

TEMA 3

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO PARA LA TOMA DE DECISIONES

La práctica en el área de la fisioterapia, como en cualquier otra disciplina de la salud, consiste en el establecimiento de unos objetivos a conseguir a partir de la planificación de las estrategias más adecuadas de tratamiento. Sin embargo, tanto los conceptos de objetivos como planificación terapéutica, son secundarios al proceso previo de identificación del problema, que precisamente se obtiene de la evaluación, pero que se concreta de manera sintética y organizada en el diagnóstico.

El diagnóstico de Fisioterapia es complejo, por lo que debe ser un proceso reflexionado y sistemático. Por lo general, pesan en el proceso de diagnóstico los exámenes y las exploraciones efectuadas en los diferentes sistemas corporales, las verificaciones objetivas de los desempeños en las actividades de la vida diaria y las indagaciones realizadas sobre el efecto de los factores contextuales y personales que promueven o restringen las participaciones en tareas vitales del paciente. Todo lo anterior, junto a los conocimientos que parten de la experiencia, se identifica los problemas desde un enfoque integral para elaborar unas metas y propuestas terapéuticas a desarrollar.

Para que un diagnóstico fisioterapéutico sea correcto, debe cumplir con los siguientes requisitos previos:

- Organizar al paciente en categorías clínicas – funcionales
- Aplicar de forma pertinente procedimientos de evaluación validados
- Realizar una entrevista en la que se recojan opiniones valiosas del paciente
- Identificar las deficiencias y las discapacidades
- Delimitar los objetivos en función a necesidades y expectativas
- Plantear las estrategias kinésico – físicas más adecuadas
- Establecer unos criterios de finalización del tratamiento

El fisioterapeuta debe investigar parámetros concretos y visibles de la actividad funcional que, en general, pueden medirse y cuantificarse. Tras el examen de fisioterapia se procede a la evaluación, donde se formulan los objetivos de tratamiento, para ello se realiza un balance con la suma de exámenes de las diversas funciones. Se comprueban los puntos fuertes (capacidades) y los débiles (discapacidades) por si fuera necesario reformular los objetivos, se eligen las actuaciones, y con todo se elabora un plan de intervención.

El paciente debe experimentar los beneficios de la fisioterapia en cada sesión de tratamiento, consiguiendo una mejora ortopédica y siempre mediante el contacto humano. Se ha de explicar al

paciente en un lenguaje claro y accesible el porqué de la elección de una técnica y como se va a organizar y desarrollar ésta. Es el Fisioterapeuta y Kinesiólogo el que se adapte al paciente y no al contrario, teniendo en cuenta su edad, patología, contexto social y profesional. La fisioterapia basada en la evidencia debe fijar unos criterios que permitan una conclusión del tratamiento. Tanto los criterios de referencia como los criterios de mejoría deben según la OMS, perseguir la realización de una fisioterapia predictiva en cuanto a:

- Seguridad: qué no debe hacer y qué debe ser capaz de hacer el paciente.
- Eficacia: en el gesto, en las actividades de la vida diaria.
- Utilidad: aumento de su radio de movilidad o alguna otra de sus capacidades.

2.1. Definición

Al hacer un análisis detallado de la evolución del concepto de diagnóstico en fisioterapia aparecen dos enfoques polarizados que conducen a cuestionamientos y controversias. Durante décadas los fisioterapeutas basaban su práctica profesional fundamentados en el diagnóstico médico del modelo tradicional, aquél que aclara y enfatiza la etiología, el curso, la naturaleza y la denominación de los trastornos orgánicos. Por otro lado, surge la necesidad de construir una identidad diagnóstica, a propósito del cambio generacional de paradigmas, que clarifique la situación del funcionamiento corporal humano en un concepto de salud más integral y en una dimensión terapéutica que evoluciona permanentemente.

