

PROTOCOLO DE EVALUACION GENERAL EN FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA (ADAPTADO DE LA APTA)

1. *Anamnesis e historia de la salud:* Este procedimiento corresponde a la etapa de entrevista realizada con el paciente o usuario, en la que se recoge información referida a los siguientes aspectos:

1.1. *Identificación:* En toda historia clínica se debe contemplar los siguientes datos: requisitos

- Lugar de la entrevista
- Fecha y hora
- Nombre y apellidos
- Fecha de nacimiento
- Edad
- Género
- Profesión
- Ocupación
- Estado civil
- Lugar de residencia actual
- Fuente de referencia de la historia

1.2. *Motivo de consulta o derivación:* El motivo de consulta constituye el núcleo esencial de cualquier interrogatorio y debe ser enunciado con una o dos palabras. Del motivo de consulta surge el síntoma guía o manifestación directriz para desarrollar la enfermedad actual en caso de patología. Es la queja que el paciente considera como razón principal para buscar asistencia en salud. Se inicia la entrevista con preguntas generales que le permitan respuestas libres, por ejemplo: ¿qué le trae a usted por aquí?, ¿cuál es la molestia principal?

1.3. *Historia de la salud o enfermedad actual:* Se refiere al interrogatorio que realiza el profesional en salud y consiste en una narración clara y cronológica de los problemas por los cuales el entrevistado busca cuidado y atención. Es una descripción hecha por el profesional en la cual se debe utilizar el lenguaje técnico o semiológico adecuado.

En caso de enfermedad, el desarrollo del interrogatorio general en esta etapa surge estrictamente de la obtención de respuestas a las cinco preguntas siguientes:

- ¿Cuándo se iniciaron los síntomas?
- ¿Cómo es que comenzó la enfermedad?
- ¿Cuál fue la evolución posterior de los síntomas?
- ¿Qué tratamientos recibió anteriormente y cuáles fueron los resultados?
- ¿Cuál es el estado actual de los síntomas o que ha quedado de todo hasta la fecha?

1.4. *Antecedentes (personales, familiares, ocupacionales)*

- *Antecedentes personales:* En la obtención de la historia clínica de cualquier persona, sana o enferma, es necesario e importante determinar los antecedentes remotos del individuo para una adecuada comprensión del cuadro clínico. En el caso de enfermedad, el interrogatorio comienza con los antecedentes patológicos, quirúrgicos, traumáticos, inmunizaciones, transfusiones, alergias y enfermedades específicas.

- *Antecedentes familiares:* Es importante y significativo el estado de salud y los antecedentes familiares de enfermedad en parientes en primer grado de consanguinidad. Se averiguará por enfermedades consideradas de transmisión congénita, las enfermedades infecciosas, las parasitosis, el cáncer y las enfermedades gastrointestinales. Consultar por la causa de muerte y edad de los fallecidos: ¿vive todavía su madre?, ¿cuántos años tiene?, ¿goza de buena salud? Si no fuera así, ¿qué enfermedad tiene? Si ha fallecido, ¿a qué edad murió? y ¿de qué?
- *Antecedentes ocupacionales:* Se refiere a las ocupaciones que ha desarrollado el paciente. Investigar por la exposición a polvo, arsénico, disolventes, mala ventilación del lugar de trabajo. Describir las enfermedades profesionales, los accidentes durante el trabajo y las secuelas de los mismos.

1.5. *Historia personal y social:* Este aspecto de la historia clínica proporciona información sobre el régimen de vida del paciente, actual o pasado, y a conocer mejor su medio ambiente. Ilustra mucho sobre este tema, pedirle que describa un día típico de su vida desde que se levanta hasta cuando se vuelve a acostar. Luego se continúa con los siguientes aspectos:

- Situación de la familia: ¿con quién vive?, ¿cuántos son en la familia?
- Hábitos y costumbres: Señalar cuántos cigarrillos se fuma en el día. En cuanto al alcohol: ver la cantidad, frecuencia de ingestiones y clase de bebida. Si toma café, cuántas tazas al día.
- Consumo de fármacos: Laxantes, analgésicos, antiinflamatorios, hipnóticos.
- Comidas que consume el paciente y en qué consisten.
- Situación en el medio social, averiguar ¿qué hace cuando no trabaja?, ¿descansa, lee, se divierte o tiene algún pasatiempo?, ¿cómo le va socialmente?
- Se piden detalles sobre el sitio de residencia actual (urbana o rural) y las condiciones de la vivienda: infraestructura, higiene, servicios (agua, luz, sanitarios, teléfono y recojo de basura).

