

## Cap. 1. Valoración Funcional.

Capitulación y redacción: Andrés Rey, Wilson Castro y Andrés Panasiuk.

**“Se recomienda profundizar en el tema utilizando la bibliografía correspondiente, este material es una guía de estudio creada por estudiantes de la Lic. en Fisioterapia para estudiantes de la Lic. en Fisioterapia”**

**DEFINICIÓN:** Citaremos la opinión de algunos autores.

“Es la recogida, interpretación y documentación planificadas del estado funcional de un individuo con respecto a su capacidad para cuidar de sí mismo, trabajar o realizar actividades de ocio” (Rogers y Holm, 1989, pag 6).

“Es el proceso sistematizado y documentado de información sobre un estado particular de función, determinando el grado y el valor (cualidad y cantidad) de la discrepancia entre lo que se considera como la norma y los hallazgos individuales obtenidos durante el mismo. Tiene por objeto proporcionar fundamento sobre el que apoyarse para diseñar las hipótesis y planificar la terapéutica a seguir”.(B.Polonio, 1998).

“Proceso de recogida de datos, identificación de problemas, formulación de hipótesis y toma de decisiones para la intervención terapéutica.” (Sabonis-Chafee, 1998).

A partir de estas definiciones podemos reconocer *tres momentos* en el acto de la valoración:

- Recogida de datos.
- Registro documental de la información.
- Análisis de lo obtenido.

### **Recogida de datos:**

A esta instancia podemos subdividirla en:

- Conocimiento de la Historia Clínica del paciente.
- Entrevista, que a su vez puede subdividirse en:
  - Interrogatorio.
  - Evaluación.
- Historia Clínica: a su través nos enteramos de las patologías que ha tenido el paciente, los tratamientos recibidos y el diagnóstico con el que ingresa en nuestra consulta. Esta información va a incidir directamente en la elección de la estrategia que utilizaremos en la conducción del tratamiento. Permite considerar las limitaciones (como en los pacientes con insuficiencia cardiaca, EPOC, etc), las modalidades evolutivas de ciertas entidades patológicas (como PAR, esclerosis múltiple, etc) así como su pronóstico.
- La entrevista constituye una instancia en la que la información se obtiene directamente del paciente (o familiar en el caso que el paciente no pueda expresarse por sí mismo). La calidad de la información depende de múltiples factores dentro de los que destacan los *ambientales*, el propio *paciente* y el profesional actuante.

## 2 Cáp. 1. Valoración Funcional.

**Ambientales:** todo lo que tiene que ver con la accesibilidad (dificultades del traslado, tiempo meteorológico, horarios y la posibilidad de disponer en sucesión y en el mismo día otras consultas que el paciente tenga dentro del mismo establecimiento). Otro factor ambiental está dado por, la comodidad, privacidad, temperatura, ventilación e iluminación así como la higiene y estética del consultorio donde se desarrollará la entrevista

**Paciente:** son factores importantes: el estado afectivo que la situación patológica le ha provocado, la presencia de dolor, las expectativas que él trae, sus dudas y “desinformaciones” con respecto a la función de nuestro servicio, el tratamiento que se le va a aplicar y las características del técnico que lo va a realizar (transferencia).

**Profesionales:** es importante la actitud ética del evaluador hacia el paciente como la capacidad de escuchar, el respeto, la demostración de interés, la capacidad de contención y de mantener la adecuada distancia terapéutica. El modelo que el evaluador adopte en el relacionamiento con sus pacientes puede favorecer algunas entrevistas y perjudicar otras así como la contratransferencia. Por otra parte es favorable despejar sinceramente las dudas del paciente con respecto a su evaluación y nuestro rol. Debería explicarse en que consiste la entrevista y cual es su importancia respecto al encare del tratamiento.

Capacidades importantes que debe poseer el evaluador en esta etapa son la *observación*, la *experiencia* y el *conocimiento* de la anatomía, fisiología, biomecánica y sicología básicos necesarios para comprender lo que se pretende evaluar.

Durante esta etapa y la siguiente es importante registrar la información que vamos obteniendo. Ofrece ventajas tener una ficha previamente pautada para ser llenada y agregada a la historia del paciente.

La importancia de registrar la información es múltiple; permite preservarla por el tiempo necesario y evocarla cuando se requiera (por ejemplo, para “refrescarnos” la memoria antes de cada consulta). Cuando el paciente es atendido por varios técnicos diferentes, evita que deba ser reinterrogado cada vez. Permite efectuar el seguimiento y la evolución con la consecuente evaluación y revisión del tratamiento empleado. A partir de una muestra de fichas pueden realizarse estudios estadísticos con diversos fines.