Desde que se legalizo el uso del diagnóstico fisioterapéutico en 1984, como una actividad pertinente a la práctica profesional, se asumió el diagnóstico inicialmente como la identificación de la disfunciones estructurales basados en la información obtenida de la historia clínica, los signos y los síntomas sobre las estructuras músculo esqueléticas. Este enfoque clínico y biomecánico era común en la práctica fisioterapéutica, se determinaba el daño corporal o disfunción con el propósito de comprender la fisiopatología de la lesión o el posible compromiso en la mecánica del movimiento.

Posteriormente para complementar el diagnóstico clínico y darle un enfoque más funcional, A. M. Jette (1989) sugiere la incorporación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) propuesto por la OMS. Según el autor este documento provee un marco inicial que dinamiza la organización de los datos y opiniones clínicas más allá del referente enfermedad, lo cual facilita una clasificación de acuerdo con la función clínica de los órganos específicos y los sistemas corporales, del individuo y de las relaciones del individuo con su entorno.

En lo referente al concepto de diagnóstico fisioterapéutico, se destaca a continuación referentes de organizaciones internacionales y otros autores que denotan la evolución del concepto de diagnóstico empleados hasta la actualidad.

- La Asociación Americana de Terapia Física (APTA) en su guía para la práctica de terapia física (1995) provee una descripción general del concepto de diagnóstico fisioterapéutico e intenta el manejo y uso de un lenguaje común, en donde afirma que “un diagnóstico es una etiqueta que abarca un grupo de signos y síntomas, síndromes y categorías..., como

resultado del proceso diagnóstico, el cual incluye la evaluación y la información obtenida durante el examen del paciente...”. Según esta guía práctica el proceso diagnóstico incluye los siguiente:

- 1) Obtención de datos relevantes de la historia
 - 2) Desarrollo de la revisión de sistemas
 - 3) Selección y ejecución de medidas y pruebas específicas
 - 4) Interpretación de datos
 - 5) Organización de datos
- Entre otras definiciones y aplicaciones de diagnóstico en fisioterapia de destaca la propuesta por la Asociación Francesa para la Investigación y la evaluación en Fisioterapia en 1996 que anuncian que “el diagnóstico fisioterapéutico es un proceso de análisis de las deficiencias y discapacidades observadas y estudiadas. Es un proceso de evaluación del pronóstico funcional cuyas deducciones permiten establecer un programa de tratamiento en función de las necesidades observadas y escoger la actuación de fisioterapia que se va a realizar” (Daza Lesmes: 2007 Pág. 14)
 - Según Sahrmann (2002) el diagnóstico en Fisioterapia “es el término que describe la disfunción esencial en la que el Fisioterapeuta dirige su tratamiento. La disfunción es identificada con base en informaciones obtenidas a partir de la historia de la enfermedad actual, los signos, los síntomas, el examen y la prueba que el efectúa o requiere”
 - Por último el Comité Permanente de Unión para la Fisioterapia en Europa define que el “diagnóstico establecido por el Fisioterapeuta, le garantizara las indicaciones en la que deberá basar su programa de intervención y sus modalidades de aplicaciones”

2.2. Tipos de diagnósticos

Dependiendo del modelo a seguir y de las características particulares de la evaluación, el diagnóstico podrá ser de diferentes tipos:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Se enmarca dentro de la evaluación realizada por el terapeuta al paciente y supone el reconocimiento de una enfermedad o trastorno en función a los signos y síntomas encontrados dentro de la historia clínica, la exploración física y las exploraciones complementarias entre otros.
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	Implica diferenciar un trastorno de otros que cuentan con características de presentación similares.
DIAGNÓSTICO GENÉRICO	Se determina de manera general si el paciente presenta alteración o no a nivel de los diferentes sistemas corporales.
DIAGNÓSTICO FUNCIONAL	Basado en la CIF incluye aspectos relacionados con las estructuras y funciones corporales, las actividades y participaciones, además de los contextos tanto ambientales como personales.