2. *Caracterización del dolor:* La base de la recogida de cualquier tipo de dolor, bien sea agudo o crónico se centra en las siguientes interrogantes:

- Localización sobre el esquema corporal: ¿Dónde le duele?, ¿Por dónde se distribuye?
- Intensidad del dolor: En la escala del 0 al 10 ¿Cuánto le duele?
- Conducta del dolor: ¿Desde cuándo le duele?, ¿Cómo le duele?, ¿A qué atribuye el dolor?

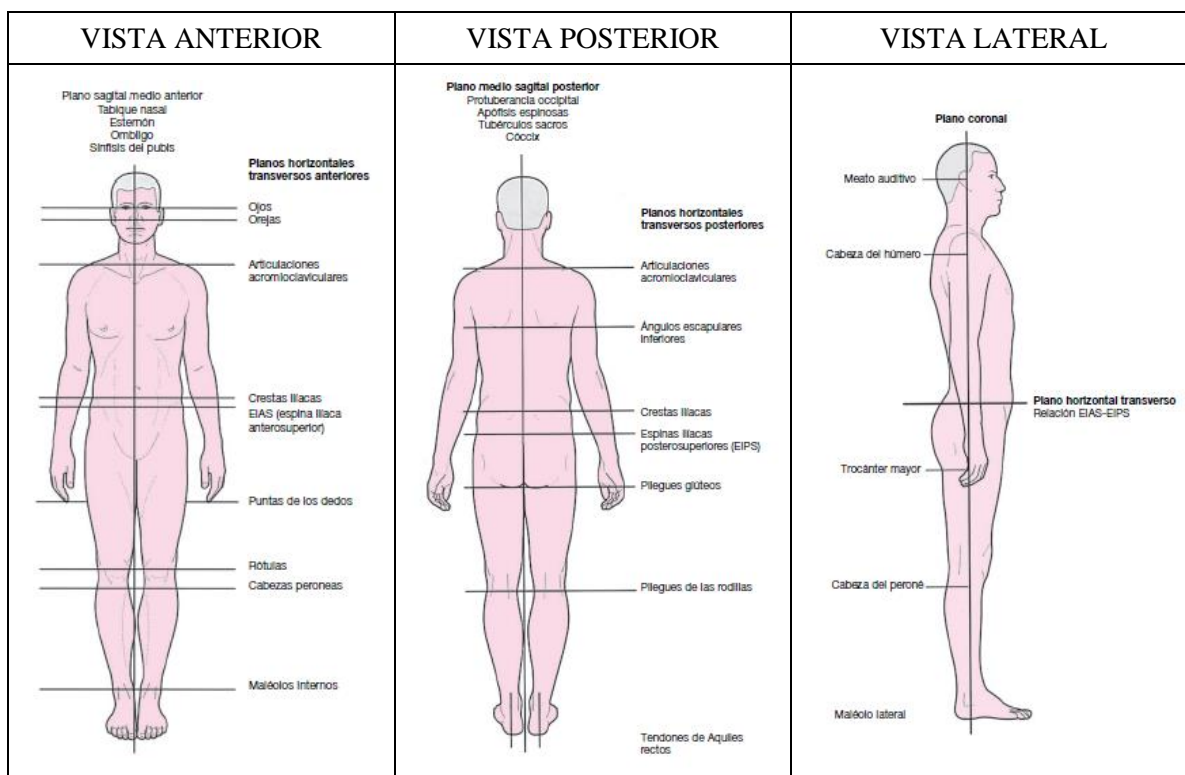
3. *Constitución física y signos vitales*

- Peso
- Estatura
- Presión sanguínea
- Ritmo cardíaco
- Frecuencia respiratoria

4. *Revisión de sistemas corporales:* En este caso se realiza el examen físico, en donde se ejercita la capacidad de observación, análisis y la habilidad para llevar a cabo la inspección, palpación, percusión y auscultación. La inspección y la palpación son métodos semiológicos aplicables a todo el cuerpo; pero la percusión y auscultación son importantes al examinar los órganos del tórax y abdomen. La revisión de sistemas corporales está vinculada específicamente con aquellos sistemas corporales que son de dominio necesario de los fisioterapeutas y kinesiólogos: los sistemas musculo esquelético, neuromuscular, cardiovascular - pulmonar y tegumentario.

