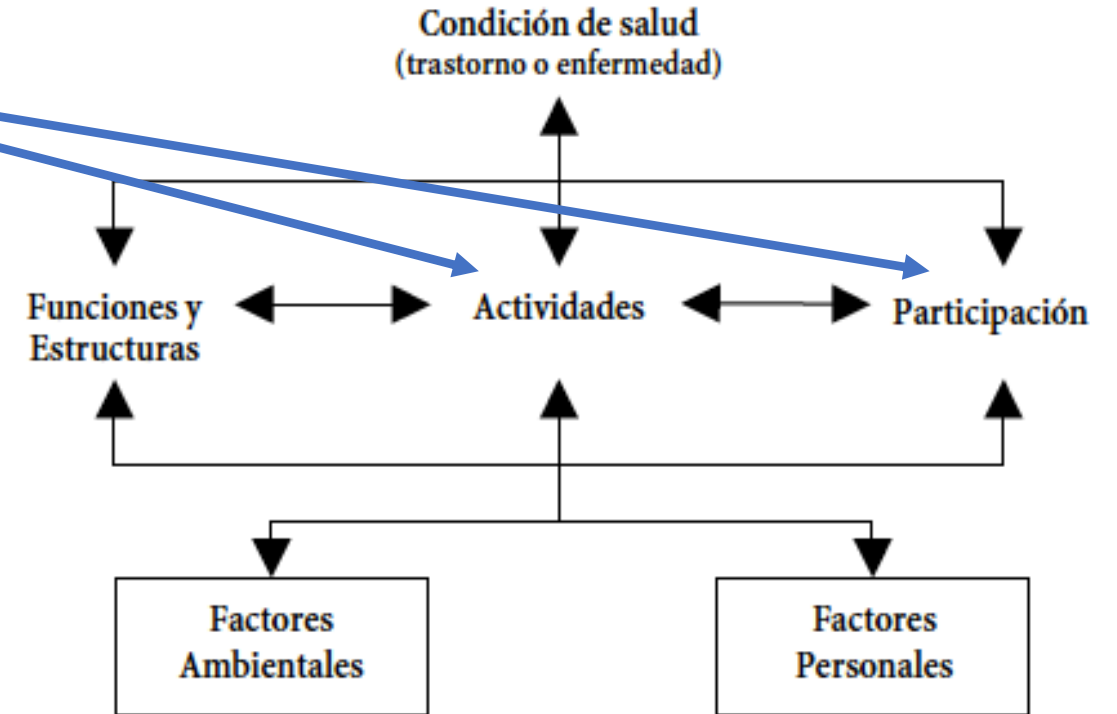
## CIF

Papás:

“Nos gustaría que no se tropieze tanto para que pueda jugar con sus amigas en el recreo”

Equipo:

Cuántas veces se tropieza al día?



# CLASIFICACION INTERNACIONAL DE FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

## CIF

Papás:

“Nos gustaría que no se tropieze tanto para que pueda jugar con sus amigas en el recreo”

Equipo tratante:

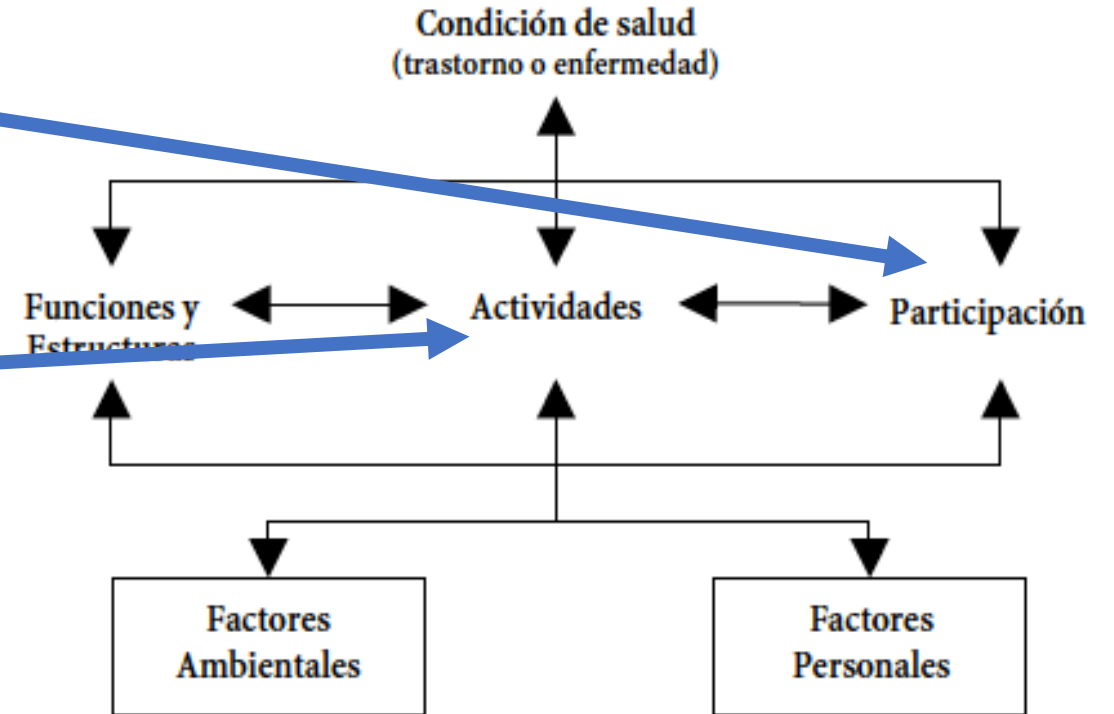
“Cuantas veces se tropieza al día?”

