**GUÍA DE EVALUACIÓN DE FISIOTERAPIA**

**INTRODUCCIÓN**

La evaluación puede considerarse como el primer paso en el ciclo de rehabilitación. Es un proceso continuo, donde la información se recopila a través de diversas fuentes. Una vez recopilada, esta información se interpreta con el objetivo principal de identificar los problemas clave y luego formular un plan de tratamiento que sea relevante para usuario de servicio/paciente y su familia. Es importante realizar una evaluación de buena calidad, ya que las siguientes etapas en el proceso de rehabilitación dependen de ésta. La evaluación debe identificar cualquier factor adicional que pueda contribuir a que los usuarios/pacientes del servicio presenten problemas. Adicionalmente, el proceso de evaluación ayudará al fisioterapeuta a reconocer su propia experticia y limitaciones y, cuando sea necesario, referirse a otras disciplinas según lo indicado.

Esta guía le ayudará a crear un formato de evaluación o actualizar uno elaborado previamente, cumpliendo con los estándares de fisioterapia del CICR.

**ELEMENTOS CLAVE EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN**

Recopilación de información de fuentes relevantes, historia médica, exámenes.

**A. Información personal**

Después de obtener la información personal (p. ej. La información demográfica), (la cual también se podría tomar del expediente general), es importante solicitar el consentimiento informado del usuario/paciente antes de la evaluación y tratamiento. Este consentimiento puede darse de forma oral o por escrito según el contexto y debe hacerse el registro correspondiente en el historial médico**.**

**B. Evaluación subjetiva**

No siempre es factible reunir la información requerida al mismo tiempo, razón por la cual las evaluaciones pueden ser continúas dependiendo de la complejidad del problema. El propósito es establecer las necesidades y percepciones físicas, psicológicas y sociales del usuario/paciente a través de la entrevista. También es deseable obtener una idea de las expectativas de la persona sobre su evaluación y posterior tratamiento.

**La evaluación subjetiva incluye:**

**Historia de la condición actual**

Al explorar los síntomas, use las siguientes preguntas como guía:

Motivo de consulta: ¿cuál es su problema principal?

Duración. ¿Cuánto tiempo ha tenido estos síntomas?: ¿por cuánto tiempo ha tenido el episodio actual? intensidad ¿Todos los episodios son de la misma intensidad O las cosas empeoran con cada episodio? ¿Existe un patrón estacional, es decir, los síntomas cambian a medida que avanza el día?

Otros factores, ¿qué aumenta o alivia su problema?

¿Hay otros síntomas? Por ejemplo: ¿fatiga, fiebre, dolor de cabeza, debilidad?

**Historial médico pasado**

Consiste en un breve resumen de problemas médicos/quirúrgicos pasados**.**

**Medicamentos/ investigaciones clínicas**

¿Tiene medicamentos recetados actualmente y, de ser así, en qué dosis?

Con la medicación ¿Tendrá algún efecto adverso en relación con el tratamiento y la rehabilitación?

¿Hay antecedentes de reacciones alérgicas a la medicación?

**Historia social**

¿Cuál es el apoyo disponible en casa?

Registre un resumen general del entorno del hogar, por ejemplo, ¿hay escaleras? Si es así, ¿Tienen pasamanos? ¿Cómo están ubicados?

Búsqueda de cualquier limitación funcional.

¿Cómo se manejan el paciente y su familia con las actividades de la vida diaria? Considere la ubicación de los baños, instalaciones de lavado, dormitorios, cocina.

¿Cuál es el nivel de movilidad del paciente? ¿Utiliza ayudas para caminar?, ¿ha tenido caídas o mareos?, ¿algún cambio reciente en la movilidad en interiores o exteriores?

En cuanto a la ocupación del tiempo libre y los pasatiempos: ¿hay algún impacto a partir del problema actual? Mire los factores de estilo de vida: por ejemplo: si fuma, ¿Cuántos cigarrillos al día? ¿hay consumo de alcohol u otras sustancias como drogas psicotrópicas o analgésicos? ¿en qué cantidad?