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL	Se aplica a situaciones de duda cuando un fisioterapeuta presume que la persona presenta algunos criterios para un determinado trastorno, pero que no cuenta con la suficiente información para afirmarlo.
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Es el diagnóstico confirmado a través de la interpretación y análisis de métodos complementarios

Cuadro 4: Tipos de diagnóstico

2.3. Gestión de diagnóstico

La elaboración de un diagnóstico corresponde a un proceso reflexionado y planificado. Una o varias evaluaciones situadas en un contexto permiten establecer un balance teniendo en cuenta las posibilidades del paciente. El diagnóstico es una operación compleja que permite combinar varios componentes:

- Las mediciones de los balances
- Las experiencias que constituyen el sentido clínico
- Las relación entre los datos clínicos con la realidad del contexto próximo
- Capacidad de elección

Cada una de estas operaciones sucesivas presupone un conocimiento profundo sobre la afección tratada. “Solo se encuentra lo que se busca, solo se busca lo que se conoce y solo se conoce lo que se ha aprendido” (E. Viel: 1996, Pág. 3)

2.4. Utilización de la CIF en el diagnóstico

La Organización Mundial de la Salud OMS, con el fin de proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado, propone la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, conocida provisionalmente con CIDDM, pero finalmente presentada como CIF. Una de las características que identifica la CIF es el respaldo conceptual y la claridad al asumir términos que intentan precisar y unificar toda la terminología que se presenta en la literatura dentro del área de la salud y que actualmente suscita el análisis y la renovación.

El término de funcionamiento se refiere a todas las funciones corporales, las actividades y la participación. La discapacidad es asumida como la limitación en las actividades y la restricción en la participación. Esta clasificación no desconoce los factores contextuales que interactúan con las personas y facilitan la determinación del grado y la extensión del funcionamiento.

La CIF se encuentra sustentada desde una panorámica corporal, individual y social a través de dos elementos básicos, cada uno con dos componentes respectivos. Los componentes pueden ser expresados tanto en términos positivos como negativos. Todos los componentes contienen varios dominios y en cada dominio hay categorías que son las unidades de la clasificación.

2.4.1. Clasificación de la CIF

En el siguiente cuadro se presenta una visión de conjunto de la clasificación de la CIF, en la que se presentan los componentes como parte integrante, los cuales se explican en términos operacionales más adelante (CIF: 2001, Pág. 8).

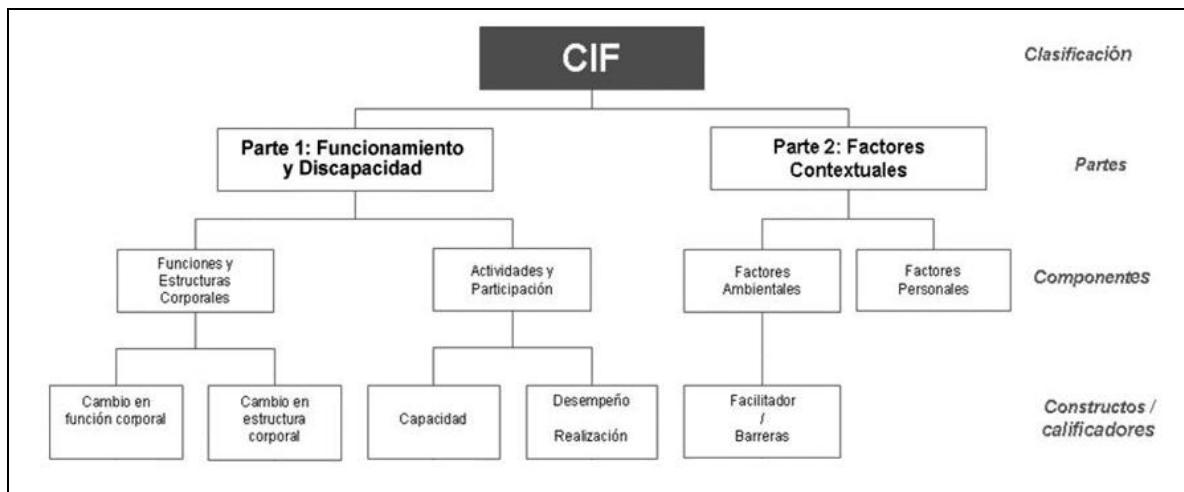


Figura 1: Clasificación de la CIF

2.4.1.1. Estructuras y funciones corporales

- *Estructuras corporales*: Son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, los miembros y sus componentes
- *Funciones corporales*: Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas

Cuando se presentan algunas alteraciones en cualquiera de estos dos componentes, se denomina como deficiencias, que son los problemas en las funciones y/o estructuras corporales como una desviación significativa o una perdida.