Equipo tratante:

Espasticidad en GS derecho

Espasticidad en GS and TP izquierdo

Debilidad (MMT=2) DF de tobillos



# CLASIFICACION INTERNACIONAL DE FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

## CIF

Papás:

“Nos gustaría que no se tropieze tanto para que pueda jugar con sus amigas en el recreo”

Equipo tratante:

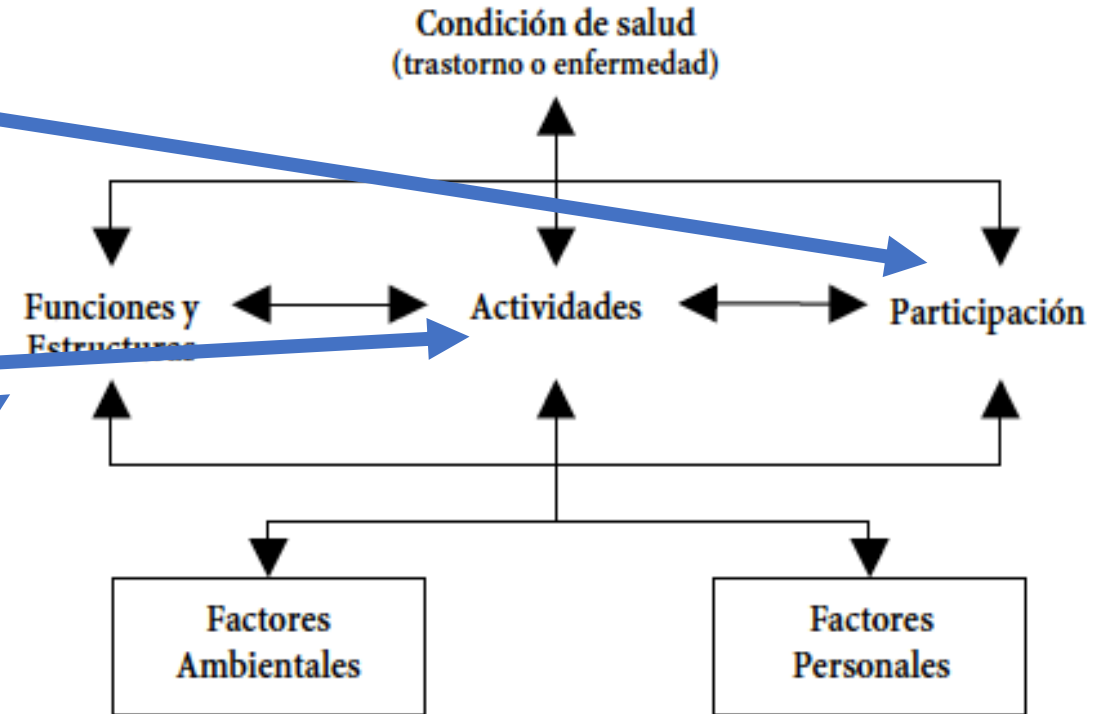
“Cuantas veces se tropieza al día?”

