

1. Conceptos

2. Entrevista clínica

- Recogida de datos
- Exploración del paciente
 - Historia social
 - Historia psicológica
 - Historia vocacional
 - Exploración física

3. Exploración clínica y valoración fisioterapéutica

- Examen analítico
 - Valoración analítica articular
 - Valoración muscular
- Examen funcional
 - Funciones básicas
 - Miembro superior
 - Miembro inferior
 - Cabeza y raquis
 - Valoración funcional articular
 - Valoración de piel y tejidos subyacentes
- Examen subjetivo

4. Historia de Fisioterapia

- Concepto
- Objetivos
- Composición
 - Datos personales y clínicos
 - Registro de actividades

5. Problemas y plan de actuación

- Concepto de problema
- Concepto de plan de actuación

1. CONCEPTOS

Desde el momento en que el paciente acude al fisioterapeuta comienza la intervención asistencial al mismo. Antes de iniciar una terapia nueva, el fisioterapeuta debe tomar conocimiento del diagnóstico y las indicaciones médicas, para proceder posteriormente al examen clínico del paciente. Este examen no tiene finalidad diagnóstica alguna, pero el fisioterapeuta establecerá la modalidad exacta y adecuada de tratamiento, gracias al correcto conocimiento del paciente y su patología. La correcta, sistemática y completa valoración, permitirá adoptar medidas preventivas, recuperadoras o reeducadoras, de forma acertada, impidiendo asimismo los tratamientos innecesarios o carentes de objetivos definidos o posibles.

El control regular de todo lo observado por el fisioterapeuta permitirá posteriormente controlar y comparar los progresos, modificar aspectos del tratamiento y transmitir los datos a cualquier otro profesional que los requiera.

Tanto si en la exploración se realiza una valoración analítica, como una valoración funcional, éstas deben en lo posible atenerse a escalas valorativas, lo que permite contar con instrumentos interprofesionales e interdisciplinarios.

2. ENTREVISTA CLÍNICA

En la primera sesión, el fisioterapeuta realiza una valoración del paciente, junto a la recogida de datos. Tras la atenta lectura de la historia clínica del paciente (si está disponible, cosa no siempre posible), se realiza una revisión por sistemas, inquiriendo en cuestiones normalmente ya contestadas:

- Sistema nervioso: conciencia, estupor, vértigos, memoria, pensamiento...
- Sistema cardiovascular: disnea, ortopnea, dolor, claudicación, tos...
- Sistema respiratorio: tos, esputos, disnea, dolor torácico...
- Sistema musculoesquelético: dolor, deformidades, debilidad muscular, limitaciones, rigidez articular...
- Sistema excretor: incontinencia, sondajes...

Tras la comparación con los datos recogidos del paciente con los que refiere su historia o informe, se elabora una revisión del mismo que incluya los ítems que el fisioterapeuta crea adaptados al problema del paciente, podemos destacar como una exploración completa la que obtuviera datos acerca de:

Historia social	Historia psicológica
Datos iniciales o de identificación	Cambios tras la enfermedad
Filiación: nombre, dirección, sexo...	Tensión, estrés, labilidad emocional
Datos de la actividad laboral	Estado mental del paciente
Datos de la vivienda	Apariencia y conducta
Nivel de instrucción	Funciones intelectuales
Antecedentes personales y familiares de interés	Orientación
Fecha de demanda de los servicios	Nivel de conciencia y memoria
Grado de autonomía	Capacidad numérica
Situación familiar	Evaluación de la percepción
Situación laboral	Evaluación del lenguaje, comunic. y razonamiento
Medio y recursos donde vive: campo, ciudad	Valoración del estado afectivo
Problemas de salud de la familia	Compresión y ejecución de órdenes sencillas
Su rol anterior en la familia	Capacidad de juicio

Historia vocacional	Exploración física
Posibilidades laborales	Desviación de estructuras y funcionamiento org.
Trabajo que desempeñaba	Problemas secundarios
Conocimientos laborales	Capacidad residual
Otras habilidades	Valoración de piel, visión, sistemas, sensibilidad
Aficiones	Capacidad para comer, vestirse, higiene y marcha

3. EXPLORACIÓN CLÍNICA Y VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Todo examen general de un paciente y su valoración fisioterapéutica posterior constará con un apartado analítico, otro funcional y otro de carácter más subjetivo.