**C. Evaluación objetiva**

Ayuda al fisioterapeuta a obtener más información sobre la condición actual y el estado funcional del usuario/paciente mediante la observación y la realización de exámenes. La evaluación objetiva es necesaria debido a que la evaluación subjetiva puede estar abierta a errores o sesgos, dado que las descripciones e interpretaciones difieren según la experiencia y las expectativas del personal sanitario. La evaluación objetiva incluido el uso de listas de verificación, herramientas de evaluación estandarizadas y medidas de resultados.

**La evaluación objetiva incluye:**

**Observaciones iniciales**

Se puede obtener una primera impresión general con bastante rapidez.

¿Cómo se ve el paciente? ¿Hay algún signo de angustia, uso de algún equipo médico? Busque algún indicador: dolor, ¿fatiga?

Signos vitales del paciente: temperatura, frecuencia cardíaca, presión arterial, si es necesario y especialmente para proyectos hospitalarios.

Se recomienda utilizar un diagrama corporal para resumir la información.

Otras pruebas de fisioterapia específicas incluyen piel, articulaciones, tono, marcha, función.

**Investigaciones**

¿Hay exámenes o resultados de pruebas clínicas?

Estos pueden incluir: rayos X, análisis de sangre, análisis de gases en sangre, tomografía computarizada o resonancia magnética, análisis de esputo.

**D. Lista de problemas y establecimiento de objetivos**

La segunda fase en el ciclo de rehabilitación es la formulación y planeación. Al utilizar el proceso de toma de decisiones clínicas (conocimiento teórico y experiencia clínica), los resultados de la evaluación se analizan e interpretan para posteriormente formular la lista de problemas. Se puede tener en cuenta una amplia gama de factores, incluyendo la edad del usuario/paciente, el diagnóstico y la comorbilidad etc. El plan de tratamiento y la lista de problemas se basan en las necesidades individuales al momento de la evaluación. Involucre siempre al usuario/paciente/ familia en la creación de los objetivos de tratamiento, a corto y largo plazo. Recuerde que Los objetivos a corto plazo son pequeños pasos que conducen al cumplimiento de los objetivos a largo plazo. Por tanto, asegúrese de que los objetivos se creen bajo el formato SMART (por sus siglas en inglés): “***S****pecific”, Específico;* ***M****edible;* ***A****lcanzable;* ***R****elevante, con una* ***T****emporalidad definida*. Las metas a largo plazo están relacionadas con el nivel de función e independencia. Por tanto, tenga en cuenta aquellos factores que pueden reducir el grado de cumplimiento. Los objetivos también deben respetar la opinión de otros miembros del equipo multidisciplinario y especialmente cuando se trata de objetivos a largo plazo deben formularse junto con el usuario/paciente, familia.

**E. Plan de tratamiento**

El análisis de resultados, la lista de problemas y el establecimiento de objetivos SMART conducen al plan de tratamiento. Este se discute y aclara con el usuario/paciente/familia teniendo en cuenta sus expectativas y necesidades. Este plan debe contemplar intervenciones basadas en evidencias previas. La rehabilitación exitosa depende de la discusión de los resultados entre el fisioterapeuta, el equipo multidisciplinario y el usuario/paciente.

**F. Registro de la evolución**

La evolución de la condición del paciente debe documentarse de forma clara, precisa y lógica, destacando cualquier cambio. Según el desarrollo de la rehabilitación, la evolución debe documentarse diariamente, dos veces por semana o con menos frecuencia si no hay cambios. Esta información debe registrarse en el expediente principal del usuario/paciente, especialmente en los contextos hospitalarios, de modo que el prescriptor y el equipo multidisciplinario estén informados de los resultados de la fisioterapia en cualquier momento.

**G. Alta / Egreso**

Incluye un resumen de la intervención (teniendo en cuenta los pasos principales, las complicaciones eventuales, la capacitación al paciente, etc.), así como los resultados iniciales y finales y su interpretación. A menudo incluye también un programa en casa y unas recomendaciones finales, así como referencia a otras profesiones o servicios en los casos necesarios

**EVALUACIÓN MíNIMA DEL USUARIO/PACIENTE Y REGISTRO DE TRATAMIENTO**

**Introducción**

Este no es un formulario de evaluación. Es una guía que enumera

los requisitos mínimos para completar una evaluación de fisioterapia en un proyecto de rehabilitación física u hospital. Cualquier formulario de evaluación existente debe adaptarse según el contexto.