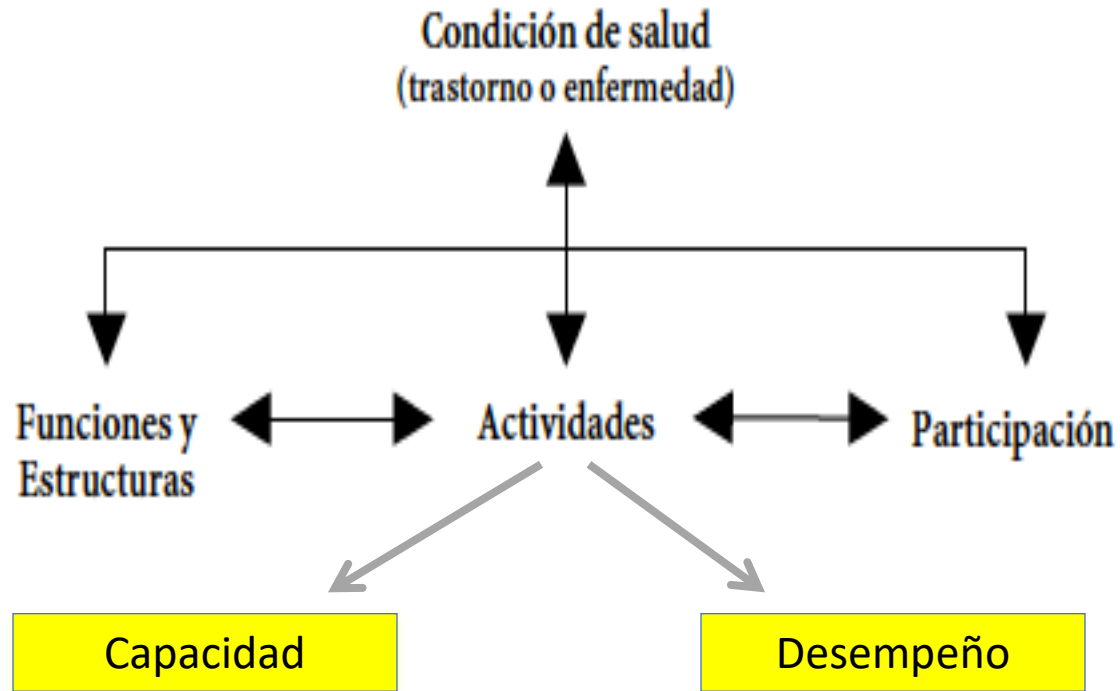
Equipo tratante:

Espasticidad en GS derecho

Espasticidad en GS and TP izquierdo

Debilidad (MMT=2) DF de tobillos

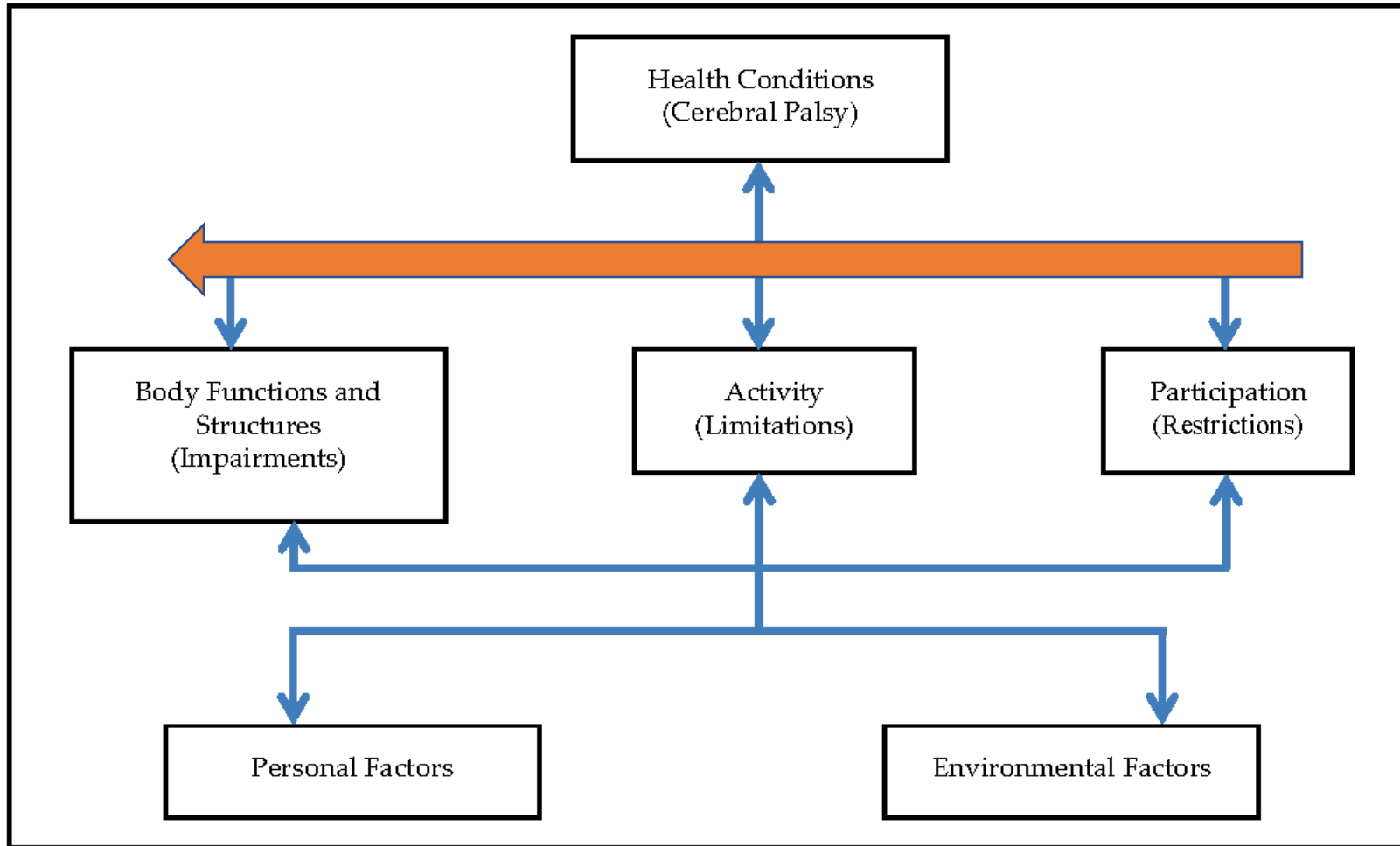




Habilidad para ejecutar una tarea al nivel más alto posible de funcionamiento en un ambiente estandarizado.

Realización de tareas en un entorno real

# Abordaje de derecho a izquierda usando la CIF



# ¿Qué nos falta?

## CLASIFICACION INTERNACIONAL DE FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

### CIF

Papás:

“Nos gustaría que no se tropieze tanto para que pueda jugar con sus amigas en el recreo”

Equipo tratante:

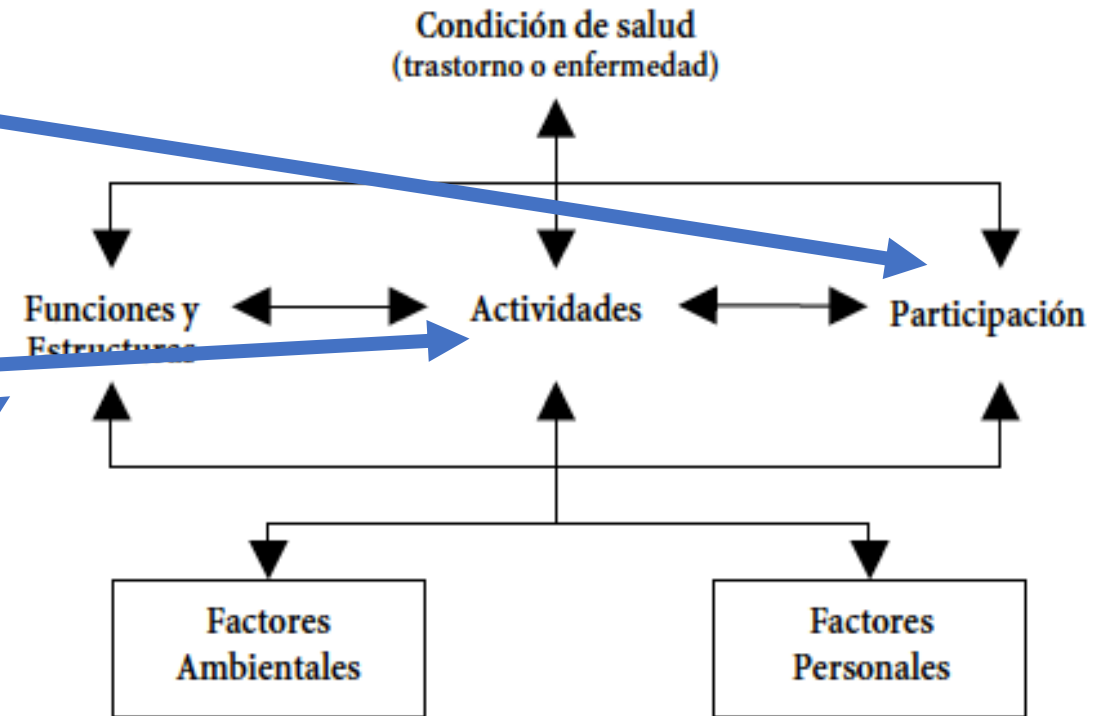
“Cuantas veces se tropieza al día?”