Examen analítico	Valoración analítica articular	Observación de la articulación
		Movilidad articular
		Cuantificación y cualificación de la movilidad
	Valoración muscular	Evaluación pasiva
Evaluación activa		
Examen funcional	Funciones básicas	
	Miembro superior	
	Miembro inferior	
	Cabeza y caquis	
	Valoración funcional articular	Coefficiente funcional de movilidad
	Valoración de piel y tejidos subyacentes	Examen visual
Palpación y movilización		
Examen subjetivo		

3.1. Examen analítico

El examen analítico constará al menos de examen de la estática, de la musculatura, de las articulaciones, de los trastornos tróficos y del sistema respiratorio.

Evaluaremos de forma analítica buscando signos que indiquen desviaciones de la estructura y de las funciones normales. Igualmente se buscarán signos que señalen problemas secundarios que no son necesariamente consecuencia de la enfermedad. Algunos pueden aparecer como resultado del tratamiento de la enfermedad o como consecuencia de la falta de las medidas de prevención adecuadas; se debe evaluar también la capacidad residual o parte de los sistemas no afectados, al menos directamente, por la enfermedad.

Valoración analítica articular

La articulación es una estructura situada profundamente en relación a los tejidos cutáneos, por ello su examen se realiza siempre a través de los tejidos suprayacentes (piel, bolsas serosas). La etapa preliminar será pues un examen del tejido cutáneo y subcutáneo correspondientes a la zona articular.

En la **observación de la articulación** se debe explorar en todos los planos del espacio y si es posible, comparativamente en las articulaciones vecinas y en los miembros homólogos. Se observa primeramente las actitudes espontáneas

de una articulación y su origen: malformaciones, patologías de la articulación o de las articulaciones vecinas, posturas antiálgicas o simple hábito.

En el caso de los miembros inferiores es conveniente practicar las observaciones tanto en decúbito supino como en bipedestación, observando diferencias de volumen con la zona o miembro contralateral y ver si el origen pueden ser edemas, hidartrosis, inflamación articular, etc.

La palpación de la articulación es un examen subjetivo. Se explora la interlínea articular, los pliegues cutáneos nos pueden ayudar a la correcta localización de la articulación y la interlínea. Una vez localizada, se exploran los movimientos de deslizamiento articular, las formaciones tendinosas y la cápsula articular. El ligamento se explora colocando este en una posición de tensión y se efectúa la palpación con un barrido mediante el dedo índice (el más rico en receptores táctiles) en sentido perpendicular a la dirección de las fibras a explorar.

La **movilidad articular** debe compararse con la movilidad pasiva del miembro contralateral y con los promedios de movilidad de la mayoría de los sujetos sanos. Se exploran movimientos de deslizamiento articular, rotaciones y compresión y decoaptación articular, según los grados de libertad de la articulación, con movilizaciones de escasa amplitud.

Se ha de evitar una postura que evite la puesta en tensión de estructuras musculares, articulares u óseas que nos dificulten o impidan la correcta movilización de la articulación, como es el caso de los músculos poliarticulares.

Posteriormente se exploran los movimientos correspondientes a los grados de libertad de la articulación. Estos son generalmente amplios y pueden ser sobre un mismo eje o plano o combinar varios de ellos.

La limitación parcial de la movilidad puede ser simétrica, que se corresponde a un sector angular medio libre, por ejemplo ni se hace la máxima flexión ni la extensión completa en la rodilla y suele ser consecuencia de hermartros, roturas meniscales y bursitis. La limitación asimétrica corresponde solo a un extremo del ángulo de movimiento, causado probablemente por lesiones capsulares, ligamentarias, cicatrices retráctiles o contracturas musculares.

Se ha de valorar igualmente el carácter temporal o permanente de las limitaciones de la movilidad (como en la artrosis) y la aparición de ruidos articulares.

Para valorar la **cuantificación y cualificación** de la movilidad, se miden distancias angulares entre las posiciones de un segmento. Se debe hacer también la medición contralateral, comenzando siempre por el lado sano. Para que la medida sea universal y reproducible por todos los fisioterapeutas, las medidas angulares siempre deben transcribirse con respecto a la posición de referencia anatómica.

Valoración analítica muscular

La valoración muscular comprende generalmente el examen de la motricidad voluntaria, obviando habitualmente la motricidad refleja. Lo podemos valorar de forma pasiva mediante la observación, palpación y movilización, en los que recogemos datos que compararemos con la zona contralateral (ojo, esto siempre tras la valoración articular).

En la evaluación activa se exploran los reflejos y la actividad automática y, como parte esencial, el estudio de la marcha (desarrollado en otro tema). La evaluación analítica de la motricidad voluntaria, constituye el llamado balance muscular.