4.1. Musculo esquelético

- Simetría postural: Se realiza la observación de la postura bípeda tomando en cuenta la organización de los segmentos corporales en las vistas anterior, posterior y lateral derecho e izquierdo.



- Movilidad activa: Pedirle al paciente que movilice el o los segmentos corporales, siguiendo los movimientos en los planos y ejes anatómicos básicos.

SEGMENTO	MOVIMIENTOS
CABEZA	<ul style="list-style-type: none"> • Flexión y extensión • Inclínación lateral derecha e izquierda • Rotación derecha e izquierda
TRONCO	<ul style="list-style-type: none"> • Flexión y extensión • Inclínación lateral derecha e izquierda • Rotación derecha e izquierda
HOMBRO	<ul style="list-style-type: none"> • Flexión y extensión • Abducción y aducción • Rotación externa e interna
CODO	<ul style="list-style-type: none"> • Flexión y extensión • Pronación y supinación

MUÑECA	<ul style="list-style-type: none"> • Flexión palmar y dorsal • Desviación radial y cubital
CADERAS	<ul style="list-style-type: none"> • Flexión y extensión • Abducción y aducción • Rotación externa e interna
RODILLAS	<ul style="list-style-type: none"> • Flexión y extensión
TOBILLOS	<ul style="list-style-type: none"> • Flexión plantar y dorsal • Inversión y evasión

Estos movimientos vistos en la tabla, servirán de referencia para hacer las evaluaciones posteriores (movilidad pasiva y fuerza muscular). Los parámetros de valoración se basan en los siguientes indicadores cualitativos:

- Presencia de dolor u otros síntomas al movimiento
 - Calidad del movimiento (movimiento suave o alterado)
 - Cobertura o amplitud de movimiento
- Movilidad pasiva: La movilización pasiva se realiza de igual forma en el o los segmentos de referencia, tomando como base los siguientes aspectos:
 - Cuantificar el rango de movimiento pasivo: Se mide a partir de la goniometría tomando como referencia de valoración los grados de amplitud normales para cada segmento. Es importante hacerlo comparativo con el segmento articular contralateral para evitar interpretaciones equivocadas.
 - Relacionar el dolor u otros síntomas con el grado de movimiento: Esta información es importante porque proporciona al examinador información sobre la agudeza o cronicidad de la alteración o patología. Los parámetros que se toman en cuenta está establecida por los siguientes aspectos:

ETAPA	CARACTERÍSTICAS
ETAPA 1	El paciente sufre de dolor antes de que el examinador sienta cualquier resistencia a la amplitud de movimiento pasivo. Esta etapa es representativa de un trastorno articular agudo.
ETAPA 2	El paciente siente dolor en el mismo momento en que el examinador nota resistencia a la amplitud del movimiento pasivo. Esta etapa implica un proceso articular sub agudo.
ETAPA 3	El examinador nota resistencia a la amplitud del movimiento pasivo antes que el paciente experimente dolor. Esta articulación no tiene un proceso inflamatorio activo y se considera como un trastorno crónico.

- Reconocer las causas de la limitación del movimiento articular mediante la exploración de la sensación final patológica: En este caso se tiene que percibir cual la restricción mecánica que se tienen al momento de realizar la movilidad pasiva del segmento articular e intentar sobrepasar el límite de este movimiento restrictivo. Las sensaciones finales fisiológicas y patológicas son las siguientes:

CLASIFICACIÓN	TIPOS
FISIOLÓGICAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Contacto compresivo entre tejidos blandos</i> 2. <i>Alargamiento elástico</i> 3. <i>Choque óseo</i>
PATOLÓGICAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Capsular</i> 2. <i>Contracción muscular protectora</i> 3. <i>Impacto óseo</i> 4. <i>De rebote o de resorte</i>

- Confirmar el patrón de restricción (capsular o no capsular): Cuando se lesiona, inflama o se inmoviliza una articulación sinovial, la capsula de la articulación sufre un patrón de limitación proporcional único. Los patrones capsulares se caracterizan por comprometer varios movimientos de la articulación, o que indica la presencia de deficiencias estructurales como inflamación intrarticular o fibrosis capsular.