Equipo tratante:

Espasticidad en GS derecho

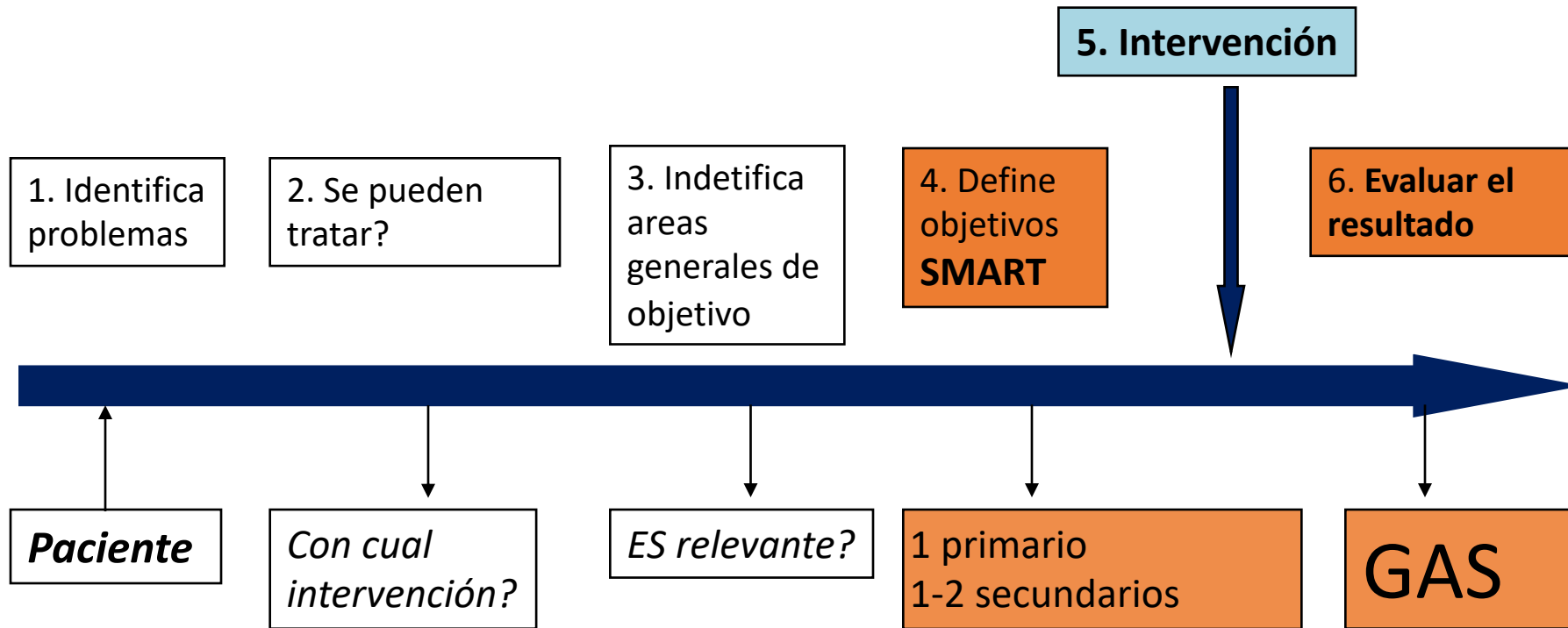
Espasticidad en GS and TP izquierdo

Debilidad (MMT=2) DF de tobillos



# Caso clínico del Dr. Raúl Díaz González Santibañez

# Establecimiento de objetivos y niveles de logro



## Establecer metas con paciente/familia

Componente central del proceso de de neurorehabilitación  
Deben ser establecidas antes de iniciar cualquier tratamiento

## Metas SMART

(Specific, measurable, achievable, realistic, timely)  
(Específicas, medibles, alcanzables, relevantes, en un tiempo determinado)

## Seleccionar metas de acuerdo a GMFCS

Ambulatorio (GMFCS I-III): mejorar marcha, disminuir caídas, mejorar tolerancia de ortosis, retrasar o prevenir cirugía ortopédica

No-ambulatorio (GMFCS IV-V): mejorar cuidado e higiene, mejorar postura, reducir dolor

# Objetivos SMART



# SMART = Specific: Active vs Passive Goals

Domains	Sub-domains
Active Function	Reaching
	Grasp and Release
	Use of limb as “helping hand” to stabilise
	Involve affected arm more in daily activities
Passive Function	Overall ease of care
	Hygiene
	Dressing
	Improve range of movement
	Donning/wearing splints
Pain	Pain
Others	

**\*\*\*\*Determine materials that will be used and the environment**

# SMART = Measureable

- Examples:
  - ROM
  - Performance - VAS
  - Independence level
  - Duration
  - Frequency
  - Speed
  - Progression of hand function

# SMART = Attainable

MACS levels, current function

Active or Passive  
Goals

Typically Passive  
Goals

Level I  
Handles objects easily and successfully

Level II  
Handles most objects but with  
somewhat reduced quality and/or  
speed of achievement

Level III  
Handles objects with difficulty, needs  
help to prepare and/or modify activities

Level IV  
Handles a limited selection of easily  
manage objects in adapted situations,  
requires continuous support

Level V  
Does not handle objects and has  
severely limited ability to perform even  
simple actions

# SMART = Relevant

- To the patient/family's goals
  - Is it meaningful?
- To the overall plan of care and intervention plan



# SMART **T** = Time Bound

- Identify the time frame for the goal
  - Examples:
    - 6 weeks
    - 3 months
    - 6 months



# Ejemplo de un objetivo SMART

- Mamá de María:
  - “Quiero que mi hija camine mejor”
- Es un objetivo SMART?