Los datos a registrar son los correspondientes a la “Ficha Patronímica”, el “Motivo de Consulta” y la “Enfermedad Actual”.

La FP contiene el nombre, sexo, edad, procedencia, ocupación, CI, dirección, teléfono.

El MC es la condición patológica que le hace merecedor a nuestros servicios. Lo podemos encontrar en el “pase” que el paciente trae desde el médico que lo ha enviado.

La EA consiste en un desarrollo de cómo el paciente siente limitada sus funciones y de que modo repercute en las actividades de su vida diaria. En una primera fase se escucha el relato espontáneo del paciente y en una segunda fase se lo interroga de un modo más específico (¿se baña sin ayuda?; para comer, ¿lo hace como antes?, ¿qué )

La evaluación consiste en solicitar al paciente que realice determinados movimientos mientras observamos atentamente (si cumple con el objetivo solicitado, la calidad de la ejecución, el uso de compensaciones musculares, la coordinación, el mantenimiento del equilibrio, la presencia de dolor).

Existen evaluaciones estandarizadas que poseen un sistema de puntuación que permite efectuar un seguimiento de la evolución del paciente. En ellas se sigue un orden estipulado que considera los movimientos elementales integrantes de otros más complejos que corresponden a las diferentes funciones consideradas en las definiciones del inicio.

Esta evaluación nos permite conocer las limitaciones y capacidades del paciente hoy y será punto de partida para efectuar el seguimiento del paciente y su respuesta al tratamiento, pero también serán los resultados de la evaluación funcional los que nos conduzcan hacia la aplicación de otro tipo de evaluaciones más específicas (v. muscular, v. articular, v. de actividades de la vida diaria, etc). La VF nos señala la función que está afectada, pero no nos permite “ver” tan claramente las causas de esa disfunción; por otra parte, nos da las pautas necesarias para poder elegir más adecuadamente los pasos a seguir para conocerlas.

## Registro documental de la información.

Ya hemos señalado la importancia de registrar la información obtenida y preservarla dentro de un documento al que tenga acceso el personal de la salud que se relacione con el paciente. Hemos comentado también las ventajas de tener una ficha común dentro del servicio que puede ser llenada con más comodidad por el evaluador. Por otra parte si nuestra practica se basa en la evidencia, el registro de la información es fundamental. Su procesamiento nos hará mejores profesionales y nos permitirá crecer en nuestra área de trabajo.

## **Análisis de lo obtenido.**

El procesamiento de la información obtenida es la que nos permitirá elaborar una hipótesis sobre el mejor abordaje terapéutico a llevar a cabo con el paciente.

Durante el tratamiento se efectuarán reevaluaciones con la finalidad de verificar los resultados obtenidos y compararlos con los esperados. Esto nos permitirá replantear las estrategias terapéuticas llevadas a cabo, en caso de que no haya una coincidencia satisfactoria.

## **Formas de Evaluación.**

A continuación se describen algunas de las diferentes metodologías para realizar una valoración funcional, con sus correspondientes fichas.

### **Escala de Barthel.**

Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física es la escala de Barthel, también conocida como "Índice de Discapacidad de Maryland".

La escala de Barthel es una medida genérica que **valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD)**, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

### **Medición**

Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD incluidas en el índice original son diez: alimentación, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse / ducharse, desplazarse (en superficie lisa o en silla de ruedas), subir / bajar escaleras, vestirse / desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0, completamente dependiente, y 100 puntos, completamente independiente.

La escala de Barthel aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

TOTAL = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas).

### **Interpretación de los resultados**

#### **4 Cáp. 1. Valoración Funcional.**

Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación de la escala de Barthel. Por ejemplo, se ha observado que una puntuación inicial de más de 60 se relaciona con una menor duración de la estancia hospitalaria y una mayor probabilidad de reintegrarse a vivir en la comunidad después de recibir el alta. Esta puntuación parece representar un límite: con más de 60 casi todas las personas son independientes en las habilidades básicas.

La interpretación sugerida por Shah et al sobre la puntuación del IB es: 0-20: Dependencia total; 21-60: Dependencia severa; 61-90: Dependencia moderada; 91-99: Dependencia escasa; 100: Independencia. Comer es la actividad en la que se observa independencia con más frecuencia. Este es el orden observado en una población concreta y puede presentar variaciones en otros ámbitos.