3.2. Examen funcional

El examen funcional marca los límites hasta los que pueden llegar las aptitudes psicofísicas y sociales del individuo, y consecuentemente, las asistencias terapéuticas o de mantenimiento que requiere. Señala las responsabilidades que

debe asumir el paciente en lo tocante a sus propios cuidados, ya sea mediante la toma de conciencia de su situación o mediante la creación de pautas de comportamiento automatizadas. Existen numerosas escalas de valoración, como la de Bobath para los hemipléjicos, o la escala FAC para la deambulación.

Fisioterápicamente, estudiaremos como el paciente utiliza las interrelaciones entre las diferentes estructuras, y describiremos las actitudes y limitaciones para realizar una serie de habilidades incluidas en el desempeño de las tareas necesarias para la vida cotidiana, actividades recreativas, actuación ocupacional, interacciones sociales, etc. En resumen, lo podemos definir como el estudio del comportamiento motor de cada individuo frente a una situación; y nuestra misión se basará en la observación; observación de gestos, desplazamientos, mínimos movimientos corporales, debiendo distinguir la diferencia entre actividades voluntarias y actividades automáticas.

Evaluaremos cualitativa y cuantitativamente al sujeto. La cualidad de la función la mediremos en relación con la finalidad del acto, mientras que la cantidad la relacionaremos con la fatiga y el dolor.

Funciones básicas

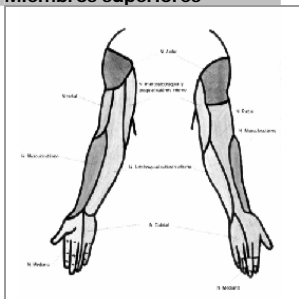
Debemos comprobar siempre:

- Balance de la sedestación: si se mantiene o no sometido a requerimientos que le coloquen en situaciones de estrés o impliquen cambios de posición.
- Balance de la posibilidad de transferencias o traslados: cambios de postura, paso de una postura a otra...
- Balance de la bipedestación: con o sin ayuda.
- Capacidad para comer
- Capacidad para vestirse, posibilidad de abrocharse, calzarse, cremalleras, sujetador, etc.
- Capacidad de higiene
- Capacidad de deambulación: valorar la marcha y el posible uso de ayudas técnicas.

En todas las culturas se espera que el individuo cumpla ciertos logros o conductas relacionados con la existencia y supervivencia como son la orientación, independencia física, movilidad, ocupación, integración social y autosuficiencia económica.

Un examen funcional debe pues ir encaminado a evaluar la posibilidad de la cumplimentación de todos estos puntos, en la práctica diaria el fisioterapeuta realizará valoraciones globales, generalmente por segmentos.

Miembros superiores



Miembro superior

La utilización del miembro superior como instrumento para la realización de gestos importantes como son la nutrición e higiene le confiere una gran importancia.

- Se realiza primero una **valoración analítica** de los miembros superiores con al observación de contornos, medidas, palpaciones, valoraciones articulares y musculares.
- **Comportamiento durante la marcha**, estudiado desde todos los ángulos de visualización posibles: se observa el balanceo de frente, la movilidad de la escápula de espaldas, etc.
- **Realización de pruebas gestuales** en las que evaluamos la capacidad de los miembros superiores para realizar los gestos habituales de la vida diaria: mano-boca en el gesto de la alimentación, mano-cabeza para peinarse y vestirse, mano-espalda de importancia en el vestuario e higiene y manos cruzadas a la espalda.

- **Test para evaluar limitaciones** ya más específicas de rotación, tracción, flexión, etc.
- **Gestos balísticos** que son los gestos de lanzamiento y recepción de objetos: evaluamos el peso que puede lanzarse o recogerse, la velocidad alcanzada, la coordinación corporal completa, la puntería, etc.

Miembro inferior

Las funciones esenciales de los miembros inferiores son la locomoción y la estabilidad. Observamos la estabilidad estática y tomamos mediciones con plomadas y distintas distancias antropométricas, tanto angulares como lineales. También nos fijamos en las posibles asimetrías y en los pliegues.

En cuanto a la locomoción, examinamos la marcha en sus diferentes fases, observando la armonía y regularidad de los pasos, la separación de estos, de las rodillas, las asimetrías en la pelvis y la posición de los pies. Es mejor, para ello, remitirse al tema de las alteraciones de la marcha.