# “Caminar mejor” NO es un objetivo SMART

¿Que exactamente queremos que sea mejor sobre su march?

- Que pueda caminar distancias mas largas
- Que mejore la longitud de sus pasos
- Que camine mas rápido
- Que tenga mejor equilibrio
- Que se tropieze menos
- Que se caiga menos
- Que no use su andador tanto
- Que pueda caminar en una variedad de superficies

“QUE CAMINE MAS RAPIDO” NO ES UN OBJETIVO SMART

- ¿Cual sería?

Que camine independientemente de su salón a la cafetería en  
2 minutos en 2 meses

¿ALGUN OTRO EJEMPLO?

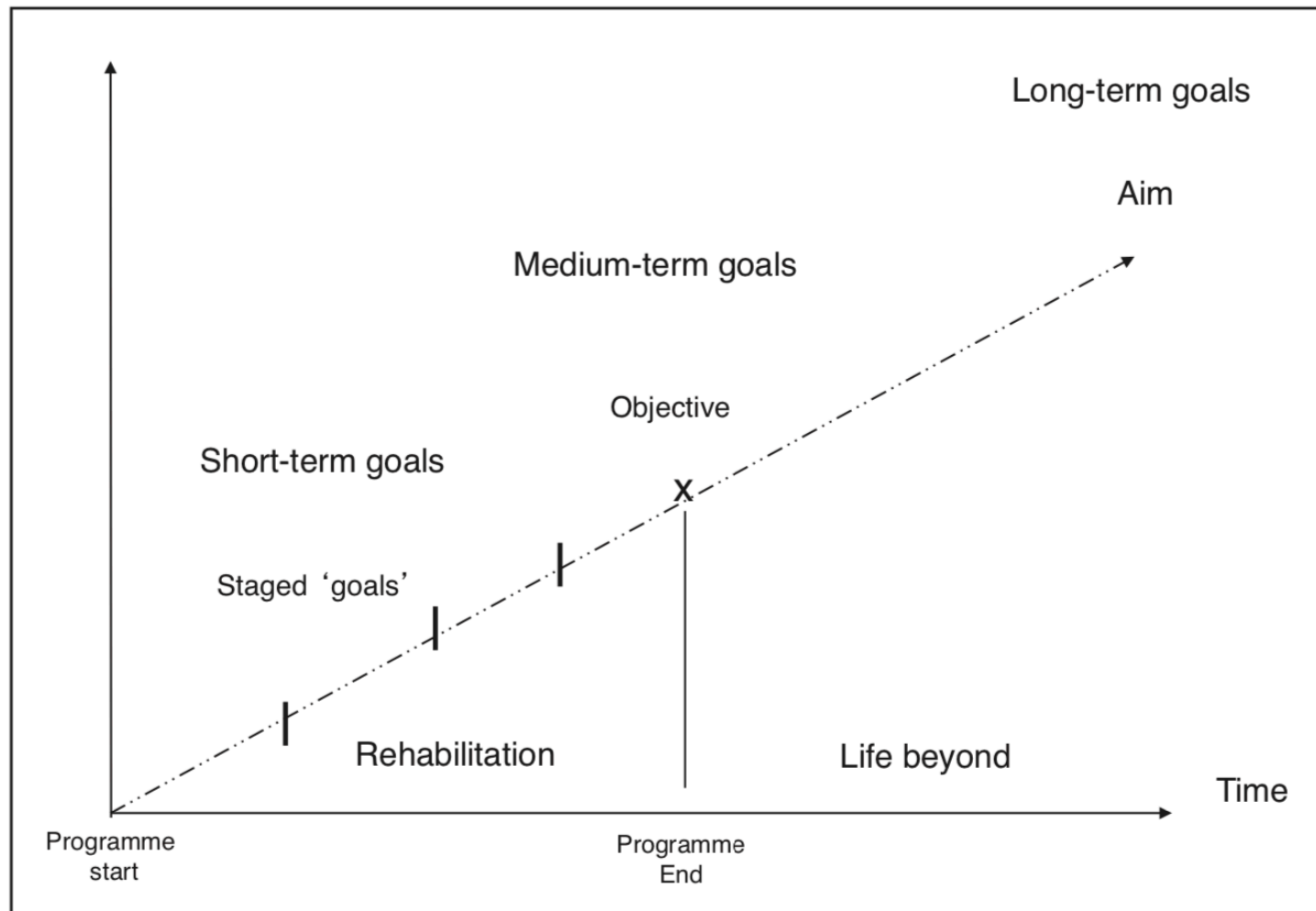


Figure 1.—Long-term goal setting. Long-term goals may reflect the patient’s general aims or “life goals” that are typically beyond the immediate program of treatment. Medium-term goals may reflect the specific objectives for the intended outcome of the program; while short-term goals reflect the staged goals or milestones that must be achieved *en route* to meeting the objective.

