



IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Fisioteràpia

REVISTA DE L'IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

al dia

www.colfisiocv.com



El diagnòstic en Fisioteràpia

Volumen XX N^o 1
Marzo 2024



CONSIGUE YA LA APP ICOFCV



SI YA LA TIENES,
RECUERDA
ACTUALIZARLA

Seguimos ampliando los servicios y prestaciones desde la aplicación.

¡Realiza tus gestiones de manera fácil y rápida. Disfruta de acceso a toda la información, documentos y servicios del Colegio desde tu móvil;



EDITA

Il·lustre Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

COMITÉ DE REDACCIÓ

Director: José Ángel González Domínguez
Subdirector: José Antonio Polo Traverso
Directora Técnica: Rosa M^a Marcos Reguero
Delegacions: Francesc Taverner Torrent (Alacant), Jesús Ramírez Castillo (Castelló) y Juan José Bruño (Valencia)

COMITÉ CIENTÍFIC

Sofía Pérez Alenda (UV)
Felipe Querol Fuentes (UV)
Juan José Amer Cuenca (CEU-UCH)
Noemí Valtueña Gimeno (CEU-UCH)
Jorge Alarcón Jiménez (UCV)
Luis Baraja Vegas (UCV)
Nieves de Bernardo (UCV)
Lucía Ortega Pérez (UEV)
José Vicente Toledo Marhuenda (UMH)
M. Rosario Asensio García (UMH)

COL-LABORADORS

Francesc Medina, Josep Benítez, Santiago Sevilla, José Vicente Toledo, Sergio Hernández, José A. Polo, José Ángel González, Federico Montero y Eduardo Fondevila

Agraïments a: Arturo Such, José A. Polo y Mireia Aguilar.

PORTADA

ICOFCV

REDACCIÓ I ADMINISTRACIÓ

C/ San Vicent Màrtir, 61, Pta 2
C.P 46002 València
T: 96 353 39 68
E: administracion@colfisiocv.com
comunicacion@colfisiocv.com
W: www.colfisiocv.com
Depòsit Legal: V – 1930 – 2001
ISSN: 1698-4609

La direcció de FAD, y por extensió el Colegi de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana (ICOFCV), no se hace responsable de la autoría y originalidad del texto ni de las imágenes ni opiniones manifestadas en los artículos firmados, cuya responsabilidad corresponde exclusivamente a sus autores.

Carta de la direcció



José Ángel González
Director de FAD

Apreciados lectores

Estrenamos el año 2024 desde las páginas de FAD abordando una cuestión clave para los profesionales de la fisioterapia: el diagnóstico.

En efecto, es capital dirigirme a vosotros en esta ocasión para reafirmar la importancia del diagnóstico de fisioterapia en la recuperación de nuestros pacientes.

La fisioterapia, como ciencia de la salud integral, no solo consiste en la aplicación de técnicas terapéuticas; es un proceso completo que incluye la evaluación y el diagnóstico preciso de las condiciones musculoesqueléticas y las disfunciones físicas de los pacientes.

Pero, por desgracia, sobre todo en la sanidad pública, la fisioterapia se ve relegada frecuentemente a un papel secundario en el proceso de diagnóstico, siendo considerada únicamente como un tratamiento complementario. Sin embargo, es imprescindible destacar que los fisioterapeutas poseemos la formación y la experiencia imprescindibles para realizar nuestra praxis clínica integral.

Con estas páginas animamos a los profesionales de la salud, y a nuestros colegas de otras disciplinas, a reconocer y valorar el rol clave del diagnóstico de fisioterapia en la atención integral del paciente.

Y de ello da buena cuenta el magnífico elenco de colaboradores que escriben en estas páginas: nuestros habituales, el decano Josep Benítez, nuestro jurista Santiago Sevilla, y nuestro referente José Polo; junto con los clínicos Arturo Such, Federico Montero y Eduardo Fondevila; los docentes Francesc Medina, José Vicente Toledo y Sergio Hernández; e incluso un servidor con un increíble pero verdadero relato que espero no os deje indiferentes...

Desde esta vuestra revista seguiremos divulgando y promoviendo tanto la actualidad como la problemática de nuestra querida profesión. Por ello es nuestro deber como profesionales de la salud reivindicar la aplicación del diagnóstico en nuestra disciplina y garantizar que se reconozca su importancia en el panorama médico actual.

Recibid un afectuoso saludo

Sumari ■

05. Monogràfic "El diagnòstic en Fisioteràpia"

- 06. Editorial
- 08. Parlem amb...
- 14. L'entrevista
- 18. La visió
- 21. La veu del pacient
- 24. Racó jurídic
- 26. La CIF
- 28. Escales de valoració
- 30. Visió perifèrica
- 32. En primera persona
- 38. Diagnòstic i dolor crònic
- 40. Diagnòstic i derivació directa
- 42. Informació col·legial**
- 56. Formació**
- 58. Benvinguts**

Monogràfic

El diagnòstic en Fisioteràpia



56 5-6 ABRIL
LACIO DE CONGRESOS
DE VALENCIA



17 MAYO
HOSPITAL LA FE
DE VALENCIA

Fisioterapia

El diagnóstico en Fisioterapia



Editorial ■



Francesc Medina

Catedrático de Fisioterapia en la Universidad de Murcia

A lo largo de mi carrera profesional, he escuchado a muchos fisioterapeutas afirmar que el diagnóstico de una enfermedad o lesión, como un accidente cerebrovascular o síndrome de manguito de los rotadores, no es suficiente para guiar su tratamiento. Argumentan que ellos necesitan profundizar más allá de la enfermedad o lesión para conocer el estado funcional de sus pacientes y así identificar las disfunciones que pueden mejorar. Asimismo, mencionan que su tratamiento se dirige con frecuencia hacia la recuperación de disfunciones, como alteraciones en la fuerza muscular, movilidad articular, sensación de dolor y otras funciones corporales (también llamadas deficiencias asociadas a la enfermedad), así como al abordaje de limitaciones en los movimientos y actividades cotidianas, como caminar, mantener o cambiar posturas, llevar o usar objetos, etc.

En Fisioterapia, el proceso para determinar los “fenómenos” a mejorar se suele denominar “evaluación del paciente”. Este proceso incluye primero una fase iterativa de recogida y evaluación de datos, procedentes de la historia y el examen. Posteriormente, se lleva a cabo una fase diagnóstica en la cual se seleccionan las deficiencias corporales y /o actividades limitadas que serán objeto del tratamiento. Este proceso es esencialmente similar al seguido por los médicos. La diferencia entre ambos profesionales no radica en el proceso en sí, sino en los fenómenos preferentemente observados durante la evaluación del paciente (síntomas/signos versus deficiencias/actividades limitadas). Esta distinción también se refleja en el diagnóstico, los médicos lo centran en la enfermedad y/o lesión, mientras que el fisioterapeuta lo enfoca en un subconjunto de deficiencias/actividades limitadas que son objeto del tratamiento.

A pesar de que los fisioterapeutas realizan sistemáticamente la evaluación de sus pacientes antes de cualquier tratamiento, a menudo la profesión es más conocida o percibida externamente por los tratamientos que realiza.

Por ejemplo, la Real Academia Española (RAE) define la Fisioterapia como *“Tratamiento de lesiones, especialmente traumáticas, por medios físicos, como el calor, el frío o el ultrasonido, o por ejercicios, masajes o medios mecánicos”*. Esta percepción externa ignora las habilidades de razonamiento clínico y evaluación que tienen los fisioterapeutas, y contribuye a confundir tanto a los pacientes como a otros profesionales sanitarios.

Otros profesionales no tienen ese problema y son más reconocidos por lo que saben en salud que por lo que hacen en sus tratamientos. Por ejemplo, los neumólogos son reconocidos por sus conocimientos y capacidad para identificar fenómenos clínicos y enfermedades en el aparato respiratorio, y no tanto por ser un experto en broncodilatadores u otras terapias.

Dado que la percepción externa y social de los fisioterapeutas es aún sesgada en favor de sus técnicas terapéuticas, se requieren esfuerzos para conseguir ser más reconocidos por lo que saben en relación al estado funcional y la salud de los pacientes y de su sistema del movimiento. Dos herramientas básicas para lograr este objetivo, aunque no las únicas, son hacer de forma más explícita la evaluación del paciente y el proceso diagnóstico tanto a pacientes como a profesionales.

La evaluación del paciente debe incluir la observación y clasificación sistemática de las disfunciones consideradas importantes para los fisioterapeutas, junto con la medición de aquellas de mayor interés. La Clasificación Internacional del

Funcionamiento (CIF), que se expone en este número, puede facilitar esta observación sistemática. No obstante, es importante comprender que cuando el fisioterapeuta identifica y clasifica con la CIF u otra herramienta (por ejemplo, *“dificultad moderada para andar cortas distancias”* o *“déficit grave de fuerza”*) no está ya diagnosticando, sino que está recopilando información priorizada para considerarla en el diagnóstico. El diagnóstico en

Fisioterapia es identificar, entre esas actividades limitadas y las deficiencias existentes o potenciales, un subconjunto que serán el foco del tratamiento. Al fin y al cabo, eso es diagnosticar también para muchas otras profesiones: identificar uno o varios fenómenos que serán objeto del tratamiento.

En este número de FAD, se ha seleccionado el tema del diagnóstico en Fisioterapia en un esfuerzo dirigido a mejorar la percep-

ción externa de la profesión como expertos en el estado funcional de las personas y de su sistema del movimiento. En esta edición, el lector encontrará: i) herramientas que pueden contribuir a la evaluación del paciente y a la medición de aspectos relevantes, ii) aspectos conceptuales que permiten diferenciar el diagnóstico en Fisioterapia respecto al de otros profesionales y a otro tipo de conceptos próximos (diagnóstico diferencial o clasificación), iii) el razonamiento clínico empleado para establecerlo, iv) la justificación jurídica de por qué se tiene que realizar al ser profesionales con autonomía técnica, y v) otros temas no menos relevantes.





Parlem amb...

Arturo Such Sanz

Fisioterapeuta experta en raonament clínic

La valoración del paciente y el consiguiente diagnóstico son fundamentales para elegir el tratamiento adecuado para él. También en Fisioterapia. No obstante, es crucial no confundir el diagnóstico fisioterapéutico con el médico. Mientras que este último se basa en la patología, el fisioterápico debe centrarse en las consecuencias de esta en la función del paciente. En este *Parlem amb...* Arturo Such, fisioterapeuta experto en razonamiento clínico y miembro de la Comisión de Terapia Manual del ICOFCV, aborda estos conceptos, destacando la importancia del diagnóstico diferencial y compartiendo su experiencia en este campo desde su clínica en L'Olleria (Valencia).

CURRÍCULUM VITAE

- Diplomado en Fisioterapia
- Máster osteopatía estructural
- Director de la clínica *Moviment i Salut*
- Miembro de la Comisión de Terapia Manual del ICOFCV
- Socio Fundador de la Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor (SEFID)
- Miembro del grupo de pensamiento crítico de la Asociación Española de Fisioterapeutas
- Profesor asociado de la CEU UCH
- Profesor en Másters de Fisioterapia
- Responsable y docente de cursos de razonamiento clínico y de cursos de neuropatías de miembro superior e inferior

¿Qué debemos entender por diagnóstico en Fisioterapia?

La Real Academia de la Lengua define el diagnóstico en su tercera acepción como "determinación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas", y en la cuarta como "calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte".

En fisioterapia, sin embargo, el diagnóstico se basa no tanto en la patología como en las consecuencias funcionales que de ella se derivan y que condicionan la calidad de vida del paciente.

Dejémoslo muy claro. ¿Qué diferencias hay entre el diagnóstico que lleva a cabo un médico y el que realiza un fisioterapeuta?

El primero se basa en el reconocimiento de la patología. El segundo en el reconocimiento de elementos que guardan más relación con la función del tejido y la persona que con la propia patología.

En general, ¿los pacientes que acuden a la clínica conocen la diferencia entre ambos?

En muchos casos no. Los pacientes acuden a la consulta con una idea preconcebida de su problema, esperando una resolución y un diagnóstico que no le podemos ofrecer. Los tratamientos de medicina y fisioterapia suelen ser compatibles pues se dirigen a elementos distintos del problema del paciente, aunque con fines idénticos: mejorar su calidad de vida. Dijéramos que vemos al paciente desde una perspectiva ligeramente distinta pero con un fin común, formando un equipo multidisciplinar. Esto es algo que en ocasiones el paciente no conoce.

En el caso de enfrentarte a un paciente con una patología que requiere un diagnóstico médico, ¿cuál es la acción apropiada a seguir?

El paciente se debe derivar al médico con el fin de establecer el diagnóstico. Puede que el paciente sea susceptible de mejorar con fisioterapia o no, pero se necesita descartar patologías determinadas y esto solo puede hacerlo el profesional correspondiente, en este caso el médico.



¿Qué opinión tienes del diagnóstico en Fisioterapia?

Presento dos perspectivas relacionadas entre sí. Por una parte, el diagnóstico en fisioterapia es básico si queremos ayudar al paciente a mejorar su estado de salud y recuperar su capacidad física. No podemos ayudar a alguien si no sabemos bien qué le ocurre o desde qué posición parte.

Por otra parte, el diagnóstico de fisioterapia ha de relacionarse con el diagnóstico de la patología específica. Aunque el fisioterapeuta no está legalmente capacitado para establecer este diagnóstico, sí debe ser capaz de reconocer la patología y entenderla bien por varios motivos.

El primer motivo es cuestión de seguridad clínica: para poder derivar al paciente cuando considere que necesita una valoración por parte de otros profesionales, incluso cuando el paciente ya ha sido derivado a fisioterapia. Y el segundo motivo es

porque la patología puede condicionar el valor de cada uno de los hallazgos clínicos y de las disfunciones que el fisioterapeuta tendrá que abordar en el tratamiento, además de que marcará pronóstico.

¿Qué aporta al fisioterapeuta?