Cabeza y raquis

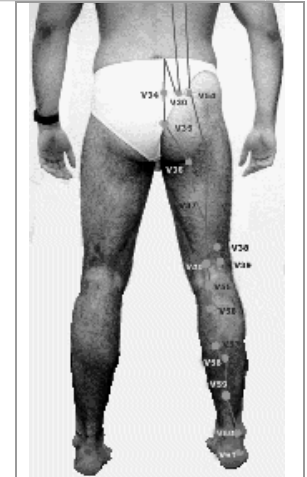
Nuevamente se hace necesaria la evaluación analítica previa con la palpación de estructuras:

- De espalda y de frente, se comenzará con un examen de la estática, evaluación de asimetrías, observaciones desde diferentes perspectivas y estructuras; nos ayudaremos de plomadas, goniómetros, etc. Valoraremos:
 - Plomada: Valoración visual de una plomada que partiendo del centro del occipucio, ha de pasar por el centro de la apófisis espinosa de la C7 y por el pliegue interglúteo, estando los pies juntos. Si en algún momento el relieve anatómico de la columna excede de un lado u otro de la plomada, existirá escoliosis.
 - Acortamiento de miembro: se coloca un nivel de pelvis en las espinas ilíacas y se hace que éstas se pongan "a nivel". Entonces un miembro queda más corto que otro y se van introduciendo calzas hasta que el miembro acortado descansa sobre las mismas; procedemos entonces a medir el grosor de las calzas colocadas al paciente.
 - Canal vertebral: se puede palpar siempre que no esté cubierto por una gran capa de grasa o una hipertrofiada musculatura.
 - Ángulo tóraco-braquial: Se mide el ángulo que forman los miembros superiores respecto al tórax. Si en los dos brazos da el mismo resultado es que no hay escoliosis.
 - Ángulo entre la base del tronco y las espinas ilíacas: el signo del hachazo que aparece en el lado de la concavidad escoliótica
 - Se palpan y observan que las escápulas se encuentren a la misma altura para que no haya escoliosis
 - Altura de la gibosidad: La giba es medible en las escoliosis dorsales con giba evidente.
- Examen dinámico de la columna vertebral, haciendo una exploración minuciosa que incluya todos los movimientos fisiológicos de la columna.
- La cabeza se comprueba en la articulación temporomaxilar, comprobando los movimientos de propulsión, retracción, deducción, tanto pasiva como activamente.

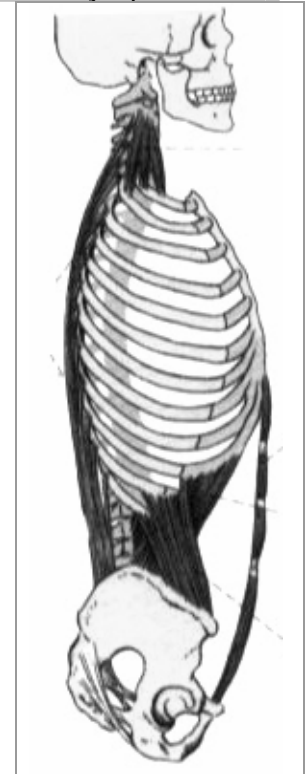
Valoración funcional articular

En la vida diaria no utilizamos todas las posibilidades de amplitud articular de nuestras articulaciones, sino que nos limitamos a un sector, en el que se realizan completamente las necesidades de movimiento articular para una vida habitual y laboral normal.

Miembros inferiores



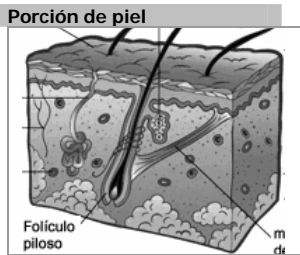
Cabeza y raquis



Rocher estableció el concepto de **sector útil** de la movilidad articular o ángulo útil, según el cual se puede considerar como buena una articulación aunque su amplitud articular no sea completa e igualmente una pequeña limitación de la movilidad puede tener mayor importancia en el sector útil que una gran pérdida de movilidad de la articulación en posiciones extremas de la misma.

Así Rocher establece en relación con los ángulos útiles y los ángulos de función unos coeficientes de movilidad.

Valoración de la piel y tejidos subyacentes



Realizamos primero un **examen visual** de la piel fijándonos en la pilosidad por algún trastorno vascular, en el color, en el volumen por posibles edemas, en heridas cicatrices y escaras, en los pliegues en flexión que nos permiten localizar las articulaciones subyacentes.

Luego llevamos a cabo una **palpación y movilización** de la piel, estudiando sus propiedades mecánicas de elasticidad, espesor, consistencia; su tropismo y circulación a través de la temperatura, pulso, edema y secreciones sudoral y sebácea.

Exploramos asimismo la **sensibilidad cutánea**: tanto exteroceptiva como nociceptiva, así como las reacciones termo-analgésicas. Se realiza el examen sin control visual por parte del paciente, efectuando presiones, percusiones y contactos ligeros. Se intentan delimitar territorios y las características del trastorno: hipoestesia, disestesia...