SEGMENTO ARTICULAR	MOVIMIENTOS LIMITADOS
CERVICAL	Extensión e inclinaciones laterales y rotaciones simétricas
LUMBAR	Extensión e inclinaciones laterales y rotaciones simétricas
HOMBRO	Rotación externa, abducción y rotación interna
CODO	Flexión, extensión y pronosupinación
MUÑECA	Restricción simétrica en flexión y extensión
CADERA	Mayor limitación a la rotación interna, flexión y abducción. Menor restricción a la extensión.
RODILLA	Flexión y extensión
TOBILLO	Plantiflexión y dorsiflexión

Las limitaciones no capsulares se deben a procesos no artríticos o no artrósicos. Cuando sólo está limitado un movimiento, se puede afirmar con seguridad que la causa no puede ser una lesión que afecte a toda la articulación, como sería el caso en un patrón capsular. Si sólo se produce el acoplamiento funcional de dos movimientos, es decir, el movimiento fisiológico funcional normal utiliza estos movimientos, probablemente la limitación sea no capsular. Si el movimiento hacia la posición de cierre no es por lo menos doloroso, probablemente el patrón de limitación sea no capsular.

- Valoración de la tensión ligamentosa

La valoración de tensión ligamentosa se realiza fijando uno de los segmentos en los que se inserta el o los ligamentos y moviendo el otro segmento ya sea alejándolo, en valgo o varo, en sentido antero posterior o realizando extensión máxima, dependiendo de la articulación, para de esta forma provocar el máximo estiramiento del ligamento que los une. Evidentemente, para evitar daños mayores, la tensión se aplica de manera progresiva para obtener una valoración positiva o hasta que el fisioterapeuta considera satisfactoria una valoración negativa. Una valoración de tensión ligamentosa positiva es aquella en la

que existe: dolor, movimiento exagerado y una sensación final más suave de lo que debería ser.

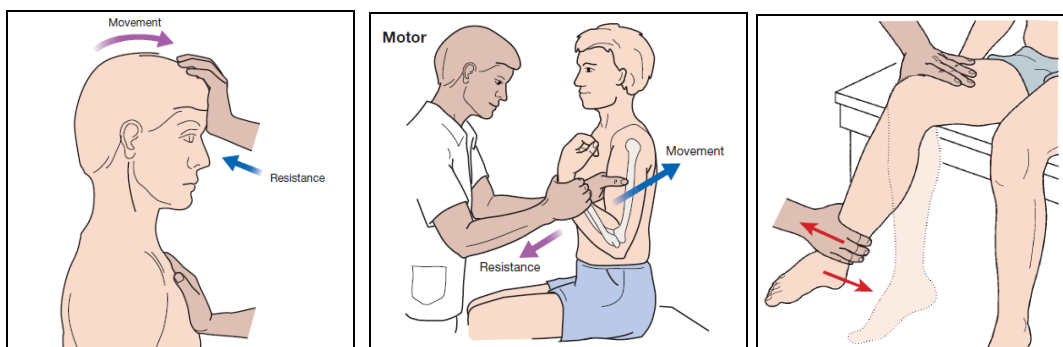
La evaluación del ligamento se debe realizar como parte de la exploración articular en el proceso evaluativo de las estructuras no contráctiles. La sensación final normal o la estabilidad se compara con su homóloga del lado no implicado. La inestabilidad articular relacionada con la laxitud articular se clasifica en una escala que va de 0 a 3 tal como se describe a continuación:

- Una inestabilidad cero indica que no hay diferencias en el trayecto articular entre el ligamento del lado no implicado y el ligamento del lado implicado.
- Un primer grado de inestabilidad indica un trayecto de menos de 0,5 cm del ligamento implicado en comparación con el otro lado.
- Un segundo grado de inestabilidad representa un trayecto de 0,5 a 1 cm del ligamento implicado en comparación con el otro lado.
- Un tercer grado de inestabilidad indica un trayecto de más de 1 cm del ligamento implicado en comparación con el otro lado.

Esta evaluación se realizará a nivel de las articulaciones de las extremidades superiores e inferiores: hombros, codos, muñecas, caderas, rodillas y tobillos.