El diagnóstico en fisioterapia es el que permite al fisioterapeuta trabajar con seguridad y seguir un plan de tratamiento. Le aporta la certeza de que se basa en algo tangible, medible y le permite conocer qué elementos modificar para intentar mejorar la calidad de vida del paciente.

¿Y al paciente?

Para el paciente es importante puesto que le ofrece garantías, también tangibles, de que el tratamiento va a ir encaminado hacia la resolución de sus problemas.



Realizar un diagnóstico en fisioterapia no es fácil. El primer paso consiste en determinar si el paciente es susceptible de recibir un tratamiento de fisioterapia... Si se sospecha que un paciente sufre una patología que no puede ser abordada con fisioterapia o que necesita un tratamiento que se complementaría con fisioterapia, se debe derivar.



¿Cómo funciona el diagnóstico fisioterapéutico?

Realizar un diagnóstico en fisioterapia no es fácil. El primer paso consiste en determinar si el paciente es susceptible de recibir un tratamiento de fisioterapia. No todos los pacientes lo son, o no todos lo son en el momento en que acuden en busca de ayuda. Si se sospecha que un paciente sufre una patología que no puede ser abordada con fisioterapia o que necesita un tratamiento que se complementaría con fisioterapia, se debe derivar.

En segundo lugar, el fisioterapeuta debería ser capaz de reconocer y entender el cuadro clínico del paciente. Siempre digo que aunque no se pueda diagnosticar una hernia de disco, es necesario que el fisioterapeuta la reconozca y conozca sus implicaciones.

En tercer y último lugar, el fisioterapeuta intentará establecer una relación entre el cuadro clínico del paciente, las alteraciones funcionales que presenta y sus necesidades. En este momento entran en juego las llamadas categorías de hipótesis, que no son más que una manera de organizar la información relativa al paciente para entender su situación y poder pautar un tratamiento lo más individualizado posible. No es lo mismo una limitación de flexión dorsal del tobillo tras un esguince agudo de tobillo, en el que la inflamación condicionará la capacidad de mover el pie y la aparición de dolor ante un mínimo estímulo, que una limitación de la flexión de tobillo, como consecuencia de una limitación articular, que actúe como condicionante para desarrollar un dolor anterior de la rodilla. El tratamiento será en consecuencia completamente distinto.



El diagnóstico en fisioterapia es el que permite al fisioterapeuta trabajar con seguridad y seguir un plan de tratamiento.



¿Cómo definirías el diagnóstico diferencial?

En medicina el diagnóstico diferencial es la relación de enfermedades que pueden ser causantes de los signos y síntomas del paciente.

En fisioterapia, entenderíamos el diagnóstico diferencial como la relación de disfunciones que podrían explicar los síntomas y alteraciones funcionales del paciente.

Se basa en aplicar un estrés a varias estructuras hasta provocar síntomas o las alteraciones funcionales del paciente. En ese momento, se modifica un parámetro con el fin de aislar una estructura y ver si se modifican los síntomas o alteraciones funcionales. Por ejemplo, en un paciente con limitación de la flexión de la rodilla necesitaríamos saber si es debida a un problema articular o a un problema de rigidez muscular. Flexionando la rodilla con flexión de cadera aislaríamos la articulación al intervenir en menor medida el músculo. Si la limitación de la flexión es la misma que con la cadera en extensión pensaríamos que el problema es articular (del tipo que sea), en caso contrario habría que pensar en la rigidez muscular. Es ahí donde el diagnóstico diferencial es clave para el fisioterapeuta.

Un paso previo a este diagnóstico diferencial sería lo que los fisioterapeutas llamamos cribado o detección de signos de alarma: el proceso de detección de los signos y síntomas que hacen sospechar que el paciente no es susceptible de beneficiarse de un tratamiento de fisioterapia y que necesitan, por tanto, de una derivación para que otros profesionales establezcan un diagnóstico definitivo y por qué no, un tratamiento adecuado. Es probable que en un futuro, el mismo paciente pueda beneficiarse de nuestro quehacer. Lógicamente, este paso es aún más importante que el anterior, pues permite al fisioterapeuta trabajar con seguridad.

¿Cuáles son los elementos clave de ese diagnóstico diferencial?

Como digo los elementos clave son la reproducción de los síntomas o la alteración funcional del paciente, y el estresar de manera lo más aislada posible una estructura.

Imagina que el proceso del diagnóstico diferencial no está disponible para el fisioterapeuta. ¿Qué supondría eso para nuestra práctica clínica?

Sería como intentar ayudar a alguien dando palos de ciego. En ocasiones pongo un ejemplo muy simple: alguien que sabe nadar acabará ahogado por cansancio si se dirige hacia el mar abierto en vez de hacia la orilla. Necesita a alguien que le indique en qué dirección debe nadar para acercarse a la playa. Si no disponemos o no hacemos este diagnóstico diferencial (incluyendo el cribado y el uso de las categorías de hipótesis), es probable que no sepamos indicarle al paciente en qué dirección nadar. Si es así, la prestación de ayuda se convierte en una cuestión de suerte.

¿Qué elementos en la formación universitaria del fisioterapeuta te parecen indispensables para favorecer el proceso de diagnóstico diferencial?

En este sentido creo que lo más importante es que los estudiantes aprendan a pensar de manera adecuada. El pensamiento crítico es importante en este aspecto, como también puede serlo la estadística, la metodología de la investigación y lectura crítica. Estos conocimientos pueden llevar al estudiante a plantearse cuestiones desde diferentes puntos de vista, conocer la epidemiología de diferentes entidades, etc.

Además, pienso que es importante que los alumnos aprendan a obtener información relevante y estrategias de comunicación adecuadas. El pacien-



El paciente es quien mejor sabe cuál es su problema. Si no somos capaces de escucharle, es poco probable que podamos establecer un diagnóstico diferencial.



te es quien mejor sabe cuál es su problema. Si no somos capaces de escucharle, es poco probable que podamos establecer un diagnóstico diferencial que sea relevante para su problema.

Por supuesto, para razonar bien hay que tener una buena base de conocimientos. En este sentido las ciencias básicas me parecen importantísimas.

¿Crees que la prognosis depende en buena medida del proceso de diagnóstico diferencial?

Por supuesto, aunque no en exclusiva: la patología del paciente condiciona el pronóstico. No es lo mismo tener un esguince que una fractura intra-articular. No es lo mismo tener un mecanismo inflamatorio tras un esguince en fase aguda, que un comportamiento muy mecánico, pero una vez establecidas estas diferencias y las estructuras afectadas, cómo vive el paciente su problema condiciona mucho la evolución.

Para finalizar, si quieres hacer algún agradecimiento...

Estoy eternamente agradecido a mis compañeros de profesión, y amigos, con los que diariamente discuto sobre fisioterapia, razonamiento, dolor y demás aspectos de la profesión. Ellos saben quiénes son. Esas discusiones me ayudan a crecer como fisioterapeuta y a ver la fisioterapia con otros ojos.

El diagnóstico fisioterapéutico en Estados Unidos

Entrevista a **José A. Polo Traverso**

Fisioterapeuta en el Robert Packer

Hospital, Pensilvania

Colegiado de Honor del ICOFCV



El diagnóstico en Fisioterapia no reviste mayor controversia en Estados Unidos a tenor de la entrevista a nuestro Colegiado de Honor, José Polo, fisioterapeuta en el Robert Packer Hospital en el estado de Pensilvania. El fisioterapeuta estadounidense cuenta en gran medida con acceso directo al paciente, y debido a ello, necesita emitir un diagnóstico preciso que responda a los síntomas y signos clínicos de un paciente que, en numerosas ocasiones, no ha sido examinado previamente por un médico. La aceptación del cuerpo médico hacia los diagnósticos emitidos por fisioterapeutas es absoluta. De todo ello hablamos con José Polo en esta entrevista, realizada en su última visita a Valencia.

¿Existen diferencias significativas en el diagnóstico en Fisioterapia entre España y Estados Unidos?

Sí, hay diferencias notables entre ambos países. La Asociación Americana de Fisioterapia (APTA) establece que es responsabilidad del fisioterapeuta organizar e interpretar la información recogida en el proceso diagnóstico a través de la anamnesis, la revisión del historial, pruebas complementarias y examen clínico. ¡Esto supuso un paso de gigante para nuestra profesión! Somos responsables de interpretar esa información y, por ende, de tomar las decisiones pertinentes para salvaguardar la salud de nuestros pacientes, ya sea tratándolos directamente, solicitando pruebas complementarias o derivándolos con la urgencia requerida.

¿Es igual en todo el país?

No exactamente. Los fisioterapeutas norteamericanos dependen directamente de las reglas establecidas por el *Physical Therapy Licensing Board* del estado en el que ejercen. Dado que hay 50 estados, tenemos 50 *Boards*. Aunque existen algunas variaciones y opiniones distintas entre ellos dependiendo del *establishment* médico de ese estado, en general, se espera que los fisioterapeutas emitan diagnósticos viables con el peso legal que les corresponde.

Fellow en Terapia Manual y doctor en Fisioterapia por la Upstate Medical University en Syracuse, NY, el subdirector de FAD mantiene su práctica clínica activa con pacientes neuromusculares, a menudo afectados por mareos inespecíficos, tanto en práctica ambulatoria como en el departamento de Urgencias del Robert Packer Hospital, en el estado de Pensilvania (EE.UU.)

De hecho, la creciente literatura que respalda la capacidad académica y clínica del fisioterapeuta para realizar diagnósticos certeros en lesiones neuromusculares y, lo que es más importante, para gestionar adecuadamente al paciente que las sufre, ha allanado las diferencias de opinión entre unos y otros.

¿Qué diferencia el diagnóstico médico del fisioterápico?

En líneas generales, el médico emite un diagnóstico sobre la estructura mientras que el fisioterapeuta lo hace de forma funcional.

Para ilustrar esta distinción, expondré un ejemplo. Un neurocirujano diagnosticaría a un paciente una lesión del nervio radicular L4 derecho, mientras que el fisioterapeuta, tras realizar un diagnóstico diferencial, indicaría qué signos y síntomas como la reproducción de síntomas a la flexión lumbar, dolor a Valsalva, reflejo patelar abolido, parestesias al maléolo tibial medio, debilidad a la dorsiflexión del tobillo, marcha en Steppage... sugieren lesión del nervio radicular L4 derecho y, si la prognosis con tratamiento conservador es insuficiente, lo derivaría al cirujano.

Ambos profesionales sanitarios, tanto el cirujano como el fisioterapeuta, basan su diagnóstico en los mismos pasos: anamnesis, revisión del historial, revisión de sistemas y examen clínico. Sin embargo, el fisioterapeuta tenderá a centrarse en las disfunciones del movimiento que implican una mayor o menor medida de incapacidad funcional.



La creciente literatura que respalda la capacidad académica y clínica del fisioterapeuta para realizar diagnósticos certeros en lesiones neuromusculoesqueléticas y para gestionar adecuadamente al paciente que las sufre, ha allanado las diferencias entre los *Boards*.



Es decir, similitud en el proceso pero diferentes objetivos...

Así es, has captado la esencia. El mecanismo a través del cual los profesionales sanitarios aprenden acerca de la enfermedad es idéntico: un modelo de Razonomamiento Clínico que aquí llamamos *Illness Description*, y que consta de varios elementos: Epidemiología, Patofisiología, Progresión en el Tiempo, Signos y Síntomas, Procesos diagnósticos y Tratamiento. Este proceso descriptivo es idéntico para médicos y fisioterapeutas pero las diferencias se manifiestan en las áreas de enfoque. Mientras que los fisioterapeutas incidimos con mayor profundidad en los déficits motores y enfermedades neuromusculoesqueléticas, los médicos se centran en los déficits sistémicos, en aquellas patologías que presentan mayores cambios metabólicos, microbiológicos o malignos.

Antes has hablado de que el fisioterapeuta alcanza su diagnóstico a través del diagnóstico diferencial. ¿Podrías ahondar un poco más?

Claro. El diagnóstico diferencial se basa en el reconocimiento de patrones de dolor, de disfunción y síntomas que nos llevan a determinar el origen de la lesión. Esto se logra a través de aislar el compor-

tamiento de una estructura durante el movimiento, la contracción muscular o la compresión/distracción articular, entre otros ejemplos, mientras co-tejamos esos hallazgos con la historia médica del paciente, la revisión de sistemas y las pruebas complementarias disponibles.

Este proceso es crucial en la clínica, ya que el fisioterapeuta necesita llegar a un diagnóstico viable para decidir si el paciente requiere fisioterapia, si debe derivarlo al especialista o qué tipo de intervención es más adecuada.

¿Conoces el juego '¿Quién es Quién?'? Creo que es el mejor ejemplo que puedo dar a los lectores de FAD para explicarles cómo funciona el diagnóstico diferencial. En este juego, uno de los jugadores elige un personaje y el otro debe adivinar quién es mediante un número determinado de preguntas. ¿Es chico o chica? ¿Joven o mayor? ¿Tiene gafas? A través de esas preguntas, el jugador llega a la respuesta correcta. Traslademos ese proceso al ámbito de la salud. ¿Mecanismo de lesión traumático o insidioso? ¿Dolor irradiado bajo la rodilla? ¿Debilidad muscular distal? ¿Problemas en la marcha? Siempre recomiendo a los estudiantes de fisioterapia que utilicen las normas de este sencillo juego para afinar sus habilidades deductivas.



En Estados Unidos, el fisioterapeuta asume el papel de profesional sanitario de atención primaria, con todos los riesgos y responsabilidades que ello implica. Además, con la exigencia añadida de que su diagnóstico debe ser certero porque a menudo es el único que ha examinado al paciente.



¿Qué otros aspectos del diagnóstico diferencial merece la pena señalar?

Otro aspecto en este proceso es descartar, en la medida de lo posible, que los síntomas y signos del paciente no tengan un origen sistémico o metabólico. Este punto es importante en la práctica clínica diaria, sobre todo cuando el paciente no ha pasado previamente por el médico (ya sea de cabecera o un especialista) antes de acudir a nuestra consulta.