# GOAL ATTAINMENT SCALING (GAS) (ESCALA DE LOGRO DE OBJETIVOS)

- Método estructurado de cuantificación y valoración de logro de objetivos individualizados
- Proceso de 5 pasos
- Escala de 5 puntos

# GAS.- 5 PASOS

1. IDENTIFICACION DE OBJETIVOS
2. SOPESAR LOS OBJETIVOS
3. DEFINIR POSIBLES RESULTADOS
4. MARCACION DE LINEA DE BASE
5. MARCACION DE RESULTADO

# GAS: SOPESAR OBJETIVOS

<b>Importancia para el paciente/familia</b>		<b>Dificultad Profesional de la salud</b>	
<b>Nada</b>	<b>0</b>	<b>Nada</b>	<b>0</b>
<b>Poca</b>	<b>1</b>	<b>Poca</b>	<b>1</b>
<b>Moderada</b>	<b>2</b>	<b>Moderada</b>	<b>2</b>
<b>Muy</b>	<b>3</b>	<b>Muy</b>	<b>3</b>

# GAS: 5 puntos de calificación

+2	Mucho mas que el resultado esperado (factor “Wow”)
+1	Algo mas que el resultado esperado
0	Resultado esperado (Meta SMART)
-1	Algo menos que el resultado esperado (Función basal del paciente)
-2	Mucho menos que el resultado esperado (representa posible deterioro)

DEFINIR POSIBLES RESULTADO: Mejorar tolerancia de AFO  
(Actualmente: Tolera férula “<2 horas/ día”)

+2 = Mucho mas que el resultado esperado

Tolera AFO >8 horas/día

+1 = Algo mas que el resultado esperado

Tolera AFO >6 a <8 horas/día

0 = Resultado esperado:

Tolera AFO >4 a <6 horas/día

-1 = Algo menos que el resultado esperado

Tolera AFO >2 a <4 horas/día

-2 = Mucho menos que el resultado esperado

Tolera AFO <2 horas al día

# Presentación de caso



- 8 a/F
- PC
  - Unilateral: hemi D
  - GMFCS I
  - MACS III
  - MAS 2 flexores codo, 3 flexores muñeca

# GAS (Usar el tenedor mejor y ser mas independiente)

- (+2 ) La tarea es hecha efectivamente con un tenedor, con velocidad normal con alineamiento normal de todas las partes del cuerpo (neutral torax superior-neutral antebrazo durante flexion a extension del codo con muñeca en dorsiflexion)
- (+1) Puede efectivamente agarrar el tenedor aunque mas lento y/o con movimiento compensatorio (Lo puede agarrar y colocar en la comida, y mantener el tenedor durante la tarea)
- (0) Puede efectivamente agarrar el tenedor modificado (Lo puede poner en la comida y mantenerlo en su mano durante la tarea de comer)
- (-1) No puede usar el tenedor modificado efectivamente (Agarra el tender con debilidad, necesita asistencia para poner el tenedor en la comida, se le cae el tenedor de la mano muchas veces durante la tarea de comer)
- (-2) No puede agarrar el tenedor modificado