1. **INFORMACION PERSONAL**

|  |
| --- |
| Numero de usuario/paciente |
| Nombre |
| Sexo |
| Fecha de nacimiento / edad |
| Profesión/Nivel educativo |
| Idioma de preferencia |
| Consentimiento informado (fecha y firma del usuario / paciente) |
| Diagnóstico |
| Nombre del fisioterapeuta, firma, fecha |
| Fecha de la evaluación |

**B. EVALUACIÓN SUBJETIVA**

|  |
| --- |
| Historia de la condición actual. |
| Motivo de consulta |
| Otros antecedentes médicos, medicamentos. |
| Historia social/familiar |
| Historial del dispositivo (si aplica) |
| Historia ocupacional |
| Motivación / estado de ánimo / estrés |

**C. EVALUACIÓN OBJETIVA**

**Observaciones**

|  |
| --- |
| Deformidad extremidad / tronco |
| Longitud de las piernas (en cm) |
| Estado de la piel (todo el cuerpo) |
| Postura decúbito |
| Postura sedente |
| Postura en bípedo |
| Traslados, desniveles, escaleras |
| Análisis de la marcha (longitud del paso en cm, ritmo, simetría, balanceo del brazo ...) |
| Uso de ayuda de movilidad. |

**Test y medidas**

|  |
| --- |
| Edema (cm) |
| Nivel de dolor 1-10 (1=no hay dolor 10=dolor máximo) |
| Sensación superficial / profunda |
| Rango de movimiento (por articulación), utilice goniómetro cuando sea posible |
| Tono muscular (p. ej. escala de Ashworth) |
| Fuerza muscular (p. ej. escala Muscular de Kendall) |
| Equilibrio sentado con o sin apoyo (en seg) |
| Equilibrio de pie con o sin apoyo (en seg,p.ej. Postura de una sola pierna) |
| Velocidad de marcha, (p. ej., prueba de marcha de 10 metros |
| Resistencia (p. ej., prueba de caminata de 2 min) |
| Pruebas de movilidad (p. ej., “Time up and go”, L-test) |
| Limitaciones de acceso |
| Limitaciones de participación |

**Condición aguda (tomar información del historial médico si es relevante)**

|  |
| --- |
| Conciencia (Escala de Glasgow) |
| Signos vitales: presión arterial, ritmo cardiaco (pulsaciones/min), Frecuencia respiratoria (respiraciones/min) |
| Exámenes médicos adicionales |

**D. LISTA DE PROBLEMAS Y FORMULACION DE METAS**

A partir de los resultados iniciales de la evaluación debe poder formular una lista de problemas, los cuales podrían

incluir: dolor, rigidez, marcha, nivel de función en el hogar.

|  |
| --- |
| Problema 1 |
| Problema 2 |



Estos objetivos se definen con el usuario/paciente

y deben crearse bajo el modelo SMART.

|  |
| --- |
| Corto plazo 1-2-3 |
| Largo plazo 1-2-3 |

**E. PLAN DE TRATAMIENTO**

|  |
| --- |
| Fecha y firma del fisioterapeuta |
| Fecha y firma del fisioterapeuta |

**F. DOCUMENTACIÓN DE EVOLUCIÓN / SEGUIMIENTO**

|  |
| --- |
| Fecha y firma del fisioterapeuta |
| Registro de tratamiento administrado |
| Cualquier cambio resultante al tratamiento |
| Registro de dispositivos prestados o entregados |
| Plan de ejercicios en casa / folleto |

**G. RESUMEN DE ALTA O EGRESO**

|  |
| --- |
| Resumen de la intervención |
| Resultados iniciales y finales con su correspondiente interpretación |
| Resultado al momento del alta |
| Registro de dispositivos emitidos/prestados |
| Programa en casa |
| Fecha de la próxima cita |
| Recomendación de referencia |

Se debe incluir un esquema de cuerpo en la evaluación para obtener una visión completa de la condición del paciente y una mejor descripción de su funcionamiento.