En Estados Unidos, las derivaciones al fisioterapeuta pueden realizarse de manera online, por teléfono o incluso a través del móvil, sin que un médico haya examinado antes al paciente. En esos casos, el fisioterapeuta asume el papel de profesional sanitario de atención primaria, con todos los riesgos y responsabilidades que ello implica. Además, con la exigencia añadida de que su diagnóstico debe ser certero porque es el único que ha examinado al paciente.

¿En vuestro país el fisioterapeuta puede pedir pruebas diagnósticas?

No, en EEUU oficialmente el fisioterapeuta no tiene la capacidad de solicitar pruebas diagnósticas. Sin embargo, aún no me he encontrado con un médico que se niegue a recomendar una resonancia magnética o un PET scan cuando el diagnóstico del

fisioterapeuta sugiere con relativa certeza una posible lesión maligna como causa de los síntomas del paciente. La responsabilidad jurídica es demasiado grande para permitir una batalla de egos. Además, es importante destacar que los fisioterapeutas ni competimos ni queremos competir con los médicos diagnosticando pacientes. Quiero dejarlo muy claro: no se trata de sacarle los colores a nadie diagnosticando mejor, sino de salvaguardar la salud del paciente formando parte de un equipo multidisciplinar que se mueve en un plano horizontal.

Para finalizar, si quieres hacer algún agradecimiento...

Por supuesto, quiero expresar mi agradecimiento a todos los Colegios de Fisioterapeutas de España por la labor que realizan en beneficio de nuestra profesión. Y muy especialmente al ICOFCV por la dedicación y compromiso demostrado a lo largo de los últimos años. Sin estas instituciones, no tendríamos una profesión que defender.

Aún con su apoyo, las cosas podrían estar mejor. Quiero hacer un llamamiento a los lectores para que se comprometan a defender y promover la Fisioterapia, tanto en la calle como en instituciones públicas. La situación de la profesión en España no está para que cada uno siga mirándose el ombligo.

Diferencias entre el diagnóstico médico y el diagnóstico de fisioterapia



Josep C. Benítez Martínez

Decano del ICOFCV

Todos los profesionales sanitarios tienen la obligación legal y moral de realizar un diagnóstico (valoración razonada de las circunstancias que acontecen en el proceso sanitario que se va a iniciar en el paciente). Esta es una de las diferencias entre un profesional sanitario y un técnico sanitario. El técnico ejecutará la técnica prescrita por el profesional sanitario, el cual, mediante el razonamiento clínico y diagnóstico preceptivo habrá determinado las acciones más adecuadas.

El proceso asistencial en España, desde el punto de vista legal, se inicia con y es responsabilidad del médico, quien derivará al resto de profesionales sanitarios (logopedia, fisioterapia, psicología, enfermería, podología, dietética y nutrición, óptica-optometría, terapia ocupacional, odontología) con el fin de proveer al paciente la adecuada asistencia y la mejor recuperación disponible. Otra cosa es lo que ocurre en la práctica (no voy a entrar a valorar las razones). Pero dentro de esta prescripción, la autonomía profesional de cada especialidad sanitaria, en general, y del fisioterapeuta en particular, les obliga a realizar esa valoración previa (circunscrita a su especialidad), junto con un razonamiento clínico adecuado que le permita establecer un plan terapéutico acorde a los tres pilares de la práctica basada en la evidencia: 1) La evidencia científica, 2) La experiencia clínica, 3) Las expectativas y predilecciones del paciente; es decir lo que se conoce como Fisioterapia Basada en la Evidencia. En definitiva, un diagnóstico de fisioterapia.

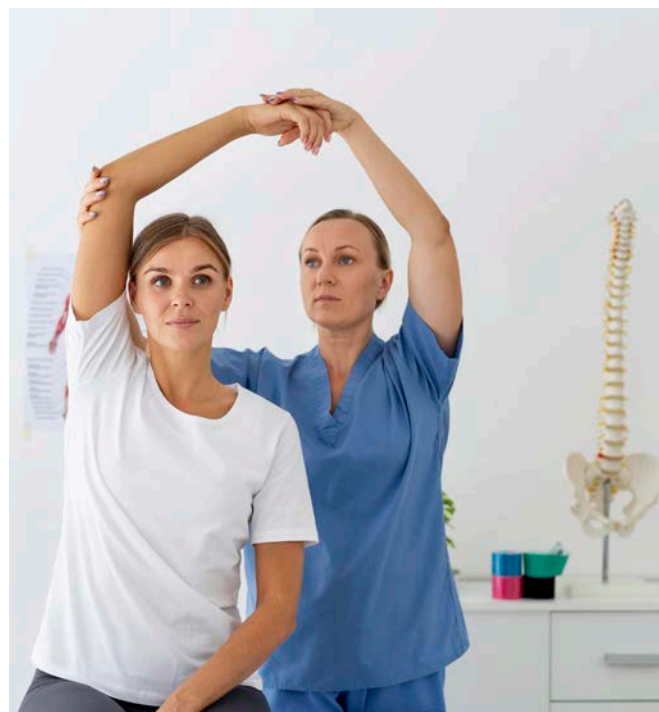
El diagnóstico médico se realiza en base a la terapéutica utilizada en medicina, a saber, principalmente dos modalidades: farmacoterapia (sistémica o local, en sus diferentes vías de administración) y la cirugía (me va a perdonar el colectivo médico que sintetice tanto y deje de lado una terapéutica, entre otras, que en los próximos años nos dará muchas alegrías; me refiero a la biotecnológica y la genética).

El diagnóstico de fisioterapia debería basarse en la terapéutica utilizada en fisioterapia, teniendo en cuenta que es una ciencia sanitaria multimodal (varias modalidades terapéuticas son utilizadas en una misma sesión de tratamiento y durante el proceso asistencial). No obstante, podríamos establecer que tres de ellas son la piedra angular: educación, ejercicio físico y terapia manual (nos referimos a todas las técnicas aplicadas con las manos), sin olvidar la electroanalgesia, electroestimulación, hidroterapia, termoterapia en todas sus modalidades, etc.

Así, se entiende que el diagnóstico médico, basado en signos y síntomas de la enfermedad, en una primera aproximación no indague en profundidad en las sub-etiquetas que pueden caracterizar el proceso. Ahora bien, si el efecto del tratamiento no es el esperado, se profundiza en sus características específicas y particulares (mediante pruebas complementarias).

El fisioterapeuta debería valorar, analizar y razonar en base a cómo va a actuar terapéuticamente. Si partimos de la base de que la esencia de la fisioterapia es la recuperación funcional, el fisioterapeuta centrará su valoración en la función (ROM, fuerza, control motor, equilibrio, pruebas funcionales, sensibilidad, integración sensorial, etc.) y, en casos necesarios, indagará en profundidad por si la estructura puede condicionar el plan terapéutico o la recuperación total.

Conviene recordar que los diagnósticos médicos están basados en la Clasificación Internacional de la Enfermedad, con sus etiquetas y sub-etiquetas; y que el fisioterapeuta debería considerar en su diagnóstico la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, conocida como CIF, y que pone su énfasis en la función, nos habla de funciones corporales, las actividades de la vida diaria y la participación, o la posible falta futura (prevención de la discapacidad).



El fisioterapeuta centrará su valoración en la función (ROM, fuerza, control motor, equilibrio, pruebas funcionales, sensibilidad, integración sensorial, etc.) y, en casos necesarios, indagará en profundidad por si la estructura puede condicionar el plan terapéutico o la recuperación total



El fisioterapeuta, al verse sumergido en un mundo sanitario donde predomina el paradigma biomédico, termina haciendo un diagnóstico con muchos paralelismos al de la medicina y pierde de vista su esencia misma: la recuperación de la función.



También debería detectar banderas rojas aun habiendo sido derivado el paciente con un diagnóstico médico claro. Como profesionales sanitarios, tenemos la obligación legal de asegurarnos del estado del paciente y no únicamente ejecutar acciones terapéuticas



El diagnóstico es el primer paso para ajustar el tratamiento a las necesidades, circunstancias y lesión o patología que presenta nuestro paciente. El proceso comienza con un diagnóstico diferencial (como ya han ilustrado de manera exquisita y clara nuestros compañeros colaboradores de este número). Es una parte importante y determina el éxito de la recuperación del paciente, por eso, en la práctica, le dedicamos bastante tiempo. También debería detectar banderas rojas (signos de alarma) aun habiendo sido derivado el paciente por parte del profesional de la medicina con un diagnóstico médico claro. Como profesionales sanitarios, tenemos la obligación legal de asegurarnos del estado del paciente y no únicamente ejecutar acciones terapéuticas.

Una vez establecido ese diagnóstico diferencial, es momento de valorar la capacidad funcional del paciente mediante pruebas objetivas que nos permitan cuantificar el grado de disfunción motriz/sensorial/sensitiva (ejemplo: grados de movilidad de una articulación/gesto; kg de fuerza isométrica de un músculo y su diferencia con el antagonista o con el contralateral; tiempo o número de repeticiones al

realizar una prueba física, activación muscular -mediante electromiografía de superficie o ecografía-etc.). Con estos datos, será más claro establecer objetivos de tratamiento, planificar la recuperación y comprobar el cumplimiento de éstos. Además, debe quedar todo registrado en la historia clínica, ya que un juez podría requerirla si hubiese algún tipo de litigio y el paciente lo solicitase. El diagnóstico en fisioterapia debería ser un relato y no una o varias etiquetas, además de considerar la discapacidad futura o estrategias de prevención.

No menos importante, sería el generar bases de datos sobre las peculiaridades y características de nuestros pacientes, ya que muchas veces los datos de referencia de las diferentes pruebas son de autores de países en los que la población puede no ser semejante a la española y la levantina en particular. Los fisioterapeutas debemos empezar a registrar y compartir datos anonimizados.

Así, el diagnóstico en fisioterapia es complementario al diagnóstico médico y nos permitirá actuar de manera específica según las deficiencias identificadas.

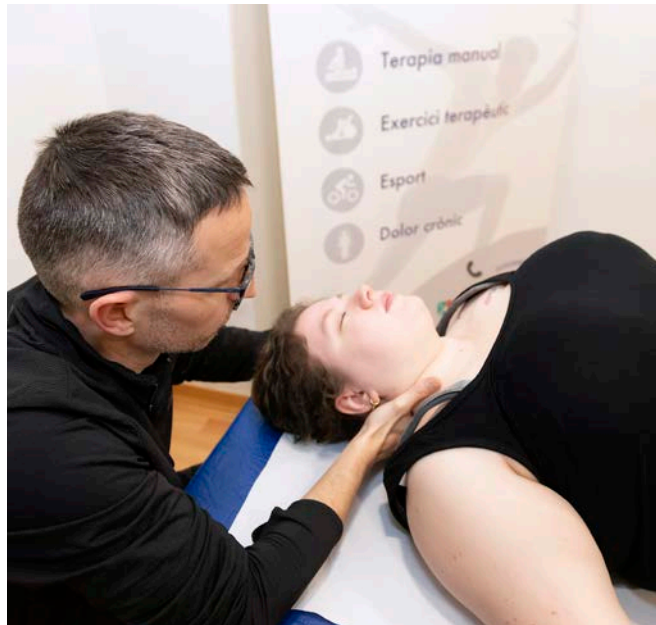
La voz del paciente

Mireia Aguilar Colomer



Natural de Algemès, nuestra colegiada Mireia Aguilar Colomer es fisioterapeuta y, como todos, también en determinadas ocasiones paciente. Por ello, en esta edición, protagoniza esta sección para compartir su experiencia personal como un caso ilustrativo donde el diagnóstico fisioterápico aplicado por su fisioterapeuta ha sido fundamental para facilitar su recuperación.

En 2020, Mireia Aguilar sufrió una lesión nerviosa en el brazo derecho que conllevó pérdida de fuerza y sensibilidad, especialmente en el antebrazo y la mano. Consultó a varios médicos, pero tras casi dos años de pruebas descartando posibles patologías no encontraron de dónde venía el problema y que producía la sintomatología; consideraron que era una patología idiopática y que no podían descubrir qué lo había provocado ni cómo solucionarlo. Ante esta situación, decidió buscar la ayuda de un compañero fisioterapeuta experto en este campo, quien, tras realizar un diagnóstico diferencial, inició el tratamiento fisioterápico. En la actualidad, Mireia está totalmente recuperada.



Hace dos años que te pusiste en manos de tu fisioterapeuta. ¿Cómo viviste la fase inicial en la que te hizo el diagnóstico?

La fase inicial fue un proceso de descarte a base de preguntas y exploraciones por parte de Arturo, que nos fue guiando hasta encontrar la raíz de la patología. A través de las pruebas diagnósticas, identificamos qué movimientos empeoraban el dolor y cuáles lo mejoraban, lo que nos permitió empezar el tratamiento en la primera sesión.

Personalmente, fue un momento de desconcierto y alivio mezclados. Después de pasar tanto tiempo con dolor y consultar a diferentes profesionales sin que supiesen de dónde venía ni cómo tratarlo, finalmente habíamos encontrado un tratamiento terapéutico que parecía ser certero.

¿Cuál fue el diagnóstico de tu lesión?

La sintomatología era compatible con una lesión del nervio a nivel de la primera costilla, por lo tanto, iniciamos el tratamiento a partir de ese punto. El objetivo era recuperar el tono muscular normal y la sensibilidad del brazo.



Tener un diagnóstico significa tener un punto de partida para empezar a trabajar cuanto antes en la solución del problema.



No sólo como fisioterapeuta sino también por tu experiencia como paciente, entendemos que defiendes la importancia del diagnóstico fisioterapéutico, ¿cierto?

Sí, creo en el diagnóstico en Fisioterapia porque el fisioterapeuta es el profesional sanitario que posee conocimientos tanto de patología y diagnóstico como de ejercicio terapéutico, como lo demuestra mi caso. Esto le ha permitido abordar mi lesión desde la fase inicial hasta la recuperación completa. Actualmente, tan sólo acudo a revisión cada seis meses.