4. HISTORIA DE FISIOTERAPIA

La complejidad científica y tecnológica de los procesos productivos, y la necesaria optimización de la eficacia, hace imprescindible la colaboración de distintos profesionales de la salud. Todos ellos han de tener acceso a la información sobre un paciente, y al mismo tiempo aportar sus conocimientos sobre el paciente. Todo este proceso ha de quedar reflejado en un único documento para que toda esa información de diferentes orígenes pueda ser integrada por los profesionales, para ellos se utilizan mecanismos en los que se recogen y analizan los datos generados por la unidad asistencial.

Este registro de datos por parte del fisioterapeuta se ve reflejada en la historia de fisioterapia, que forma parte de la historia clínica del paciente. El objetivo de la historia de fisioterapia es permitir una atención continuada, lo que conlleva una ordenación y estructuración de la información. La historia de fisioterapia debe ser de carácter individual, y único en su elaboración para todos los procesos en los que se precise de atención fisioterápica durante la permanencia del usuario en la comunidad donde el fisioterapeuta presta sus servicios.

Se compone la historia de fisioterapia de dos ítems:

1. Datos personales y clínicos	2. Registro de actividades
Apellidos y nombre	Médico general / Pediatra
Dirección y localidad	Fisioterapeuta
Teléfono	Fecha remisión / Fecha consulta / Fecha inicio del tratamiento / Fecha de alta
Fecha de nacimiento	Número de sesiones
Sexo	Diagnóstico médico
Número de la Seg. Social	Anamnesis
Actividad profesional	Exploración física
Situación laboral	Deficiencias / Discapacidades
Antecedentes personales	Diagnóstico de fisioterapia
Antecedentes familiares	Objetivos
	Plan de actuación
	Seguimiento del paciente con fecha y valoración fisioterápica de las distintas observaciones

En la segunda parte: el registro de actividades, llevaremos una atención continuada con expresión de la fecha y distintas valoraciones fisioterápicas relevantes en la evolución del paciente.

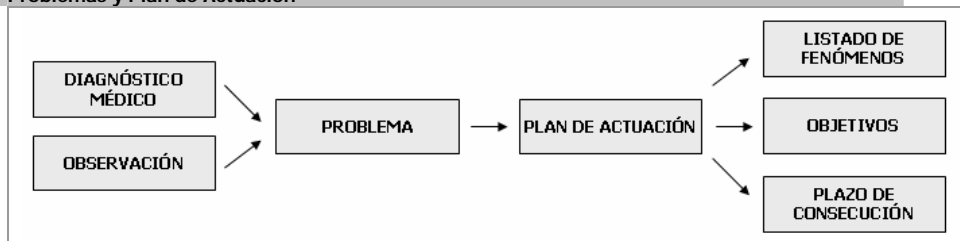
5. PROBLEMAS Y PLAN DE ACTUACIÓN

Se define problema como aquella cuestión que se trata de aclarar. En Fisioterapia implica que tras el conocimiento de la patología a través del diagnóstico médico y una vez observada la exteriorización del estado (recogida de datos y valoración), el fisioterapeuta es capaz de apreciar las discapacidades y desventajas, o lo que es lo mismo, identificar el problema y así de esta manera establecer un **plan de actuación**.

El fisioterapeuta debe realizar su actuación en base a las recomendaciones para una práctica clínica adecuada, eligiendo entre las numerosas soluciones terapéuticas. La participación del fisioterapeuta se orienta a la reeducación, o reestablecimiento de la función, en mayor grado que la readaptación (medidas paliativas).

Para la planificación del tratamiento y tras la valoración y evaluación, el fisioterapeuta realiza un listado de los fenómenos que requieran una explicación (problemas) elaborando una meta hacia la que dirigirse (objetivos) y un plazo de consecución de éstos. Puede existir como tal dentro de la historia de Fisioterapia, a semejanza de lo que ocurre en Enfermería, una hoja de problemas donde se recogen y listan; anotando su fecha de aparición, las medidas a adoptar y la fecha de resolución, que quedaría en blanco si no llegase a producirse tal.

Problemas y Plan de Actuación



Para ello establece unos puntos de referencia sobre los que juzgar (criterios). La consecución de los objetivos, medida por los criterios, podría llevar de esta manera a una **Fisioterapia por objetivos**, y permitiría una conclusión del tratamiento al lograrse unos criterios de calidad: seguridad, eficacia, utilidad, aceptabilidad, accesibilidad y satisfacción.