- **Fuerza muscular:** El procedimiento implica la utilización de la prueba de resistencia muscular isométrica (*en posición neutra o intermedia*) en el segmento implicado. Se examina la fuerza de los grupos musculares en función a los movimientos articulares dependiendo del segmento a examinar: flexión, extensión, rotaciones, abducción, aducción e inclinaciones laterales. Esta evaluación se realizará en función al cuadro mencionado en el examen de los movimientos activos.

Por ejemplo, se muestra la evaluación de grupos musculares a nivel de la columna cervical, de las extremidades superiores e inferiores a continuación:



4.2. Neuromuscular

- **Función tónica:** Evaluar el tono en la musculatura del segmento afectado tomando en cuenta la resistencia o no a la movilidad pasiva. Hacer una evaluación general del tono en las extremidades superiores, tronco y las extremidades inferiores.
- **Actividad refleja:** Realizar la evaluación de los reflejos tendinosos en general:

- Bicipital y radial a nivel de las extremidades superiores
- Patelar y aquileo a nivel de las extremidades inferiores

La valoración se realiza en función a la siguiente tabla normativa:

Tabla 5. escala de graduación de los reflejos.	
Grado	Descripción
0 0 +	Ausentes
1 0 ++	Hipoactivos
2 0 +++	Normal
3 0 ++++	Hiperactivos sin clonus
4 0 +++++	Hiperactivos con clonus

- Sensibilidad: Realizar la sensibilidad táctil en las regiones distales de las extremidades superiores e inferiores (manos y pies).
- Equilibrio postural: Realizar la prueba de Romberg
- Coordinación: Esta prueba se realiza de forma específica y general en función a los siguientes aspectos:
 - Coordinación viso manual: Hacer que el paciente realice la prueba de llevar el índice de la mano a la nariz.
 - Coordinación viso podal: Desplazar el talón de un pie por encima de la pierna contralateral siguiendo desde la rodilla hasta la punta de los dedos.
 - Coordinación gruesa: Hacer que camine sobre una línea recta llevando consecutivamente el talón de un pie a la punta del pie contralateral.
- Funciones motrices: Pedirle al paciente que desde la posición de supino cambien de posición hasta llegar a bípedo y luego volver a supino. Se observa la calidad de las respuestas en función al cumplimiento de la actividad, así como parámetros referidos a la estabilidad corporal y la movilidad funcional.

4.3. Cardiovascular / pulmonar

- Edema: Para evaluar el edema se realiza la prueba del signo de la Fóvea en las extremidades inferiores y consiste en aplicar presión con un dedo sobre la zona donde se evidencia el aumento de volumen, lo que produce como consecuencia una depresión en la superficie de la piel que permanece un momento. Los datos obtenidos se comparan con los siguientes grados de edema según su magnitud y extensión.

Cuadro 12-3. Clasificación del edema en grados según su magnitud

Grado 1:	Leve depresión sin distorsión visible del contorno y desaparición casi instantánea.
Grado 2:	Depresión de hasta 4 mm y desaparición en 15 segundos.
Grado 3:	Depresión de hasta 6 mm y recuperación de la forma en 1 minuto.
Grado 4:	Depresión profunda hasta de 1 cm con persistencia de 2 a 5 minutos.

- Respuestas fisiológicas al cambio de posición: Se puede evidenciar la presencia de algunos signos de hipotensión ortostática como mareos, vértigos, trastornos visuales, debilidad o hasta pérdida de conocimiento, cuando se le pide al paciente que se ponga de pie desde la posición de echado o sentado. Esta disminución de la tensión arterial es un reflejo de adaptación normal de la presión arterial en respuesta a la gravedad, pero en caso de que sea una disminución excesiva es patológica. Diferentes problemas pueden estar involucrados con esta situación: una disminución en el volumen de sangre en los vasos como resultado de una intervención quirúrgica, una hemorragia, una deshidratación, una insuficiencia en la circulación venosa de las piernas y ciertos medicamentos o daños en el sistema nervioso.
- Disnea: Se considera como una sensación subjetiva de ahogo o de incremento del trabajo respiratorio secundaria a una deficiencia cardiopulmonar o tal vez sea simplemente una manifestación del desentrenamiento en la mecánica respiratoria. La presencia de disnea puede darse en los siguientes casos:
 - Disnea a grandes, medianos o pequeños esfuerzos: Estos tipos están en relación con la gravedad o profundidad de la patología subyacente. Se puede evidenciar a partir de una prueba de esfuerzo (ver más adelante cual la reacción en la mecánica respiratoria durante la prueba de resistencia aeróbica)
 - Disnea en reposo: Es la más grave y además de tipo continua
 - Disnea de decúbito u ortopnea: Es característica de la insuficiencia cardíaca donde la mecánica respiratoria es mejor cuando está sentado que cuando esta echado.
 - Disnea paroxística: Es la que aparece repentinamente en un paciente que no estaba disneico. Se da en el asma bronquial.
 - Disnea de predominio inspiratorio: Señala casi siempre una portante obstrucción de las vías aéreas. Se acompaña de ruidos respiratorios.
 - Disnea de predominio espiratorio: Se produce cuando el sujeto tiene un gran volumen de aire residual y el volumen de aire circundante es muy pequeño.