Otros autores han observado que la recuperación de las diferentes actividades ocurría en un orden jerárquico bien definido. Bañarse sin ayuda fue la actividad que se recuperaba más tarde, siendo la incontinencia ocasional de heces la primera en recuperarse.

#### **Valoración Funcional Global de Capacidades Motoras.**

Ésta nos resume la habilidad del paciente para realizar los movimientos básicos relacionados con los distintos segmentos del cuerpo, desde la cabeza hasta los miembros inferiores. Además nos dice la causa de la limitación (si es muscular o articular, etcétera), pero es muy útil para detectar rápidamente áreas y/o segmentos débiles o con limitaciones que luego podrán ser evaluados y valorados de manera más específica.

Deben enumerarse las actividades o movimientos que el paciente no pudo realizar y debe registrarse por qué el paciente no pudo realizar cada actividad o movimiento.

Conviene incluir también en la evaluación, el tiempo que llevó la prueba, la frecuencia de los períodos de descanso (si los hubo), los elementos utilizados, el grado de dolor o malestar y la resistencia global del paciente para el trabajo. También es importante el componente emocional y si el paciente fue cooperativo o no.

#### **Valoración de las AVD.**

Esta evalúa la capacidad del paciente de realizar las actividades de la vida diaria, como son la higiene, vestido, alimentación, deambulación, transferencias, etc.

Los resultados se interpretaran por medio de valores numéricos, donde el 1 es igual a independiente, el 2 es una independencia con dificultad y/o ayuda técnica, el 3 necesita supervisión o ayuda y el 4 es dependiente.

#### **Valoración de la Capacidad funcional (RDRS-2).**

La Escala de Evaluación Rápida de la Incapacidad, en inglés Rapid Disability Rating Scale (RDRS); se trata de un instrumento de valoración de la capacidad funcional del individuo para las actividades instrumentales de la vida diaria.

Es similar en algunos aspectos a la escala de Barthel aunque un poco más amplia ya que contempla aspectos cognitivos y emocionales.

Consta de 18 ítems, 8 sobre cuestiones acerca de las actividades de la vida diaria, 3 de habilidades sensoriales, 3 de capacidades mentales, además de dieta, continencia, medicación y tiempo de permanencia en la cama.

La valoración de cada cuestión va del valor 1 al valor 4, en donde 1= completa independencia y 4= grado máximo de discapacidad. Las preguntas están hechas en términos de cantidad de asistencia que el paciente requiere para realizar las actividades.

El rango de la escala oscila entre 18 y 72 puntos. A mayor puntuación, mayor grado de discapacidad.

**Fichas.**

**Ficha 1. Escala de Barthel.**

Fecha:.....Evaluador.....  
 Nombre:.....Edad:.....Sexo.....  
 Ocupación:..... Diagnostico:.....  
 Tiempo de evolución:.....Patologías asociadas:.....  
 Medicación:.....Antecedentes personales:.....  
 Otros:.....

**Comer.**

0 = incapaz.  
 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.  
 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano).

**Trasladarse entre la silla y la cama.**

0 = incapaz, no se mantiene sentado.  
 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado.  
 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal).  
 15 = independiente.

**Aseo personal.**

0 = necesita ayuda con el aseo personal.  
 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

**Uso del retrete.**

0 = dependiente.  
 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.  
 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse).

**Bañarse / Ducharse.**

0 = dependiente.  
 5 = independiente para bañarse o ducharse.

**Desplazarse.**

0 = inmóvil.  
 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.  
 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).  
 15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

**Subir y bajar escaleras.**

0 = incapaz.  
 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.  
 10 = independiente para subir y bajar.

**Vestirse y desvestirse.**

0 = dependiente.  
 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.  
 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.

**6** **Cáp. 1. Valoración Funcional.**

**Control de heces.**

0 = incontinente (o necesita que le suministren enema).

5 = accidente excepcional (uno/semana).

10 = continente.

**Control de orina.**

0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días.

Observaciones:.....

.....

.....

.....

.....

**Ficha 2. Valoración Funcional Global de Capacidades Motoras.**

Fecha:.....Evaluador.....  
 Nombre:.....Edad:.....Sexo.....  
 Ocupación:..... Diagnostico:.....  
 Tiempo de evolución:.....Patologías asociadas:.....  
 Medicación:.....Antecedentes personales:.....  
 Otros:.....

**Precauciones.**

Actividad.

1- Limitada.	
2- Dentro del limite del dolor.	
3- Dentro del limite de fatiga.	

Posición.

1- Parado.	
2- Sentado.	
3- Acostado.	