- Las deficiencias representan una desviación de la norma en el estado biomédico del cuerpo y sus funciones.
- Las deficiencias pueden ser temporales o permanentes; progresivas, regresivas, estáticas, intermitentes o continuas. La desviación puede ser leve o severa y pueden fluctuar en el tiempo.
- Las deficiencias no tienen una relación causal con la etiología ni con el modo en que se desarrolla el estado de salud.
- Las deficiencias deben ser parte o una expresión de un estado de salud, pero no necesariamente indica que la enfermedad esté presente o que el individuo deba ser considerado como enfermo.

2.4.1.2. Actividad y participación

- *Actividad:* Es el hecho de llevar a cabo una tarea o acción por parte de una persona. Cuando existe limitación en la actividad se puede concebir como dificultades que una persona puede tener para llevar a cabo actividades. El calificador de capacidad describe la habilidad de un individuo para realizar una tarea o acción en su máximo nivel probable de funcionamiento.
- *Participación:* Es el acto de involucrarse en una situación vital. Puede haber restricciones en la participación cuando son problemas que una persona experimenta al involucrarse en una situación vital. El calificador de desempeño - realización describe lo que una persona hace en su propio contexto actual.

Los dominios para los componentes de actividad y participación aparecen en un único listado que cubre todo el rango de áreas vitales que van desde el aprendizaje básico o la mera observación hasta las interacciones interpersonales o empleo. Los dominios de este componente son calificados por los criterios de capacidad y desempeño – realización.

Tanto el calificador de capacidad como el de desempeño – realización pueden ser usados con o sin dispositivos de ayuda o con asistencia de terceras personas. Se puede distinguir entre actividad y participación basándose en los dominios de individual y social. Sin embargo, la CIF proporciona una única lista que puede ser utilizada diferenciando ambos aspectos o incluso unificarlos en uno solo.

2.4.1.3. Factores contextuales

Los factores contextuales representan el trasfondo total tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida. Incluyen los factores ambientales y los factores personales que pueden tener un impacto en la persona con una condición de salud y sobre la salud y los estados relacionados con la salud de esta persona.

- *Factores ambientales:* Constituye el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño – realización del individuo como miembro de una sociedad, en la capacidad de un individuo o en sus estructuras y funciones corporales. Los factores ambientales están organizados en la clasificación contemplando dos niveles distintos:
 - *Individual.* Tiene que ver con el ambiente inmediato y personal del individuo incluyendo espacios como el hogar, lugar de trabajo o escuela. Incluye en este nivel las propiedades físicas del ambiente, así como también el contacto con familiares u otras personas.
 - *Servicios y sistemas.* Incluye organizaciones y servicios relacionados con el trabajo, actividades comunitarias, agendas gubernamentales, comunicación y servicios de transporte, redes sociales informales, así como leyes, normas y reglas, actitudes e ideologías.

- *Factores personales*: Son los antecedentes de la vida de un individuo y están compuestos por los aspectos que no forman parte de una condición de salud o estado de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, el estilo de vida, los hábitos, los estilos de afrontamiento, los antecedentes sociales, la educación, la profesión, las experiencias actuales o pasadas, los patrones de comportamiento, los estilos de personalidad y los aspectos psicológicos.

2.4.2. Modelo de funcionamiento

Como clasificación la CIF no establece un modelo para el proceso del funcionamiento y la discapacidad. Puede utilizarse para describir dicho proceso aportando los medios para delinear las diferentes dimensiones y áreas. La CIF pretende aproximarse desde una perspectiva múltiple, a la clasificación del funcionamiento y la discapacidad como un proceso interactivo y evolutivo.