A veces, los pacientes no saben que también existe un diagnóstico fisioterapéutico, por lo que no comprenden la importancia de responder con sinceridad a las preguntas iniciales del fisioterapeuta o de dedicar parte del tiempo de las sesiones a realizar las pruebas pertinentes. ”



Cuando oyes la palabra “diagnóstico”, ¿qué es lo primero que piensas?

Diagnóstico es una palabra que, debido a mi trabajo, escucho y utilizo todos los días, así que no tuve ningún pensamiento negativo al respecto; al contrario. Cuando mi fisioterapeuta me realizó las pruebas para el diagnóstico pertinente, experimenté una sensación de alivio, ya que significaba que sabía dónde buscar, cosa que en esos momentos, te da mucha esperanza. Tener un diagnóstico significa tener un punto de partida para empezar a trabajar cuanto antes en la solución del problema.

¿Crees que el ser fisioterapeuta cambia tu percepción respecto a la importancia del diagnóstico fisioterapéutico en comparación con la que puede tener otro paciente?

Sí, definitivamente. Como fisioterapeuta, entiendo la relevancia del diagnóstico fisioterapéutico y cómo influye en el tratamiento. A veces, los pacientes no saben que también existe un diagnóstico fisioterapéutico, por lo que no comprenden completamente la importancia de responder con sinceridad a las preguntas iniciales del fisioterapeuta o de dedicar parte del tiempo de las sesiones a

realizar las pruebas pertinentes, cuando es básico para encontrar el tratamiento más efectivo posible en su patología.

¿Qué le dirías a alguien que sufre una lesión y duda entre dirigirse al fisioterapeuta o ponerse en manos de un entrenador físico?

Si eres una persona libre de patologías y buscas mejorar tus capacidades físicas básicas, un entrenador físico puede ser la elección adecuada. Sin embargo, en el momento en el que cuentas con alguna patología, ya sea aguda o crónica, debe ser el fisioterapeuta quien pauté el protocolo de actuación en rehabilitación o readaptación, ya que es su competencia como profesional sanitario.

¿Qué recomendación tienes para la persona que acude a su fisioterapeuta por primera vez debido a una lesión?

Mi recomendación es que no tenga miedo y que confíe en el proceso. El fisioterapeuta es un profesional de la salud cualificado para valorar y proporcionar un diagnóstico fisioterapéutico sobre la lesión, además de tratarla en la medida de las posibilidades dentro de la disciplina.

Los diagnósticos fisioterapéutico y médico como complementarios



Santiago Sevilla Gómez

Asesor Jurídico del ICOFCV
Abogado, colegiado del ICAV nº 6220

El diagnóstico en fisioterapia y el diagnóstico médico son dos enfoques distintos pero complementarios para evaluar y tratar a los pacientes.

Mientras que el diagnóstico médico se enfoca en identificar enfermedades y trastornos médicos específicos, el diagnóstico fisioterapéutico se centra en evaluar la función física y desarrollar un plan de tratamiento para abordar problemas de movimiento y disfunciones musculoesqueléticas. Ambos enfoques pueden ser necesarios para brindar una atención integral y efectiva al paciente.

Dicho asunto viene ya resuelto en la lejana sentencia de la Audiencia Nacional Sala de lo Contencioso Sede: Madrid Sección: 5 N° de Recurso: 856/2008 de 2 de diciembre de 2009.

La citada sentencia viene a resolver el recurso planteado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos contra la Orden CIN/2135/2008, de 3 de julio, de la Ministra de Ciencia e Innovación, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de fisioterapeuta.

La sentencia extrae, tras un análisis de los artículo 6 y 7 de la Ley 44/2003 de ordenación de profesiones sanitarias, una primera conclusión: *“que son los médicos, en lo que ahora interesa, quienes tienen reconocida la función de «diagnóstico de las enfermedades»”*.

Ahora bien, en su fundamento jurídico cuarto la sentencia concluye que *“no ha de confundirse esa función de «diagnóstico de las enfermedades» con la «valoración diagnóstica de cuidados de fisioterapia», que, conforme al anexo de la Orden impugnada, es la competencia que ha de adquirirse en esta última titulación sanitaria”* (la de fisioterapia).

Sostiene la sentencia que, *“de entrada ha de subrayarse que el término «diagnóstico» no está reservado al ámbito médico, aunque sea en el mismo donde encuentra una de sus más importantes aplicaciones”*.

Es más, acogiéndose a lo previsto en Real Decreto 1.001/2002, de 27 de septiembre, que recoge los Estatutos del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España, y otorgando a los mismos de fuerza normativa añade que *“el ejercicio de la Fisioterapia incluye, además, la ejecución por el fisioterapeuta, por sí mismo o dentro del equipo multidisciplinario, de pruebas eléctricas y manuales destinadas a determinar el grado de afectación de la inervación y la fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, todas ellas enfocadas a la determinación de la valoración y del diagnóstico fisioterápico, como paso previo a cualquier acto fisioterapéutico, así como la utilización de ayudas diagnósticas para el control de la evolución de los usuarios”* (artículo 1, apartado 2), **revelando la existencia de un «diagnóstico fisioterápico» con un marco bien definido”**.

Continúa la sentencia señalando que *“conjugando lo que se lleva expuesto, hay que entender que, cuando el anexo de la Orden (CIN) fija como objetivo el adquirir competencias para la «valoración diagnóstica de cuidados de fisioterapia», no está incluyendo el diagnóstico médico, ni, por tanto, posibilitando la adquisición por los estudiantes de fisioterapia de competencias expresamente reservadas a otros profesionales sanitarios”*.

La existencia de dos diagnósticos con enfoque diferente no implica que sean excluyentes, sino al contrario, la efectividad de ambos reside en que se complementen en beneficio del paciente.

En este sentido cabe reseñar lo establecido en la sentencia del Tribunal Supremo (Contencioso), sec. 4ª, S 25-10-2011, rec. 3063/2010 que resuelve un recurso Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, también contra la Orden CIN/2135/2008, por la que se establecen los requi-

sitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de fisioterapeuta.

Se establece en dicha sentencia que en el centro de todo acto sanitario está el paciente y así se señala como principio transversal de la Ley 44/2003 (EDL 2003/127263), de ordenación de las profesiones sanitarias, el que **-todos- los profesionales sanitarios tienen como función general la tendente a la conservación, mantenimiento y restablecimiento de la salud de las personas atendidas por ellos**, para lo que la propia ley acomete la definición de las funciones de cada una de dichas profesiones *“sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario, ni de las que puedan desarrollar otros profesionales”*.

Así las cosas, la autonomía técnica y científica del fisioterapeuta en el diagnóstico se basa en su formación académica y clínica, así como en su capacidad para realizar evaluaciones físicas, pruebas especiales y análisis clínicos para determinar la causa subyacente de los síntomas del paciente. Los fisioterapeutas están capacitados para realizar diagnósticos diferenciales y para colaborar estrechamente con otros profesionales de la salud, como médicos, **para asegurar una atención integral y coordinada para el paciente**.

Es fundamental que los fisioterapeutas colaboren estrechamente con los médicos y otros profesionales sanitarios (y viceversa) para asegurar un proceso asistencial integral del paciente. Esta colaboración interdisciplinaria es crucial para proporcionar una atención de calidad y abordar las necesidades complejas de los pacientes de manera efectiva, en los términos que exige el artículo 9 de la ley 44/2003 de ordenación de profesiones sanitarias que consagra que *“la atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas”*.

La CIF: necesaria transición entre la docencia universitaria y su aplicación en la práctica clínica



José Vicente Toledo Marhuenda

Colegiado 91
Profesor del Grado de Fisioterapia en la Universidad Miguel Hernández de Elche

CIF

Clasificación
Internacional del
Funcionamiento,
de la Discapacidad
y de la Salud

Afortunadamente, las nuevas generaciones no tienen dudas de que el modelo biomédico que ha predominado en el pasado, tanto a nivel docente como clínico, es un modelo de enfermedad caduco al no ser capaz de describir el funcionamiento de una persona. No obstante, en el imaginario de muchos quedan vestigios de ese modelo, instruido en las aulas y extendido durante generaciones pasadas, en el que la exploración del paciente se centraba en la identificación de un conjunto de estructuras patológicas, junto con la información de su balance muscular y articular, y con el broche final de “limitaciones en las actividades de la vida diaria” como epílogo de lo que malentendíamos como diagnóstico de fisioterapia. Este conjunto de datos denotaba una clara influencia del modelo médico en el proceso de exploración del paciente y en la redacción de su diagnóstico fisioterapéutico, hasta el punto que durante muchos años hemos solapado un diagnóstico, el médico, con el propio de nuestra disciplina.

En este sentido, el desarrollo y la aprobación de la CIF vino a ordenar dicho proceso de una forma integral. Hasta el punto que ha sido calificado como uno de los mayores avances en rehabilitación de los últimos 30 años. Su elaboración se ha fundamentado en las limitaciones del modelo biomédico como paradigma conceptual, en la insuficiencia de los sistemas diagnósticos para explicar el estado de salud de los individuos y en la necesidad de incluir el estado funcional de los pacientes, junto con la influencia del contexto, en los informes de fisioterapia.

Por lo anterior, es claro que la definición de diagnóstico de fisioterapia encaja con aquello que la CIF promueve: la descripción del funcionamiento y la discapacidad de una persona en un determinado estado de salud, identificando lo que ésta, con un trastorno o una enfermedad, hace o puede hacer en su vida diaria. En consecuencia, disponemos de un marco conceptual para utilizar de forma apropiada un vocabulario normalizado, centrado en la descripción de las deficiencias estructurales y funcionales, de las limitaciones en las actividades y restricciones en la participación, así como de las barreras y facilitadores presentes en el contexto donde la persona vive. Además, presenta la ventaja de la unificación de la terminología empleada para calificar de forma cuantitativa cada una de las dimensiones en las que se estructura. Esto permite utilizar la CIF bajo un mismo lenguaje, como herramienta clínica en la valoración de necesidades para asociar tratamientos con condiciones específicas de salud y evaluar sus resultados.

No obstante, a pesar de la instancia realizada por la OMS, tras su aprobación el 22 de mayo del 2001, para promover su utilización en las evaluaciones e informes, todavía queda mucho camino por recorrer. Con frecuencia comprobamos cómo esta metodología de exploración no termina de ser implantada realmente en la práctica clínica. A pesar de que su utilidad está fuera de dudas, y que recoge de forma integral la definición de lo que deberíamos entender por diagnóstico de fisioterapia, en determinadas especialidades clínicas todavía existe una gran distancia entre el mundo académico y el clínico-asistencial. El rechazo a su utilización está fundamentado por el desconocimiento de los propios fisioterapeutas, por la escasa formación práctica sobre su uso y por la complejidad en el manejo de los códigos asociados. Estos son los argumentos más frecuentemente utilizados para defender su no implantación en el centro de trabajo.

Para reducir esta brecha debemos actuar sobre diferentes niveles, tanto grado como post-grado. En el primer caso, es necesario implantar una línea conductora homogénea, a lo largo de los cursos,



A pesar de que su utilidad está fuera de dudas, esta metodología de exploración no termina de ser implantada realmente en la práctica clínica, en gran medida por el desconocimiento de los propios fisioterapeutas y la escasa formación práctica sobre su uso



que permita a los estudiantes desarrollar competencias correspondientes con la realización de una correcta exploración, valoración diagnóstica en base CIF e informe de alta de cuidados de fisioterapia, independientemente de la asignatura impartida. Además, es necesario que esta transversalidad alcance las prácticas de laboratorio y las estancias en centros de fisioterapia, como mecanismo de transición que permita alcanzar un mayor grado de implantación en la práctica clínica.

En el segundo caso, aumentando la responsabilidad de los fisioterapeutas sobre la importancia de una buena formación en este campo. Con frecuencia centramos nuestro esfuerzo, tiempo y recursos económicos en una formación post-grado clínica, asociada a técnicas terapéuticas de vanguardia que nos permitan aumentar la eficacia de los tratamientos aplicados a nuestros pacientes, sin prestar demasiada atención a algo tan básico, pero no por ello menos importante, como es la metodología apropiada para establecer un correcto diagnóstico de fisioterapia e informe al alta.

Solo el esfuerzo de todos permitirá reconocer que el futuro de la CIF depende de su utilización en el ámbito clínico, como herramienta útil para el establecimiento de una valoración diagnóstica de fisioterapia apropiada.

“El uso de escalas de valoración en el diagnóstico en fisioterapia”: ¿realidad o ficción?



Sergio Hernández Sánchez

Colegiado 1365

Profesor del Grado de Fisioterapia en la Universidad Miguel Hernández de Elche

Cuando escuchamos hablar del uso de escalas o cuestionarios en fisioterapia, solemos tener sentimientos encontrados. Por un lado, sabemos y hemos estudiado que son elementos importantes en la valoración, pero por otro lado, no acabamos de articular su encaje en la dinámica de las sesiones de fisioterapia.

Me gustaría realizar algunas reflexiones basadas en datos científicos para aportar algo de luz al proceso de cómo incorporarlos en nuestra práctica para completar el diagnóstico en fisioterapia, y “no morir en el intento”.

La evaluación de resultados en ciencias de la salud es una actividad dirigida a estimar el resultado final de un tratamiento, con atención particular al punto de vista del usuario. Los instrumentos que se diseñan y desarrollan para este fin se denominan medidas de resultado de salud, entre las que se encuentran las escalas y cuestionarios. Estas herramientas que completan los pacientes nos ayudan a conocer una realidad o concepto que no se puede medir directa u objetivamente, como la calidad de vida, el miedo al movimiento, la sensibilización central, la autoeficacia frente al dolor, la participación social o la discapacidad. En realidad, estas cualidades forman parte de los diferentes componentes incluidos en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), que es el marco en el que se sustenta conceptualmente el uso de las escalas, y el diagnóstico fisioterápico.