# Presentación de caso

Pre-tratamiento



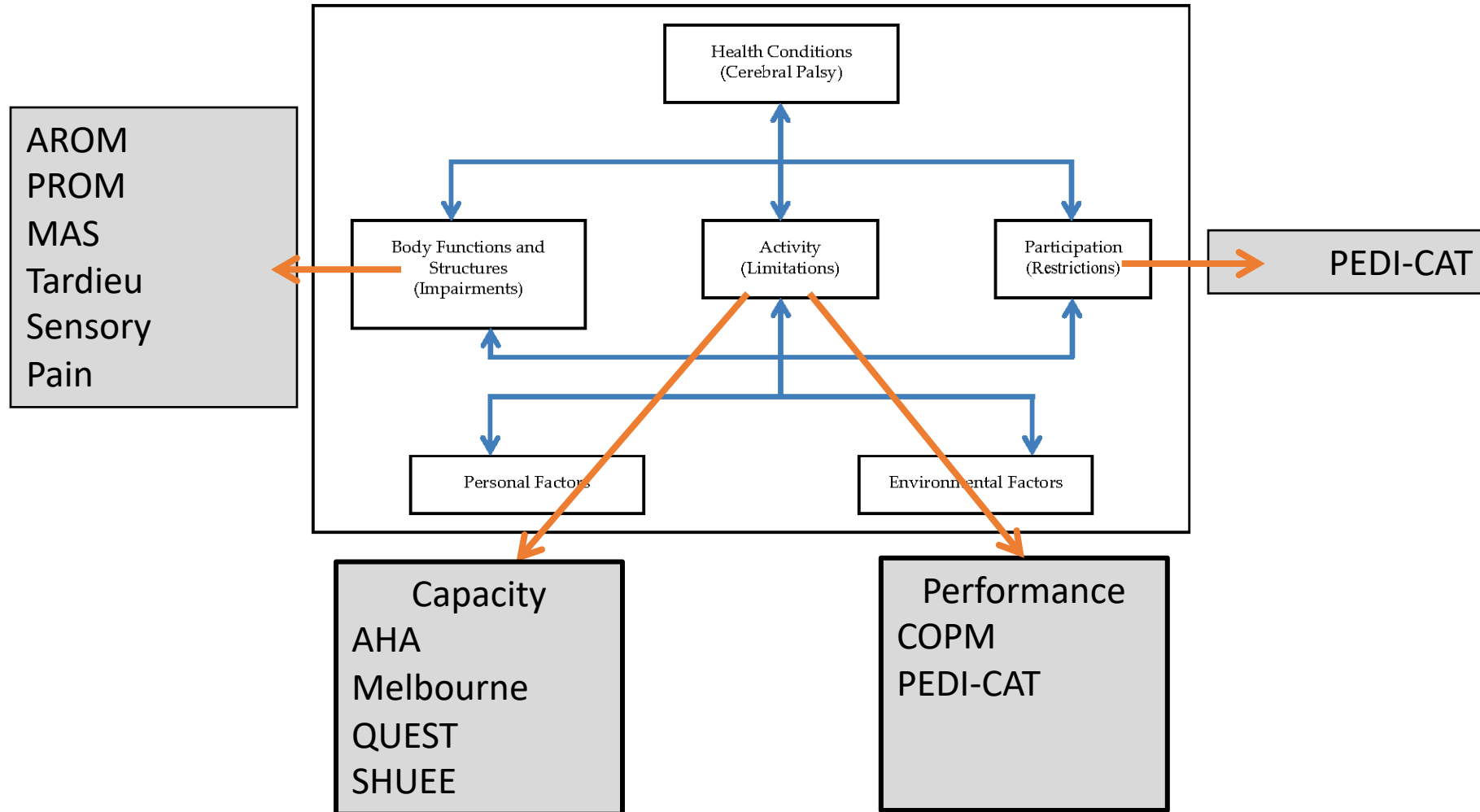
Post-tratamiento



# GAS (Usar el tenedor)

- (+2 ) La tarea es hecha efectivamente con un tenedor, con velocidad normal con alineamiento normal de todas las partes del cuerpo (neutral torax superior-neutral antebrazo durante flexion a extension del codo con muñeca en dorsiflexion)
- (+1) Puede efectivamente agarrar el tenedor aunque mas lento y/o con movimiento compensatorio (Lo puede agarrar y colocar en la comida, y mantener el tenedor durante la tarea)
- (0) Puede efectivamente agarrar el tenedor modificado (Lo puede poner en la comida y mantenerlo en su mano durante la tarea de comer)
- (-1) No puede usar el tenedor modificado efectivamente (Agarra el tender con debilidad, necesita asistencia para poner el tenedor en la comida, se le cae el tenedor de la mano muchas veces durante la tarea de comer)
- (-2) No puede agarrar el tenedor modificado

# Evaluaciones en la CIF



GAS – Puede usarse en todos los dominios

# Caso clínico del Dr. Raúl Díaz González Santibañez

# GAS

Sopeso de objetivos, puntajes de resultados:

<b>Objetivos</b>	<b>Importance</b>	<b>Difficulty</b>	<b>Outcome Score</b>
<b>Reducir dolor en la escala FPS 4/10</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>Disminu�r frecuencia de tropiezo a 5-10 veces/día</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>-1</b>
<b>Tolerar férula AFO 4-6 horas/día</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>+1</b>

# GAS

Sopeso de objetivos, puntajes de resultados:

Objetivos	Importance	Difficulty	Outcome Score
Reducir dolor en la escala FPS 4/10	3	3	0
Disminuir frecuencia de tropiezo a 5-10 veces/día	2	3	-1
Tolerar férula AFO 4-6 horas/día	2	2	+1

$$= 50 + \frac{10 \sum(w_i x_i)}{[(1-\rho) \sum w_i^2 + \rho(\sum w_i)^2]^{1/2}}$$

PUNTAJE T=48.6