Generales.

1- Alteraciones sensoriales.	
2- Cardiacas.	
3- Hipertensión.	
4- Convulsiones.	
5- Hemofílico.	

6- Diabetes.	
7- Alergias.	
8- Comprensión de ordenes simples.	
9- EPOC.	
10- Otras (dolores y/o parestesias)	

**Evaluación de las AVD.**

**1) Cabeza:**

a. Mantenerla erguida.	
b. Volverla a ambos lados.	
c. Otras.	

**2) Tronco:**

a. Agacharse, tocarse los pies, enderezarse.	
b. Sentarse erguido (sostenido)	
c. Sin sostén.	

**3) Hombros:**

Elevar:

	<b>D</b>	<b>I</b>
- Brazos adelante y arriba hasta el nivel del hombro.....		
- Brazos adelante y arriba sobre la cabeza.....		
- Brazos a los lados y arriba de la cabeza.....		
- Brazos a los lados y arriba del nivel de los hombros...		
- Tomarse ambas manos detrás de la cintura.....		
- Tocar hombro opuesto a la mano.....		
- Llevar mano a la boca.....		

**8** **Cáp. 1. Valoración Funcional.**

**4) Codo:**

- Manos a los hombros, volver.....
- Alcanzar objetos.....
- Palma de la mano hacia arriba.....
- Palma de la mano hacia abajo (repetir rápidamente).....
- Mantener brazo en posición media (escritura).....

D	I

**5) Puño:**

- Antebrazo apoyado sobre la mesa.....
- Palma hacia arriba – levantar la mano de la mesa.....
- Palma hacia abajo – levantar la mano de la mesa.....
- Palma hacia abajo – mover la mano hacia los costados.....

D	I

**6) Manos:**

- Formar el puño.....
- Abrir la mano para tomar objeto grande.....
- Soltar voluntariamente.....
- Oponer pulgar a cada dedo por turno.....
- Repetir varias veces rápido.....
- Fuerza de la garra.....
- movimientos de los dedos como si fuera a tocar el piano.....
- Prensión con la punta de los dedos.....

D	I

Tomar alfiler.....	<input type="checkbox"/>
Tomar lápiz.....	<input type="checkbox"/>
Tomar block de 2 cm de lado..	<input type="checkbox"/>
Tomar block de 3 cm de lado..	<input type="checkbox"/>
Tomar block de 4 cm de lado..	<input type="checkbox"/>

Tomar block de 5 cm de lado..	<input type="checkbox"/>
Levantar peso de 100 grs.....	<input type="checkbox"/>
Levantar peso de 250 grs.....	<input type="checkbox"/>
Levantar peso de 500 grs.....	<input type="checkbox"/>
Máximo que levanta.....	<input type="checkbox"/>

**Uso de ambas manos juntas:**

Atornillar frasco.....	<input type="checkbox"/>
Usa la mano afectada como asistente.....	<input type="checkbox"/>
Juego de armar.....	<input type="checkbox"/>

Destapar y tapar lapicera.....	<input type="checkbox"/>
Rompecabezas.....	<input type="checkbox"/>

**7) Miembros inferiores.**

Sentarse con ayuda.....	<input type="checkbox"/>
Mantener equilibrio parado.....	<input type="checkbox"/>
Caminar sin ayuda.....	<input type="checkbox"/>
Agacharse.....	<input type="checkbox"/>

Levantarse sin ayuda.....	<input type="checkbox"/>
Trabajar parado sin ayuda.....	<input type="checkbox"/>
Doblarse desde la cintura.....	<input type="checkbox"/>
Cuclillas.....	<input type="checkbox"/>

Distancia que puede andar.....

Observaciones:.....  
 .....  
 .....



**Ficha 3. Valoración de las AVD.**

Fecha:.....Evaluador.....  
 Nombre:.....Edad:.....Sexo.....  
 Ocupación:..... Diagnostico:.....  
 Tiempo de evolución:.....Patologías asociadas:.....  
 Medicación:.....Antecedentes personales:.....  
 Otros:.....