En la actualidad, hay escalas para valorar una amplia variedad de aspectos relacionados con la salud, y se pueden emplear para conocer el efecto de los tratamientos que realizamos, monitorizar la evolución del paciente, mejorar la comunicación con este último o tomar decisiones clínicas. Sin embargo, al seleccionar una escala ¿en qué nos deberíamos fijar antes de aplicarla?

Primero, que tenga una versión validada en nuestro idioma y población. El proceso de validación de una escala es metódico y asegura, por un lado, una traducción adecuada del contenido de la escala en su versión original, y por otro, una verificación de las propiedades de fiabilidad y validez.

En relación con lo anterior, hay otros atributos muy relevantes a considerar: ¿es adecuado para medir lo que se pretende?, ¿los pacientes aceptan su uso? (por su extensión, formato, etc.), ¿es práctico usar el instrumento? (por el tiempo que lleva completarlo, puntuarlo, interpretarlo), ¿proporciona resultados significativos?, ¿es sensible para detectar cambios clínicos? Es en este último aspecto donde muchas de estas herramientas carecen de información, lo que dificulta la interpretación de los resultados cuando se usan. Aquí es donde más se está centrando la investigación actualmente: determinar cuántos puntos de la escala suponen un cambio clínico relevante.

Y si son importantes, ¿por qué no se usan tanto en la práctica clínica? Algunas de las principales barreras para su uso por parte de los fisioterapeutas son: la falta de tiempo para su cumplimentación y para comentar los resultados con el paciente, la ausencia de recursos (los referidos al tratamiento de los datos y su interpretación), la falta de interés o conocimiento en el uso de este tipo de herramientas, así como la ausencia de tradición en su empleo o la dificultad para elegir una herramienta pertinente para evaluar los resultados entre todas las existentes.

Es importante destacar también que en el ámbito de la investigación clínica su uso ayuda a comprender qué tratamientos producen mejores efectos y, en el ámbito de la gestión sanitaria, facilita la comparación de resultados y de calidad en los servicios.

Desde distintos estamentos colegiados y asociaciones profesionales, como la Confederación Mundial de Fisioterapia o la Asociación Americana de Fisioterapia, se ha emplazado a los profesionales de la fisioterapia a incluir el uso de estos instrumentos en su práctica clínica para proporcionar información más objetiva y replicable sobre sus diagnósticos, valoraciones e intervenciones.



“ En el ámbito de la investigación clínica su uso ayuda a comprender qué tratamientos producen mejores efectos y, en el ámbito de la gestión sanitaria, facilita la comparación de resultados y de calidad en los servicios ”

Por lo tanto, a la hora de valorar los efectos de nuestra intervención y de controlar la evolución clínica de nuestros pacientes, las escalas y cuestionarios nos pueden aportar información relevante, considerando el punto de vista del paciente. Esta subjetividad es inherente a la propia percepción de salud o del dolor, por ejemplo, y no podemos “captarla” cuando medimos variables como la fuerza el rango de movimiento como medidas de resultados. Es interesante emplear las escalas en aquellos pacientes cuya evolución se prevé más larga, como en los procesos de dolor crónico. Y trataríamos de elegir aquellos instrumentos que nos ofrezcan información relevante, pero que a la vez tengan un formato breve, claro y fácilmente interpretable.

Estoy seguro que en breve podremos presenciar cómo las nuevas tecnologías facilitarán el proceso de administración de las escalas, así como su puntuación e interpretación contribuyendo así a popularizar su uso en la práctica clínica del fisioterapeuta.

Diagnóstico, esa palabra prohibida



José A. Polo Traverso

Colegiado de Honor del ICOFCV
PT, DPT, FAAOMPT. Doctor en Fisioterapia
Fellow de la Academia Americana de Terapia Manual
Subdirector de *Fisioteràpia al Dia*

Cuando incluso los fisioterapeutas españoles exhiben una piel fina que ya la quisiera la Preysler para el careto, el uso de vocablos que puedan atentar de algún modo contra la sensibilidad del oyente o el lector es considerado *verbotten* por la peña que mea colonia durante sus pontificaciones en redes sociales o ponencias pseudocientíficas. Los fisioterapeutas de la España que me vio nacer, adalides tradicionales del diálogo franco de escasos pelos en la lengua, parecen de un tiempo a esta parte expresar con reticencia ideas, conceptos y palabras que puedan de repente, como *boomerang* lingüístico, volverse contra ellos y dejarles el boquino hecho unos zorros.

Este cogerse la 'minga' con papel de fumar no es nuevo, pero alcanzó niveles épicos una tarde lluviosa de abril cuando alguien tuvo la ocurrencia de llevar la *Evidence Based Practice* de Sackett al superlativo; nace así el *talibán de la evidencia*, fulano culto de frente despejada que no duda en pasarse el sentido común por el arco del triunfo porque el valor de $p > 0.01$ en el ANOVA no se ajusta a su canon de excelencia o el nivel de evidencia del estudio, independientemente de su relevancia, no es patanegra cincojotas con gotitas de miel. De esta forma, los **evidentalibanes** se lanzaron a ridiculizar todo estudio que no fuese RCT o *Systematic Reviews* para más tarde, las vueltas que da la vida, caer ellos mismos en el ridículo de su propia manufactura. Esta fauna halló también asiento en España como no podía ser de otra forma, donde siguen dando la matraca, impertérritos, mayormente en redes, donde campan a sus anchas y se reproducen como bacilococos en una placa de Petri. De momento, les seguimos hablando de usted, pero de aquí a nada y en dirección proporcional a la inflamación escrotal de la parroquia, acabaremos tuteándolos con un guiño canalla y condenándoles al olvido.

Más o menos por aquellas fechas, los fisioterapeutas dimos con otra palabra que se hizo muy popular en España en muy poco tiempo, como la Macarena y el gintonic de Larios. La *Osteopatía* llegó pisando fuerte a la Fisioterapia española, tanto es así que supuso un antes y un después. Su filosofía diagnóstica y terapéutica, no exenta de controversia, ha logrado asentarse en el conjunto docente colectivo español con tanta fuerza que me pregunto a veces

si Andrew Still era natural de Missouri o de Alcalá de Henares; el injerto dio sus frutos, hasta el punto de que en España, durante una buena temporada, parecía necesario ser osteópata para que te contratasen como fisioterapeuta. Muy a mi pesar, debo reconocer con la perspectiva que ofrece el paso de los años que la osteopatía cubrió admirablemente las lagunas en materia de examen clínico y pensamiento crítico que las universidades no acababan de llenar por entonces y, si no hubiésemos cruzado ese Rubicón *osteopatizando* la Fisioterapia española, tendríamos cartas muy distintas en la mano para jugar al mus académico y laboral al que nos enfrentamos hoy: somos doctores, investigamos, e incluso queremos especialidades en Fisioterapia; *bien sur mes amis*, sin el énfasis científico ejercido por las escuelas de osteopatía en España, dudo que estuviésemos donde estamos hoy.

Tras el preámbulo llegamos a la palabra que nos interesa en este número de la FAD: *diagnóstico*. Palabra tabú para fisioterapeutas en una reunión con rehabilitadores, como nombrar la soga en casa del ahorcado. ¿Diagnosticamos los 'fisios' o nos limitamos a exponer los hallazgos de nuestra valoración funcional? ¿Nos atrevemos a examinar al paciente haciendo valer nuestra capacidad de diagnóstico o aceptamos *algia ad nauseam* sin rechistar del borrego con estetoscopio? Responder la pregunta requiere claridad y rigor porque el asunto es peliagudo. Por fortuna, el Real Decreto 1001/2002, de 27 de septiembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas establece en su artículo primero, punto segundo que "*El ejercicio de la Fisioterapia incluye, además, la ejecución por el fisioterapeuta, por sí mismo o dentro del equipo multidisciplinario, de pruebas eléctricas y manuales destinadas a determinar el grado de afectación de la inervación y la fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, todas ellas enfocadas a la determinación de la valoración y del diagnóstico fisioterápico, como paso previo a cualquier acto fisioterapéutico, así como la utilización de ayudas diagnósticas para el control de la evolución de los usuarios.*"



En cuestiones de diagnóstico, como en todo lo demás, unas manos llenas de cerebro son preferibles a un cerebro lleno de manos



El legislador introduce la palabra *diagnóstico* muy acertadamente y es nuestra misión aprovechar esa licencia en beneficio del paciente; para hacerlo fetén, para emitir y defender un diagnóstico que no te lloren los ojos al leerlo, debemos recorrer el arduo camino de la excelencia clínica comenzando por el principio: anamnesis, revisión de la historia médica y farmacológica, examen clínico y proceso de diagnóstico diferencial más allá de diagnosticar con la punta del dedo. Volvamos a la Ley por un momento: no solo tenemos potestad de diagnóstico en Fisioterapia, sino que debemos hacerlo como paso previo a cualquier tratamiento. Con la mano en el corazón, dígame lector si usted examina a sus pacientes antes de tratarles; dígame al menos que sabe cómo hacerlo o me voy derecho al bar. Apartémonos de deslumbrar al respetable con aparatos diagnósticos de última moda y seamos capaces de correlacionar los hallazgos del examen, la historia médica y los resultados de esas pruebas diagnósticas con los síntomas y signos clínicos del paciente; ecógrafos, pruebas de laboratorio y electromiogramas son herramientas muy útiles, pero herramientas al fin y al cabo que nos ayudan a encontrar la solución correcta en el menor tiempo posible. No perdamos de vista que **el diagnóstico en Fisioterapia nace del juicio crítico del fisioterapeuta** y eso, *meine damen und herren*, sale del cerebro no de la pantalla del ordenador.

Diagnóstico asesinato. No disparen al fisioterapeuta



José Ángel González Domínguez

Colegiado 2381
Director de *Fisioteràpia al Dia*
Fisioterapeuta Centro Salud Picassent
Profesor en CEU UCH

No solo es el título de una magnífica película del polivalente director **Blake Edwards**, autor de obras tan míticas como “Desayuno con diamantes” (1961), “La pantera rosa” (1963) o “El guateque” (1968); un profesional del séptimo arte (reconozco que el cine me puede, casi tanto como la Fisioterapia) que, como sabrán deducir los más jóvenes lectores, era un maestro de la comedia y el cine disparatado de hace más de medio siglo.

No obstante, Edwards también podía ser un maestro de la intriga, el *thriller* que dicen los cinéfilos, como es el caso de su cinta “Diagnóstico asesinato” (1972, no confundir con la serie homónima de los noventa), interpretada por el carismático **James Coburn** (¡cómo me gustaba ese actor cuando yo era un chiquillo!), titulada originalmente “The Carey treatment” porque la trama se centra en las indagaciones del facultativo Peter Carey partiendo de un asesinato en un hospital bostoniano...

Pero, vayamos al grano:

Diagnóstico asesinato es algo más que un sugerente nombre cinematográfico: es el sintagma con el que les invito, avezados lectores, a reflexionar sobre tan magna palabra... DIAGNÓSTICO (de los vocablos griegos, como la mitad de nuestras etimologías, *dia* y *gnosis*, esto es: “ a través del conocimiento”, y por tanto es una meridiana alusión a la capacidad de discernir o conocer algo, o a alguien...).

He elegido tan sugerente título para mi pequeño artículo divulgativo, más bien reivindicativo, en este monográfico porque lo considero imprescindible (el monográfico, no mi artículo) para el colectivo fisioterápico, no solo valenciano, sino de todo el erial patrio (“uséase” España).

La idea (del monográfico, no del título de mi panfleto) me la dio nada menos que nuestro “presi”, el quijotesco y batallador decano del ICOFCV, **Josep Benítez**, en uno de nuestros últimos *brainstormings* conjuntos (así es como llaman ahora los *snoobs* a devanarse los sesos buscando ideas creativas o prácticas).

El bueno de Josep me dijo “Quillo, hace falta dejar bien claro al colectivo lo del diagnóstico fisioterápico, que muchos no lo terminan de ver...”. Pues dicho y hecho: el equipazo de FAD (no lo digo por mí, sino por esos monstruos que me rodean, como Rosa Marcos y José Polo) nos pusimos manos a la obra, “diagnosticando” lo más granado del colectivo “fisio” en esta cuestión:

Sin embargo, los dos primeros maestros que me vinieron a la cabeza nos dejaron ya hace tiempo: **Eric Viel** (uno de los pioneros galos en esto del diagnóstico fisioterápico) y **Louis Gifford** (referente británico que justo nos dejó hace una década). Y en cuanto a los que aún están vivitos y diagnosticando, gurús internacionales tales como **Mark Jones** o **David Butler**, declinaron amablemente nuestra invitación a participar (uno porque va muy liado, otro porque ya está jubilado, si bien me “chivan” que Butler vendrá a Valencia de la mano de nuestro “crack” **Rafa Torres** en abril de este año y del ICOFCV, así que no se lo pierdan: VI Congreso SEFID).

Supongo que otro tanto pasaría en la ardua captación de referentes como **Shirley Sahrman**, y etc., etc., así que decidimos centrarnos, cómo no, en el material patrio, y por supuesto levantino, lo que devino en el elenco de colaboradores que pueden ustedes disfrutar leyendo este monográfico.

Efectivamente, semejante plantel se basta por sí solo para clarificar, explicar y por supuesto reivindicar el diagnóstico en el ejercicio de la Fisioterapia, por lo cual mi disertación consiste sencillamente en complementar este proceder profesional con mi experiencia personal, tras 35 años ininterrumpidos de carrera (y lo que me queda, Dios mío, si no me dejan jubilarme de aquí a una década...).



A la izquierda, carátula original del film *The Carey treatment*, aquí llamada *Diagnóstico asesinato* (cartel de la derecha)



A la izqda. portada de *Diagnóstico fisioterápico*, un libro pionero del francés Eric Viel. A la dcha. anuncio del taller que impartirá David Butler en Valencia esta primavera



A la izquierda, la doctora Shirley Sahrman. A la derecha, Louis Guifford

Para tal fin, permitan que les cuente “mi propia película particular”, donde el intento de diagnóstico por parte de este “fisio” bien pudo acabar en asesinato...:

El siglo y el milenio estaban a punto de terminar, y un servidor era un avezado fisioterapeuta con una carrera en ciernes, recién aterrizado en esta bendita Comunidad Valenciana (procedente de la amada tierra de mis ancestros, Andalucía).