Entonces, desde este enfoque el diagnóstico funcional en fisioterapia en un dominio específico se entiende como una relación compleja e interacción entre el estado de salud y los factores contextuales. En el siguiente esquema se puede clarificar la interacción que existe entre los diferentes componentes:

Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales		
	Funciones y estructuras corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	1 Funciones corporales 2 Partes del cuerpo	Áreas Vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones del cuerpo (fisiológica) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómica)	Capacidad Ejecución de tareas en un entorno uniforme Desempeño/realización Ejecución de tareas en el entorno real	El impacto de elementos facilitadores y barreras del mundo físico, social y actitudinal	El impacto de los atributos de la persona
Aspectos Positivos	Integridad funcional y estructural	Actividad Participación Funcionamiento	Facilitadores	No aplicable
Aspectos Negativos	Deficiencia	Limitaciones en la actividad Restricciones en la participación Discapacidad	Barreras/obstáculos	no aplicable

Cuadro 5: Modelo de la CIF

Todos los componentes de la CIF se cuantifican utilizando la misma escala. Tener un problema puede significar tanto una deficiencia, como una limitación, restricción o barrera dependiendo del constructo. Se deberá elegir los rangos apropiados de acuerdo con los siguientes parámetros:

NIVELES	PORCENTAJES
No hay problema	0 – 4 %
Problema ligero	5 – 24 %
Problema moderado	25 – 49 %
Problema severo	50 – 95 %
Problema completo	96 – 100 %
Sin especificar	-
No aplicable	-

Cuadro 6: Parámetros de calificación

Para que esta cuantificación pueda ser utilizada de una manera universal, se deben desarrollar científicamente procedimientos de valoración. Por ejemplo cuando “no hay problema” o el “problema es completo” son especificados con un margen de error de más del 5%, mientras que un problema moderado es definido como más de la mitad del tiempo o de la mitad de la dificultad de todo el desempeño global.

2.4.3. Clasificación de primer nivel

A continuación se mencionan cada uno de los componentes con sus clasificaciones correspondientes a un primer nivel, tomando en cuenta solo aspectos que tienen que ver con la práctica profesional en el área de la fisioterapia.

ESTRUCTURAS CORPORALES	FUNCIONES CORPORALES
<ul style="list-style-type: none"> • Estructuras del sistema nervioso • El ojo, el oído y estructuras relacionadas • Estructuras relacionadas con la voz y el habla • Estructuras del sistema cardiovascular, inmunológico y respiratorio • Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino • Estructuras relacionadas con el sistema urogenital y el sistema reproductor • Estructuras músculo esqueléticas y relacionadas con el movimiento • Piel y estructuras relacionadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Funciones mentales • Funciones sensoriales y dolor • Funciones de la voz y el habla • Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio • Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino • Funciones genitourinarias y reproductoras • Funciones músculo esqueléticas y relacionadas con el movimiento • Funciones de la piel y estructuras relacionadas

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	FACTORES CONTEXTUALES
<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje y aplicación del conocimiento • Tareas y demandas generales • Comunicación • Movilidad • Cuidado personal • Vida doméstica • Interacciones y relaciones interpersonales • Áreas principales de la vida • Vida comunitaria, social y cívica 	<ul style="list-style-type: none"> • Productos y tecnología • Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana • Apoyo y relaciones • Actitudes • Servicios, sistemas y políticas

Cuadro 7: Clasificación de primer nivel de la CIF

2.5. Aspectos éticos

El componente ético del diagnóstico no puede escapar del fuero personal y profesional aunque se hable de clasificar o categorizar situaciones o condiciones, no deja de surgir la idea de estigmatizar o rotular.

El aspecto ético es un factor importante que se asume desde una perspectiva de respeto hacia la dignidad humana de la persona, es este sentido, cobra importancia la participación activa del usuario o paciente durante todo el proceso de la evaluación, con el ánimo de que conozca y sea consciente del propósito de identificar y clasificar sus características de funcionamiento para generar las mejores acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida.