<b>Movilidad en la cama.</b>	
Giros Der – Izq.	
Giros Izq – Der.	
Desplazarse de abajo a arriba.	
Sentarse en la cama.	
Bajar de la cama.	
Taparse y destaparse.	
<b>Higiene.</b>	
Abrir y cerrar grifos.	
Lavarse y secarse manos y cara.	
Lavarse y secarse MMSS.	
Lavarse y secarse MMII	
Afeitarse o maquillarse.	
Peinarse.	
Lavarse los dientes.	
<b>Vestido.</b>	
Ponerse la ropa MMSS	
Ponerse la ropa MMII	
Quitarse la ropa MMSS	
Quitarse la ropa MMII	
Ponerse medias.	
Abrochar (botones, cremallera y velcro.	
Prótesis u ortesis.	
<b>Alimentación.</b>	
Comer con cuchara / tenedor.	
Beber de taza / vaso.	
Cortar solo con cuchillo.	
Pelar fruta.	

<b>Transferencias.</b>	
A la cama y vuelta.	
Al inodoro y vuelta.	
A la bañera/ ducha y vuelta.	
A la silla / sofá y viceversa.	
Sentarse.	
Levantarse.	
<b>Deambulaci3n.</b>	
Caminar por la casa.	
Caminar por la calle.	
Subir escaleras.	
Bajar escaleras.	
Abrir, atravesar y cerrar la puerta.	
Subir y bajar rampas.	
<b>Comunicaci3n.</b>	
Manejo de interruptores.	
Uso de tel3fono.	
Escribir.	
Hablar.	
Pasar paginas.	
Leer.	
<b>Desplazamiento en silla de ruedas.</b>	
Frena la silla.	
Poner y quitar laterales.	
Poner y quitar pedales.	
Levantar / descargar presi3n en nalga.	
Desplazarse en domicilio.	
Desplazamiento en rampa.	
Abrir, atravesar y cerrar la puerta.	

Observaciones:.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Ficha 4. Valoración de la Capacidad funcional (RDRS-2).**

<b>Necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria.</b>						
<b>Comer.</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Mucha.	Hay que darle de comer.
<b>Caminar (con bastón o andador, si utiliza)</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Mucha.	No camina.
<b>Movilidad. (salir y circular con silla de ruedas, etc, si utiliza)</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Mucha.	Esta confinado en casa.
<b>Baño. (incluye alcanzar toalla, jabón etc y supervisión)</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Mucha.	Hay que bañarlo.
<b>Vestirse. (incluye ayuda en la selección de la ropa)</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Mucha.	Hay que vestirlo.
<b>Uso del retrete. (incluye ayuda con la ropa, limpiarse o ayuda con la ostomía o catéter.</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Mucha.	Utiliza botella en la cama, incapaz de cuidar su catéter.
<b>Arreglarse. (afeitarse, peinarse, cortarse las uñas, lavarse los dientes)</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Mucha.	Debe ser arreglado.
<b>Tareas adaptativas. (manejo / posición del dinero, telefonar, comprar)</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Mucha.	No tiene capacidad

**Grado de discapacidad.**

<b>Comunicación. (expresión libre)</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Mucha.	Ausencia total de comunicación.
<b>Oído. (con prótesis auditiva si la utiliza)</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Mucha.	No parece oír.
<b>Visión. (con lentes correctoras si las utiliza)</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Mucha.	No ve.
<b>Dieta. (desviación de lo normal)</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Mucha.	Alimentación parenteral.
<b>Tiempo que pasa en la cama durante el día (por prescripción o por propia iniciativa)</b>						
	Ninguna.		Un poco <3hs		Mucha.	La mayor parte del tiempo.
<b>Incontinencia. (urinaria / fecal, con catéter u ostomía, si utiliza)</b>						
	Ninguna.		Algunas veces		Frecuentemente.	No controla.
<b>Medicación.</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Diaria vía oral.	Diaria, parenteral mas oral.

**Problemas especiales.**

<b>Confusión mental.</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Mucha.	Extrema.
<b>Falta de cooperación (la ayuda en el cuidado se convierte en una lucha constante)</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Mucha.	Extrema.
<b>Depresión.</b>						
	Ninguna.		Un poco.		Mucha.	Extrema.

Observaciones.....

## **Bibliografía.**

BERGONIA POLONIO LOPEZ, PILAR DURANTE MOLINA, BLANCA NOYA ARNAIZ. Conceptos Fundamentales de terapia ocupacional. Ed Panamericana, 2001.

ANNIE TURNER, MARG FOSTER, SYBIL E. JOHNSON. Ed Elsevier Science. Quinta edición. 2003.

PROF. ADJ. PS. ROSARIO TUZZO. Conceptos básicos de psicología. Ed AEM. 2000.

Test - Calidad de Vida y Valoración Funcional

[www.medicinainformacion.com/psq\\_test\\_valoracionfuncional.htm](http://www.medicinainformacion.com/psq_test_valoracionfuncional.htm)