Comenzaba una nueva etapa clínica en un hospital público alicantino al tiempo que me estrenaba como docente en una universidad, también pública y novísima, que casualmente inauguraba la titulación de Fisioterapia en aquellos lares (hasta aquí puedo desvelar nombres propios, pero el lector instruido seguro que sabrá atar cabos...).

El “intento de asesinato” comenzó cuando este “plumilla” que les escribe empezó a solicitar formalmente las historias clínicas de los pacientes, muchos de ellos casos complejos (me había “tocado” estrenarme en el hospital con la Unidad de Fisioterapia Neurológica, “casi ná”), para lo cual había que pedírselas con al menos un día de antelación al personal auxiliar del Servicio de Rehabilitación que, con un carro de supermercado (tal cual se lo cuento) hacía “la compra” diariamente en los procelosos sótanos de dicha institución. Pueden fácilmente deducir, ya que les hablo de finales de los noventa del siglo XX, que las historias clínicas en formato digital brillaban allá por su ausencia...

Pero si alucinan con este periplo, lo más escalofriante viene ahora: uno de aquellos facultativos de la rehabilitación con quienes interactuábamos (este sería un verbo bastante neutral), el más veterano, todo hay que decir, era un fulano bastante pintoresco, procedente de Ultramar, con episodios ambivalentes: tan pronto se hacía el simpático como te vociferaba en toda tu faz, con el inquietante añadido de una pistola en el cajón de su mesa (vete a saber si estaba cargada)... Sí, una supuesta pistola (ciertamente yo nunca la vi) cuya posible existencia él mismo, decían las malas lenguas del servicio, que no eran pocas, se encar-

gaba de alimentar en sus momentos de fanfarroneo, con el argumento de una hipotética “autodefensa” por si alguien se le ponía “farruco”.

Pues bien, un buen día (lo digo con sorna, claro) el menda fue “llamado a maitines” por el susodicho fisiatra (así es como se denomina allende a su especialidad), quien me recibió en su despacho con una mirada felina al tiempo que me formulaba, medio a gritos, esta pregunta retórica: “¿Tú quién carajo eres para pedir y mirar las historias clínicas, eh?”. Tal cual, como si de un tutor abroncando a su pupilo se tratase... Y yo, imagínense, estupefacto y sin parar de mirar hacia la mesa del susodicho, hacia el cajón de marras para más señas, y les juro que en mi “acojono” ante su absurda y desmedida actitud me imaginaba al energúmeno sacando lentamente el artefacto mortal para dirigirlo al atrevido fisioterapeuta que, insolentemente, desafiaba al imaginario de un médico chapado a la antigua y demasiado visceral. ¡Hay que joderse con la supuesta pistolita del furibundo fisiatra! ¡Encima que yo fui objetor de la “mili”... imagínense la gracia que me harían las armas de fuego!

Pero el episodio, como pueden comprobar, no acabó ni por asomo en tragedia, dado que lo estoy relatando en el presente, (acabo este artículo un 13 de febrero de 2024, día de la radio, ese insigne medio que junto al cine hacen de la sociedad algo más hermoso y humano).

Así pues, no hubo ni pistola ni disparo en aquel lance (acepto mi imaginación desmedida y cinéfila, pero la leyenda del médico-pistolero continuó campando allí), en el que un servidor pudo salir al paso argumentando airadamente, pese a mi juvenil acojono, que los “fisios” somos profesionales sanitarios universitarios, de esmerada formación y con capacidad altamente autónoma de trabajo, y todos los adjetivos y cualidades que ustedes deseen añadir a nuestra profesión... sí, sí, pero yo retrocedía para salir de aquel tétrico despacho (a la sazón, consulta de rehabilitación) sin quitar ojo al brazo diestro del pendejo de marras, que en todo momento estaba apoyado en su “infausto cajón



Por favor, no disparen al fisioterapeuta

pirotécnico". Al menos tuve los santos bemoles de despedirme cerrando su puerta con un soberano portazo a lo Galileo reivindicando el heliocentrismo (ya saben, "y sin embargo se mueve") gritándole: " ¡Y sin embargo, voy a seguir estudiando las historias clínicas de mis pacientes!".

¡Ah, se me olvidaba! Fíjense si uno tiene buen corazón, que con el tiempo hasta pude congeniar con aquel tipo y participé gustoso en su fiesta de jubilación (tanta paz tenga como nos deja, o algo así)...

Tras esta disparatada (nunca mejor dicho, pim, pam, pum) referencia personal al intrigante título del artículo, permitan que les ilustre con otro episodio semejante, aunque en aquella nueva ocasión fuese con puños, no con (supuestas) pistolas, según me relató un colega a quien aprecio muchísimo:

Hace poco más de una década (ya no hablamos del siglo pasado), su ajetreada trayectoria le llevó a asumir durante un trienio la coordinación de fisioterapia de un departamento de salud en la provincia de Valencia, con sede en uno de los más potentes e históricos hospitales públicos de esta autonomía. Pues bien, allí le tocó lidiar con un tremendo miura: la obstinada actitud de una jefe de servicio que posiblemente confundía la defensa de su colectivo con la infravaloración del nuestro. La buena señora, no carente de grandes aptitudes clínicas (al menos eso cree mi amigo), todo hay que decirlo, pero adolescente de diplomacia hacia los "fisios", se empeñaba en circunscribirlos a meros "aplicadores de sus directrices" en los tratamientos a los pacientes, intentando privar al colectivo "fisio", desde su estenosada lógica, de nuestra capacidad de observar, explorar, valorar y por su-

puesto diagnosticar las disfunciones de cada persona (perfectamente compatible con el correspondiente diagnóstico médico).

Dado que el "jefe de fisios" se mostraba bastante díscolo hacia esa mentalidad vétero-paternalista (bueno, aquí deberíamos decir maternalista), uno de esos días que nuestro colega la sacó de quicio, la fisiatra en cuestión se le vino al despacho hecha un basilisco y con sus clínicos y delicados puños aporreó su mesa soltando esta contundente frase: "¡tú solo eres un TE-RA-PEU-TA, que solo tienes que aplicar los tratamientos que te pauto!", dióse la vuelta y regresó sulfurada a su despacho, mientras que por toda respuesta nuestro colega, ni corto ni perezoso, la emuló replicando, también a voz en grito: "¡soy FISIOTERAPEUTA, sí, y antes que aplicar un tratamiento valoro y diagnóstico al paciente, sin menospreciar tu diagnóstico médico, y así debo dar ejemplo a mi equipo!".

¿Sirvió de algo aquella perorata? A mi amigo sí, a la doctora (porque tenía un doctorado, igual que mi colega) espero que también, pese a su cabreo, pero desgraciadamente parte de aquel equipo de "fisios", e incluso muchos colegas hoy día, al menos quienes trabajan en la sanidad pública, no parecen tenerlo tan claro, al obviar tan importante herramienta (el diagnóstico fisioterapéutico) bien por comodidad, bien por desconocimiento o, lo que me parece más grave, bien por sumisión a esa absurda mentalidad que aún sobrevive en mi sufrida Conselleria de Sanitat (el enemigo está en casa, señores "fisios", que decía el pionero doctor **Carlos Caballé**).

Pero sirva como reflexión positiva que en la actualidad aquel sufrido compañero mantiene una aceptable relación profesional con la médica en cuestión, aunque en parte siga en sus trece, porque es una buena clínica y tiene que lidiar con un servicio de rehabilitación complejo; al tiempo que, lamentablemente, el valiente fisioterapeuta ha tenido que ganarse su respeto con el paso del tiempo

amén de su pingüe currículum. Además... el roce hace el cariño, ¿no creen?

Por último, déjenme que comparta algunas reflexiones finales, que espero puedan estimular a los colegas que, como mencionaba en las líneas anteriores, aún no se aplican en este menester de su propio diagnóstico:



Diagnosticar, lo que es diagnosticar, lo hacen muchos tipos de profesionales, ¿verdad? Desde el mecánico de un vehículo a motor (o eléctrico, faltaría más en estos tiempos), hasta los médicos, que diagnostican patologías; pero no me tiren de la lengua con algunos pseudodiagnósticos desde mi sufrido punto de vista, tales como omalgia, paciente intervenido, estado de prótesis... Sí, lamentablemente la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) los acepta como diagnósticos médicos... perdonenme que discrepe, porque yo solo veo en esos términos síntomas y circunstancias que cualquier persona, aunque no sea un médico, puede evidenciar.

En fin... ese es el riesgo de poner etiquetas, mientras que nuestro diagnóstico debe ser todo un relato que mejore el proceso asistencial, algo que en España, no lo olvidemos, lo inicia siempre (o así debe ser) el médico.

Pero no continuaré metiéndome en camisa de once varas, y criticaré en todo caso la inacción de mis propios compañeros de profesión, "los fisios" que continúan sin diagnosticar sistemáticamente, amén de huir de otras muchas de nuestras sacro-santas misiones: funciones clínicas más allá del diagnóstico, peritaje, investigación, gestión, docencia... Y si alguno de ustedes piensa "bueno, cada uno elige una función, es que no se pueden hacer todas ..." pues yo les digo que "tururú", porque un servidor las realiza TODAS, sin ser ni un superdotado ni un compulsivo hiperactivo, **solo soy un fisioterapeuta que adora su trabajo... ¿ustedes no?**

Epílogo:

En los II Encuentros de Fisioterapia de Cantabria, celebrados en febrero de 2024, quedé fascinado con la labor de todo un equipazo de fisioterapeutas de diversos rincones de España allí reunidos, muy implicados en el movimiento DASP^(*) donde destacan a todas luces algunos integrantes del Equipo Promotor de Territorio DASP como la vasca **Goreti Aranburu**, la gallega **Karina Piñeiro**, la burgalesa **Paula Areso**, la asturiana **Carmen Secades**, la catalana **Marta Mancebo**, la también vasca **Aintzane Sarasúa** y el también gallego **Tirso Docampo**, quien en una brillante *performance*, con guión de Goreti, interpretó al gran fisioterapeuta británico **Louis Gifford**. Estos "monstruos" de la Fisioterapia señalan como principal herramienta de nuestra profesión el poder de comunicación, sintetizando nuestra labor en este preciso eje: recabar información, procesarla y actuar en consecuencia... Un relato que bien podría recrearse, de forma más emocional, en la trilogía de la hermosa canción de **Megan Henwood**, sobrina de Louis Gifford, en homenaje a este gran referente: Head-Heart-Hand (Cabeza-Corazón-Mano).

Por todo ello, si el espíritu de Louis Gifford se nos apareciera (como magníficamente emuló Tirso Docampo sobre el guión de Goreti Aranburu) a buen seguro que nos avalaría esta afirmación:

El fisioterapeuta no solo puede, sino que debe realizar su propio diagnóstico. Dejen de "dispararnos" (sobre todo el terrible "fuego amigo") y déjennos hacer nuestro trabajo.



Tirso Docampo, actor del grupo "Broken Fisios", representando la obra en homenaje a Louis Gifford

(*) El movimiento DASP (Desconocidos Aunque Sobradamente Preparados) nació de la iniciativa de dos jóvenes pioneros luchadores de la Fisioterapia Española, Miguel Ángel Galán, que tristemente nos dejó en 2021, y Federico Montero, quien continuó el trabajo de Miguel Ángel y actualmente lidera la primera Unidad de Afrontamiento del Dolor Crónico en Valladolid, pionera también en España. Goreti Aranburu y Tirso Docampo, ambos del Comité Organizador del I Congreso Internacional de Estrategias de Afrontamiento Activo del Dolor, que dio inicio a este movimiento, plantearon en dicho congreso la necesidad de habilitar un espacio para los fisioterapeutas de Atención Primaria, con una visión para el empoderamiento y mejorar la presencia de la Fisioterapia en el Sistema Nacional de Salud. Así comenzó el movimiento DASP hace apenas dos años para fomentar y defender la Sanidad Pública en España, muy especialmente la Atención Primaria. A este movimiento que no para de crecer se han ido uniendo numerosos fisioterapeutas, y aquí en nuestra Comunidad Valenciana los DASP están liderados por nuestra colegiada M.^a José Llácer.

Diagnóstico y evaluación del paciente con dolor crónico



Federico Montero Cuadrado

Colegiado 605 del C.P.Fisioterapeutas de Castilla y León
Cofundador y coordinador de la Unidad de Estrategias de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico en Atención Primaria de Sanidad Castilla y León (SACYL)

En primer lugar, me gustaría agradecer al ICOFCV la oportunidad de poder participar en esta edición de su revista. Es para mí un placer y un lujo poder compartir autoría en este monográfico con compañeros a los que tengo una gran admiración profesional y personal.

A nivel mundial, más del 20% de la población sufre dolor crónico no oncológico (DCNO). El DCNO es la principal causa de discapacidad y el principal motivo de consulta médica en el mundo. Además, ocasiona un elevado consumo de recursos sociosanitarios; así, en EEUU se ha estimado que los costes directos e indirectos del tratamiento del dolor son mayores que los gastos sanitarios provocados por las enfermedades cardiovasculares, el Alzheimer, diabetes, VIH y cáncer. Pero lo más importante es que el dolor es el protagonista de la vida de muchas personas, implicando en la mayoría de los casos repercusiones significativas sobre la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Además, la literatura científica refleja que la gran mayoría de las personas con DCNO no están satisfechas con el tratamiento que reciben .

En las últimas décadas, se ha producido un aumento importante de la prevalencia de DCNO. En nuestro país, hemos pasado de una incidencia del 11% en 1996 a una prevalencia del 25,1% en 2022 según los datos del Observatorio Nacional del Dolor.