4.4. Tegumentario: Valorar la piel del segmento afectado a partir de la inspección, palpación y movilización.

- Coloración: En la inspección de la coloración de la piel puede evidenciarse lo siguiente: palidez, cianosis, enrojecimiento e ictericia.
- Integridad: El objetivo de la valoración de la integridad es principalmente conocer si la piel presenta lesiones estructurales o no. Si hay la presencia de lesiones se debe indicar las características de esta como el tipo, tamaño y localización.

- Temperatura: Se la debe estimar siempre palpando con el dorso de la mano en las regiones simétricas. Se relaciona con el estado circulatorio, su valor cuantificable se realiza con el control de la temperatura corporal. Se clasifica en normal cuando esta tibia y alterada cuando esta fría (hipotermia) o demasiado caliente (hipertermia).
- Propiedades biomecánicas de la piel: Se evalúa a partir de la palpación y movilización de la piel, acción que conlleva la formación de un pliegue entre los dedos con la intención de levantar y separar el tejido cutáneo de los planos profundos. De esta forma se valora las siguientes características:
 - Consistencia: En personas jóvenes es firme, lo que dificulta la sujeción y elevación de la posición de la piel. La consistencia se califica como firme, tensa, dura, floja o blanda.
 - Extensibilidad o potencial de alargamiento de la piel: Esta propiedad facilita la movilidad articular, pues permite que la piel que se ubica en la cara opuesta a la dirección del movimiento se estire para permitir la acción.
 - Elasticidad o capacidad para retornar a la posición inicial una vez se libere el pliegue: En situaciones normales la piel rápidamente regresa a la posición inicial sin dejar huellas.
 - Flexibilidad: Está muy relacionada con las propiedades anteriores y se entiende como la capacidad que presenta la piel para ser deformada por una carga.

Esta evaluación realizar en las siguientes regiones anatómicas:

- Región posterior del brazo
- Región anterior del muslo
- Región de la columna lumbar
- Región de los abdominales

5. *Registro complementario:* La documentación de la revisión de sistemas también puede complementarse abordando las capacidades mentales. Habitualmente, mientras transcurre la conversación con el paciente, el terapeuta va recogiendo información sobre estos aspectos:

- Nivel de conciencia: Se refiere al estado de alerta en el que se encuentra el paciente: lucidez, obnubilación, somnolencia y coma.
- Orientación (persona, lugar, tiempo): Se realizan preguntas sobre: ¿quién es el?, ¿qué labor o trabajo desarrolla?, ¿en qué país o departamento vivimos?, ¿en qué fecha, mes, año o día estamos?
- Lenguaje: Se evalúa la capacidad para comprender y responder a preguntas u órdenes simples y la capacidad para expresarse verbalmente.
- Memoria: Se evalúa la capacidad de recordar hechos pasados: memoria de hechos remotos, memoria de hechos recientes y la capacidad para aprender cosas nuevas.
- Estado anímico y personalidad: A lo largo de la entrevista se podrá obtener información sobre sus rasgos de personalidad y su estado anímico. Interesa valorar si la persona tiene una personalidad dentro de los modelos de normalidad que habitualmente se conocen y si presenta una alteración del ánimo (p.ej.: depresivo, ansioso o eufórico). También se puede evaluar la emotividad, sentimientos, voluntad, forma de reaccionar ante distintas circunstancias.