Según la Confederación Mundial de Fisioterapia se precisan unos principios éticos que regulan el ejercicio profesional (Daza Lesmes: 2007 Pág. 23):

- Los usuarios o paciente de la fisioterapia tienen derecho a la confidencialidad y la intimidad, participan en las decisiones y pueden solicitar una segunda opinión.
- El fisioterapeuta tiene derecho a recibir cooperación de sus colegas..., o en todo caso tiene derecho a la independencia y a la autonomía.
- Los fisioterapeutas aceptan la responsabilidad para el ejercicio de un juicio razonable o sólido según sus conocimientos y habilidades.
- Para cada paciente a quien administre sus servicios, los fisioterapeutas deben comprometerse a ofrecer las exploraciones apropiadas para el desarrollo del diagnóstico y el planteamiento de un programa terapéutico adecuado.
- El fisioterapeuta no delega actividades que requiere el juicio y los conocimientos únicos de la fisioterapia.
- El fisioterapeuta provee un servicio profesional honesto, responsable y competente, emplea datos o nomenclatura precisa para facilitar la medición de su gestión.

- El fisioterapeuta brinda información precisa sobre los pacientes a otros referentes y a la comunidad sobre los servicios de fisioterapia prestados.
- La planeación adecuada de los procesos habilita al fisioterapeuta para medir el impacto o la eficacia de su gestión, siempre y cuando precise la finalidad de sus estrategias y la sistematización de sus logros, con base en los juicios de diagnóstico y pronóstico que emita.

2.6. Pronóstico

Para el paciente no solo es necesario conocer su diagnóstico, sino también tiene la esperanza de recibir del fisioterapeuta el juicio más o menos hipotético de los cambios o la determinación probable de su discapacidad o de la condición de funcionamiento que le genera insatisfacción. Esta situación demanda del fisioterapeuta la habilidad para predecir un hecho relacionado con el funcionamiento y la discapacidad desde el movimiento corporal humano que se espera que ocurra.

El pronóstico en fisioterapia según Eric Viel (1996) es la impresión del fisioterapeuta, definido como “hipótesis interpretativa elaborada a partir de los signos observados y de la actitud del paciente. Esta opinión se transmite de profesional a profesional y no debe ser vista por el paciente”. Sin embargo esta postura, no responde a los planteamientos actuales, que considera al paciente como personas que deben conocer su pronóstico, así como su familia u otras personas de apoyo y por supuesto a los otros profesionales del área.

El pronóstico comparte con el diagnóstico en sentido temporal pues está condicionado a la dinámica de las características personales y ambientales de cada individuo y a la relación que éste construya consigo mismo y con la sociedad. Por lo tanto el pronóstico se constituye un estimativo o predicción de la posible evolución de los niveles de funcionamiento o de la condición de discapacidad de una persona o personas con base en el proceso evaluativo, una vez establecido el diagnóstico.

Según los aspectos antes mencionados, las categorías sugeridas para emitir el pronóstico en fisioterapia son los siguientes (Daza Lesmes: 2007 Pág. 25):

NIVELES DE PRONÓSTICO	CARACTERÍSTICAS
Funcionalidad estable	Condición corporal sin perspectiva de cambio en el tiempo
Funcionalidad en progreso	Cuando se puede mejorar el rendimiento en todos o cada uno de los componentes
Funcionalidad en retroceso	Cuando los factores de riesgo sobrepasan los protectores y pueden desmejorar la actual condición de funcionamiento
Probabilidad de mejoría	Se puede acercar a niveles de funcionamiento eficientes. Debe especificarse cuando sea necesaria, la inclusión de ayuda, asistencia o soporte.

Discapacidad estable	Cuando se espera que las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación no aumenten.
Discapacidad en progreso	Predice el incremento de las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones de participación.
Discapacidad en retroceso	Cuando se espera en el tiempo menores deficiencias, disminución de la limitación en las actividades y la restricción en la participación.

Cuadro 8: Niveles de pronóstico