Una de las principales causas de este aumento de prevalencia de DCNO se encuentra en que se suele realizar un diagnóstico biomédico, en muchas ocasiones basado exclusivamente en pruebas complementarias (Rx, RMN, ecografía, etc.). También, en el DCNO, hemos abusado de etiquetas diagnósticas y de técnicas de tratamientos sobre los tejidos con el único objetivo de intentar actuar sobre las modificaciones tisulares y sobre la intensidad del dolor. Esto, que podría dar resultado en el "dolor agudo", se ha demostrado que, en la mayoría de las ocasiones, no

da resultado en el DCNO, tal vez porque el proceso de diagnóstico diferencial en estos pacientes se ha centrado más en atajar el dolor por cualquier medio en vez de atender a su etiología.

Otros aspectos que podrían estar influyendo en este aumento de prevalencia son que el DCNO es una entidad compleja que mantiene en alerta a los profesionales sanitarios de todas las áreas, por tratarse de una entidad con gran heterogeneidad, alta tasa de comorbilidades y desconocimiento de las fisiopatologías subyacentes. En la actualidad, existe debate sobre si el dolor siempre se debe a la nocicepción o no, con enfoques opuestos entre los que defienden posturas de modelos evaluativistas frente a los que defienden modelos monistas.

Este es un profundo debate que, por el momento, con los medios científicos disponibles, no puede dar respuesta a muchas de las cuestiones planteadas. La expresión del dolor es un complejo en el que podrían estar relacionados todos los sistemas de protección del organismo (SNC, sistema nervioso vegetativo, sistema inmune, eje hipotálamo-hipofisiario y sistema músculo-esquelético), bioquímicos y psíquicos de nuestro organismo, relacionándose a su vez con el contexto socioambiental, valores culturales, creencias, etc. Todos estos aspectos, implícitos en la experiencia dolorosa del paciente, repercuten sobre la funcionalidad del paciente y sobre la calidad de vida.

Vivimos un cambio de paradigma en la evaluación y tratamiento del DCNO. En la unidad de estrategias de afrontamiento, intentamos realizar la evaluación y tratamiento siguiendo las indicaciones de las guías de práctica clínica de DCNO: evaluación y tratamientos centrados en el paciente, descarte de "red flags", exploración física, enfoque biopsicosocial, enfoques terapéuticos activos, tratamientos costo-efectivos, etc.

Realizamos una evaluación y clasificación de los pacientes con DCNO en fenotipos basados en capacidades funcionales y no en etiquetas diagnósticas. Para ello, llevamos a cabo una profunda anamnesis



Basar el diagnóstico exclusivamente en pruebas complementarias puede ser causa de la prevalencia de síndromes DCNO



y exploración física, utilizando herramientas como el razonamiento clínico, la exploración física, el fomento de la alianza terapéutica, el uso de nuevas tecnologías, etc.

Lo ideal es que estas evaluaciones y tratamientos se puedan realizar por un equipo interdisciplinar y que, en los casos más complejos, podamos también introducir herramientas de medicina de precisión (biomarcadores inmunológicos, nerviosos, epigenéticos, etc.). A partir de todas estas evaluaciones, el uso de las reglas pronósticas puede ser una opción eficaz para tratar de clarificar la probabilidad de éxito de cada programa para cada fenotipo de paciente. Las reglas pronósticas pueden ser desarrolladas mediante la inteligencia artificial, basada en redes neuronales y aprendizaje automático, permitiendo actualizar y afinar las mejores intervenciones para cada paciente en función de los resultados de una evaluación inicial. De esta forma podemos realizar un mejor uso de los recursos sanitarios disponibles.

Beneficios del diagnóstico y de la derivación directa en AP



Eduardo Fondevila Suárez

Colegiado 1050 del C. Fisioterapeutas de Galicia (CoFiGa)
Presidente de la *Sociedade Galega de Fisioterapeutas*
(SOGAFI)

Un tratamiento es considerado efectivo si hay evidencia de que es capaz de eliminar o reducir un problema de salud determinado. Un tratamiento es coste-efectivo si es capaz de proporcionar la mejor alternativa de tratamiento en términos económicos.

Si bien el fisioterapeuta desempeña un papel crucial en diversos campos dentro de los Servicios de Atención Primaria y atención comunitaria, abordando condiciones como la patología respiratoria, la cardíaca, la incontinencia urinaria o los distintos programas de prevención, es necesario preparar a los profesionales de este nivel asistencial para el progresivo cambio de rol como profesionales de referencia para el cribado, basado en la evaluación diagnóstica de fisioterapia, de este tipo patologías dentro del trabajo en equipo interdisciplinar como son: el dolor lumbar no específico, el dolor cervical, el dolor crónico, el síndrome subacromial, y la patología traumática y ortopédica en zona previamente sana de baja complejidad y alta prevalencia (tendinopatías, lesiones musculares, esguinces, etc.) que está ya avalado por la literatura científica especializada.

Es de importancia capital considerar este análisis a la hora de diseñar modelos de gestión de Atención Primaria por parte de la Administración, también para garantizar la gestión adecuada de los recursos sanitarios. Así, desde los años 90 del siglo XX, varios estudios realizados en países como Reino Unido, Países Bajos, Estados Unidos o Canadá, han demostrado que existen numerosas ventajas para los pacientes con la derivación directa a fisioterapia desde el especialista de Atención Primaria, tales como la reducción de las listas de espera, los beneficios clínicos para el paciente, la reducción del coste sanitario por persona, el acortamiento de los tiempos de recuperación, la satisfacción del usuario e incluso la del propio especialista en Atención Primaria, debido al alivio de la excesiva sobrecarga de trabajo.

En los Países Bajos, donde existe incluso el acceso directo a fisioterapia sin ser necesaria la derivación por el especialista en Atención Primaria desde 2006, se ha demostrado, una vez más, que no ha aumentado ni el coste de la fisioterapia, ni la yatrogenia ni el número de visitas y, además, han mejorado los resultados clínicos y la percepción del usuario. En Canadá se ha demostrado que cuando el fisioterapeuta se convierte en el primer consultor de salud, el resultado de su evaluación diagnóstica implica que tres cuartas partes de los pacientes derivados por el especialista en Atención Primaria no precisaban visitar al cirujano ortopédico. La alta evidencia que soporta, tanto a nivel clínico como a nivel económico la derivación sin intermediarios hacia el fisioterapeuta de patología no compleja de alta prevalencia, ha llevado a 47 de los 50 Estados que forman los Estados Unidos de América a implementar en los últimos años alguna forma de derivación, basada una vez más en la evaluación diagnóstica de fisioterapia. En todos los países donde se ha implementado, se ha demostrado, además, una disminución del volumen de pruebas médicas y la desmedicalización de los pacientes, obteniendo, además, mejores resultados clínicos y mayores índices de satisfacción sin ningún aumento registrado de la tasa de yatrogenia.

La fisioterapia pues, es efectiva y coste-efectiva. En un momento clave de transición en la Atención Primaria, donde este nivel asistencial se encuentra atravesado por numerosas polémicas, la Administración debe decidir por optimizar y maximizar sus recursos, máxime en un contexto, como el de nuestro país. No somos inocentes y sabemos que, en el sistema sanitario, los intereses de la industria, concentrados fundamentalmente en el segundo nivel asistencial, juegan un papel fundamental.

Sin embargo sabemos también -y los gestores también lo saben, pues la evidencia científica es abrumadora- que lo sanitario no es el único determinante de la salud. La fisioterapia es un recurso a disposición de la Administración para bajar la factura, no solo en el triaje, como hemos explicado, sino en la prevención primaria y secundaria de las condiciones de mayor prevalencia, tales como dolor, enfermedades metabólicas, salud mental y onco-fragilidad, a través de la promoción de estilos saludables de vida, en nuestro caso mediante el ejercicio terapéutico. Es un momento de reflexión para la Administración, sí, pero también para los fisioterapeutas, que tienen que ser capaces de observar con luces largas el cuadro macro para tomar partido de manera activa, ser agentes de cambio y anticiparse a los retos de un futuro que ya es inminente, tanto en la sanidad pública como en la privada, a través de soluciones mixtas público-privadas. Y también es un momento de reflexión para el ciudadano, pues solo la demanda constante de servicios sanitarios efectivos y coste-efectivos como la fisioterapia, que nunca pueden ser un lujo sino una necesidad, ayudarán a su implementación efectiva, masiva y autónoma.

El momento es ahora. Tomemos partido.

Fisioteràpia

El diagnòstic en Fisioteràpia

El presidente de la Generalitat, Carlos Mazón, presidió la inauguración de la nueva sede, la cual se ha trasladado a la Avenida General Marvà de la ciudad

Inaugurada la nueva delegación de Alicante del ICOFCV



El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana inauguró el pasado 12 de enero su nueva sede de Alicante, la cual se ha trasladado a la Avenida General Marvà, en el centro neurálgico de la ciudad.

El acto inaugural estuvo presidido por el presidente de la Generalitat, **Carlos Mazón**, el decano del ICOFCV, **Josep Benítez**, y al alcalde del Ayuntamiento de Alicante, **Luis Barcala**.

La nueva sede cuenta con unas modernas instalaciones y es fácilmente accesible. Con más de 270 metros cuadrados, dispone de un amplio hall, una sala de juntas, una zona administrativa, una sala de formación, una sala de lactancia y una sala de grabación, además de servicios de Internet. Este nuevo espacio es una respuesta al crecimiento del colectivo de fisioterapeutas en la pro-

vincia, que en los últimos cinco años se ha incrementado en un 25%, y que ya ronda los 2.500 colegiados.

El decano del ICOFCV, *Josep Benítez*, tuvo palabras de agradecimiento a cuantos han hecho posible este proyecto y señaló que con esta nueva sede *"seguimos avanzando hacia nuestro destino, que es fomentar la formación de nuestros colegiados y ayudarles a conectar con sus pacientes, así como a difundir la fisioterapia, esto último gracias al nuevo estudio de grabación. También nos facilitará hacer divulgación, acercando la fisioterapia a la ciudadanía a través de charlas educativas. En definitiva, el nuevo espacio nos permitirá ofrecer los servicios que necesitan hoy y necesitarán en el futuro. Por fin, nos asentamos en Alicante. Queremos que los colegiados de la provincia sientan que esta es su casa y que está a su servicio"*.



El president de la Generalitat, **Carlos Mazón**, felicité al Colegio de Fisioterapeutas por la apuesta realizada en Alicante e hizo hincapié en los beneficios de la fisioterapia, así como en la necesidad de desarrollar *“una cultura de prevención y salud; los usuarios debemos saber que es importante acudir al fisioterapeuta no sólo para recuperarnos sino también como medida preventiva”*. En esta línea, Mazón destacó la apuesta del gobierno valenciano materializada a través de los nuevos beneficios fiscales para fomentar la práctica deportiva como herramienta de salud y de rehabilitación funcional.

El jefe del Consell también animó a fomentar la colegiación *“por la*

seguridad de cada uno de nosotros, de los pacientes, y por el compromiso que aporta a un colectivo profesional serio y avanzando”.

En el mismo sentido, se pronunció el alcalde de Alicante, **Luis Barcala**, al señalar la importancia de la colegiación y de la labor del fisioterapeuta, profesional hacia el que expresó su agradecimiento por experiencia propia. *“Me intervinieron de cadera y muchas personas me preguntaban cómo podía estar trabajando al tercer día. Siempre he dicho que, además de gracias a las manos del cirujano, era gracias a la intervención del fisioterapeuta, sin él no hubiera sido posible una recuperación absoluta. Sois profesionales sanitarios de primer orden”*.



Los usuarios debemos saber que es importante acudir al fisioterapeuta no sólo para recuperarnos sino también como medida preventiva.

Carlos Mazón ”
President de la Generalitat



Sin el fisioterapeuta, mi absoluta recuperación tras la intervención de cadera no hubiera sido posible. Sois profesionales sanitarios de primer orden.

Luis Barcala ”
Alcalde de Alicante



Fuerte apoyo sectorial y político

El ICOFCV contó con un gran respaldo político, social y sectorial durante la inauguración. Entre los asistentes, el secretario autonómico del Sistema Sociosanitario, **Emilio Argüeso**; la directora territorial de Sanidad de Alicante, **Begoña Comendador**; el director territorial de Bienestar Social, Vivienda e Igualdad, **Juan Manuel Galbis**; la concejala de Sanidad del Ayuntamiento de Alicante, **Cristina Cutanda**; la directora general del Instituto Valenciano de Servicios Sociales (IVASS), **María José Rico**; el portavoz de Sanidad del PP en las Cortes, **José Juan Zaplana**; y las diputadas del

PP en las Cortes, **Dolores Peña** y **Carmen Martínez Clemor**.

A nivel de la corporación, estuvieron los miembros de la Junta de Gobierno del ICOFCV, entre ellos, los tres miembros de la provincia de Alicante: la delegada, **Ana Lázaro**; la vicedecana, **Cristina Salar**; y el vocal, **Francesc Taverner**, quien recibió palabras de elogio por su ardua labor para poner en marcha esta nueva delegación. Les acompañaron diversos colegiados, entre ellos, fisioterapeutas históricos de la provincia de Alicante.

De igual modo, contó con la presencia de los presidentes y repre-

sentantes de distintos colegios sanitarios, entre ellos, el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, el Colegio de Médicos de Alicante, el Colegio de Enfermería de Alicante, el Colegio de Psicólogos de la Comunidad Valenciana, el Colegio de Terapeutas Ocupacionales de la Comunitat Valenciana, el Colegio de Dietistas y Nutricionistas de la Comunitat Valenciana, el Colegio de Ópticos-Optometristas de la Comunitat Valenciana, y el Colegio de Podólogos de la Comunidad Valenciana. Asimismo, asistieron el vicedecano del Grado de Fisioterapia de la UMH de Elche y la vicedecana del Grado de Fisioterapia del CEU de Elche.



La puesta en marcha de esta nueva sede supone un paso más en la estrategia de la Junta de Gobierno del ICOFCV para dotar a la corporación de las infraestructuras en propiedad necesarias en un Colegio Profesional de su categoría. Una estrategia que se inició con la sede de Castellón, y que se completará con la futura sede funcional de Valencia.

NUEVA SEDE ALICANTE
Avda. General Marvà, 34, Alicante.

La sala de grabación de la sede de Alicante es uno de los últimos servicios que el ICOFCV ha puesto a disposición de sus colegiados. ¡Ya puedes hacer tu reserva y utilizarlo!

Nuevo estudio de grabación en Alicante a disposición de los colegiados

Los colegiados del ICOFCV ya pueden utilizar el estudio de grabación habilitado en la sede de Alicante por el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana.

¡Aprovecha al máximo esta nueva herramienta para mejorar tu práctica clínica!



NUEVO ESTUDIO DE GRABACIÓN DEL ICOFCV

Dirigido a...

Colegiados del ICOFCV. Para acceder a este nuevo servicio deben estar al corriente de pago de las cuotas colegiales y no estar cumpliendo sanción disciplinaria.

Objetivo

El objetivo es ofrecer a nuestros colegiados un espacio con prestaciones de calidad para la realización de vídeos vinculados con su actividad profesional y el acto fisioterápico.

Ubicación

El nuevo estudio está en la sede de Alicante del ICOFCV, sita en la Avenida General Marvà, 34 de la ciudad.

Días y horarios

Los días de reserva disponibles son de martes a jueves (salvo festivos). Y los horarios de 10:00h a 13:00h y de 16:00h a 19:00h.

NUEVO ESTUDIO DE GRABACIÓN DEL ICOFCV



Equipamiento

El nuevo plató cuenta con todo el material necesario para la grabación de diversos contenidos.

Normas y condiciones de reserva

Para utilizar el estudio de grabación, es necesario realizar una petición de reserva a través del [formulario de contacto de la App](#) del ICOFCV (previo inicio sesión) o del correo electrónico a sedealicante@colfisiocv.com.

En ambos casos, se debe indicar el día y la hora deseados para la reserva, así como los datos personales del solicitante que utilizará el servicio y que será responsable del mismo. Además se debe adjuntar la normativa del estudio debidamente cumplimentada y firmada.

Es imprescindible pedir la reserva con un mínimo de 5 días laborales de antelación a la fecha deseada, esto garantizará la preparación y adecuación de la sala.

Confirmación de reserva y cancelación

Una vez recibida la solicitud, se comprobará la disponibilidad del servicio y se confirmará la reserva vía correo electrónico.

Si tras realizar la reserva no vas a poder asistir, por favor, acuérdate de cancelarla para que podamos ofrecer el espacio a otra persona.

Normativa de uso

Las personas usuarias del servicio están obligadas a cumplir la [normativa](#) del estudio. Esta tiene como objetivo regular el acceso, las condiciones de uso y definir la responsabilidad para garantizar un adecuado cuidado de las herramientas proporcionadas.

Tras finalizar el uso de este servicio, es obligatorio dejar todo el equipamiento en las instalaciones del Colegio en las mismas condiciones en que se facilitó.

Dispositivo de almacenamiento

El usuario del servicio deberá llevar un dispositivo de almacenamiento externo propio para guardar el trabajo o los archivos que se generen durante la grabación. Podrán utilizar la mesa auxiliar con ordenador disponible para facilitar este proceso.

Asesoramiento

Desde el departamento de Administración de la sede de Alicante del ICOFCV, se facilitarán instrucciones para el montaje del plató y del equipamiento.

El decano, Josep Benítez, volvió a solicitar unidad e implicación al colectivo para poder afrontar con fuerza las reivindicaciones necesarias ante la Administración

La Asamblea aprueba por unanimidad las cuentas y la Memoria de Actividades del 2023



El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana celebró la primera Asamblea General Ordinaria de este 2024 el pasado sábado 2 de marzo en la sede de Alicante.

La mesa de la Asamblea estuvo formada por el decano, **Josep Benítez**; el secretario, **Jesús Ramírez**; y la delegada de Alicante, **Ana Lázaro**, quien ejerció como moderadora.

Durante la reunión, se aprobó por unanimidad la cuenta de ingresos y gastos del ICOFCV del ejercicio anterior. El tesorero, **Enrique Cuñat**, presentó el balance de las principales partidas, destacando el gasto en formación y, especialmente, la fuerte inversión

en las nuevas infraestructuras del Colegio. Esto incluyó la compra de la futura sede funcional de Valencia y la reforma de la nueva sede de Alicante, inaugurada en enero de 2024.



El otro punto del orden del día fue la presentación de la Memoria de Actividades de 2023, que también fue aprobada por todos los asistentes. El decano del ICOFCV, Josep Benítez, destacó las principales acciones realizadas, en relación directa con la cuenta de gastos, subrayando el gran evento formativo celebrado en noviembre, *Fisioterapia*³, así como las acciones para fortalecer el patrimonio del Colegio y la reanudación de la formación presencial.

"Hemos potenciado los cursos presenciales, en gran parte paralizados desde la pandemia, y la aceptación por parte de los colegiados ha sido muy positiva. De hecho, en la mayoría ha habido lista de espera, por lo que

vamos a seguir en esa línea”, explicó Josep Benítez. Posteriormente, también hizo hincapié en las nuevas sedes colegiales, argumentando que “vamos a seguir fortaleciendo el patrimonio para dotar al ICOFCV de las infraestructuras necesarias para un Colegio Profesional de su categoría y ofrecer el mejor servicio a los colegiados”.

En relación a la problemática del colectivo, el decano del ICOFCV recalcó: “Somos conscientes de toda la problemática que afecta a los fisioterapeutas, y que el tema laboral y de remuneración es uno de los aspectos más sensibles. Sin embargo, es vital que



los colegiados entiendan que el Colegio no es un interlocutor válido en este campo, ya que, por ley, es función de los sindicatos. Son estos los únicos que pueden presionar a la Administración y a la patronal para que se adecuen los salarios. A pesar de que no podemos actuar directamente en

ello, estamos en contacto con los sindicatos para apoyarlos en lo que necesiten”.

En esta línea y como conclusión, Josep Benítez, recordó que el ICOFCV puede actuar a nivel institucional, como está haciendo, y volvió a hacer un llamamiento al colectivo, pidiéndoles unidad, compromiso y acercamiento al Colegio para que “cuando llegue el momento oportuno para plantear algún tipo de reivindicación o de movilización, tengamos detrás un colectivo despierto, concienciado y preparado para hacer esa presión antes los políticos, que son quienes toman las decisiones”.



T/MP Especialistas en fisioterapeutas

Gana tiempo y organización con el **software referente** desde 2014

- 🕒 **Agenda** digital
- 📄 **Historiales** clínicos
- 📅 **App de reservas**
- 🔔 **Recordatorios** de citas
- 💳 **Pagos desde la app**
- 📊 **Contabilidad** y CRM

Reserva ya tu demo personalizada

🔍 **timp.pro**



El propósito principal es fomentar la colaboración entre el Colegio y los diferentes Departamentos de Enfermería, de los que dependen los fisioterapeutas

El ICOFCV acerca posturas con las Direcciones de Enfermería de los hospitales de la Comunidad



El decano del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, Josep Benítez, ha iniciado una ronda de reuniones con los diferentes departamentos de Enfermería de los hospitales valencianos.

La primera reunión de Josep Benítez ha sido con el director del Departamento de Enfermería del Hospital Clínico de Valencia, José Luis Domingo. También ha tenido un primer encuentro con la subdirectora de Enfermería y el adjunto de Fisioterapia del Hospital La Fe de Valencia, Inmaculada Alda y Francisco García, respectivamente.

Con esta acción, el ICOFCV busca fomentar la colaboración entre el Colegio y estos departamentos, de los cuales depende la

El objetivo es trabajar de manera conjunta para posicionar la profesión en la sanidad pública, así como para otorgarle el reconocimiento y posicionamiento que merece tanto entre los demás profesionales sanitarios como entre los pacientes

Fisioterapia. El objetivo es trabajar de manera conjunta para posicionar la profesión en la sanidad pública, así como para otorgarle el reconocimiento y posicionamiento que merece tanto entre los demás profesionales sanitarios como entre los pacientes.

"La Fisioterapia aporta innumerables beneficios a pacientes con

diversas patologías y tiene mucho que aportar. Sin embargo, aún hoy en día está limitada a ciertas intervenciones y enfermedades. Es necesario un cambio de paradigma para que nuestra profesión ocupe el lugar que le corresponde. Para lograrlo, es crucial que este cambio se produzca en la sanidad pública, a través de la asistencia general. Sin duda, es más fácil implementar avances y trasladarlos a la sociedad desde el ámbito público", explica el decano del ICOFCV.

La respuesta de las direcciones de Enfermería de ambos hospitales ha sido positiva, acordando estudiar vías de cooperación. En el caso de La Fe, incluso se ha hablado de establecer una colaboración más directa a nivel científico en 2024.

Reunión con la directora general de Inclusión Educativa para abordar el rol del fisioterapeuta

El decano del Colegio de Fisioterapeutas, Josep Benítez, y el colegiado Alejandro Girón, miembro de la Comisión de Fisioterapia Escolar del ICOFCV, se reunieron con la directora general de Innovación e Inclusión Educativa, María del Rosario Escrig, y el Jefe de Servicio de Personal no docente de atención educativa, Luis Mora, para abordar el rol de los fisioterapeutas que trabajan en el Sistema Educativo.



Los representantes del ICOFCV les trasladaron las inquietudes y problemáticas que actualmente enfrenta el colectivo de fisioterapeutas del ámbito de la Educación. Se destacaron dos puntos esenciales: la necesidad de mejorar la organización de los recursos humanos para lograr una mayor eficiencia en el trabajo y la importancia de promover una formación en nuevas metodologías de intervención más inclusivas, que impulsen las acciones del fisioterapeuta con los niños dentro del aula.

Sobre la mesa la necesidad de mejorar la organización de los recursos humanos y la importancia de promover una formación en nuevas metodologías de intervención más inclusivas

Ambos aspectos han sido valorados positivamente por la directora general, quien conoce la labor del fisioterapeuta en este ámbito por su experiencia laboral. María del Rosario Escrig ha tomado nota de las propuestas y se ha comprometido a implementar medidas al respecto.

El decano del ICOFCV destaca que esta primera toma de contacto con la Dirección General ha sido "muy positiva". Ambas partes se han comprometido a seguir colaborando para asegurar que los niños reciben los mejores servicios de Fisioterapia en las escuelas.



Fisioterapia de calidad, por la salud y bienestar de nuestros pacientes

Carlos Fornes entregó a Josep Benítez la Memoria del Congreso, en el que la Fisioterapia tuvo un papel relevante, en concreto, en la mesa redonda sobre “Intrusismo y Publicidad Engañosa”

La ADSCV presenta al ICOFCV las conclusiones del VI Congreso de Derecho Sanitario de la CV

El decano del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, Josep Benítez, se reunió con el presidente de la Asociación de Derecho Sanitario de la Comunidad Valenciana (ADSCV), Carlos Fornes, quien le presentó la Memoria con las conclusiones del VI Congreso de Derecho Sanitario de la Comunidad Valenciana, celebrado en septiembre de 2023 en la Universidad CEU Cardenal Herrera.

En la reunión, ambas entidades se comprometieron a seguir trabajando en proyectos comunes, y a garantizar la presencia de los fisioterapeutas en las ponencias y mesas de debate del próximo congreso.



Conclusiones Intrusismo

En esta sexta edición, el ICOFCV tuvo un papel activo en el congreso, llevando la Fisioterapia al centro del debate. El decano del Colegio de Fisioterapeutas, Josep Benítez, participó en la mesa redonda que se llevó a cabo sobre “Intrusismo y Publicidad Engañosa”, la cual estuvo moderada por el fisioterapeuta José Ángel González, colegiado del ICOFCV y profesor CEU-UCH. La mesa también contó con la participación de los presidentes

de los Colegios de Ópticos Optometristas, Psicólogos y Podólogos.

Entre las principales conclusiones de esta mesa, los colegios subrayaron que el intrusismo no sólo es un problema de los profesionales, sino “un problema que afecta a los ciudadanos, poniendo en riesgo su salud al hacer relevante la pérdida de oportunidad de salud”. Por ello, alegaron que las autoridades “deberían controlar, mediante inspección sanitaria y la normativa que se lo permita,

los centros que ofrecen servicios orientados a la salud de la población, velando porque los profesionales que ofrecen los servicios sean sanitarios”.

Asimismo, los representantes de los colegios profesionales destacaron que ellos velan porque no se produzca intrusismo e informan a la administración de los casos que les llegan pero incidieron en que no deberían cargar con todo el peso del proceso. “La Administración debería actuar de oficio con un proceso administra-

tivo por cada caso de intrusismo denunciado, realizando una inspección, con su pertinente sanción y cierre del centro si se confirma el intrusismo”.

En cuanto a la publicidad engañosa, el mensaje unánime fue la necesidad de que debe ser controlada, al igual que se hace con la publicidad en general mediante una agencia independiente, y se apuntó la posibilidad de que “quizá sea necesaria una Ley de publicidad sanitaria”.

Además del intrusismo y la publicidad engañosa, en esta sexta edición, se abordaron otros temas como los nuevos retos en la lucha contra el cáncer, el éxodo del personal médico y de enfermería, aspectos que afectan a las compañías de seguros del sector sanitario, la incidencia de la Inteligencia Artificial en la atención sanitaria y la investigación médica.



**Webinars y cursos
de Fisioterapia
y transversales
gratuitos o
a precio reducido**

**Solo para
colegiados
del ICOFCV**

<https://campus.colfisiocv.com>



Nuevos convenios de colaboración del ICOFCV

El Colegio de Fisioterapeutas ha firmado nuevos convenios de colaboración con importantes ventajas y beneficios para sus colegiados. Para más información sobre ellos: www.colfisiocv.com/convenios.

YOURFISIO - XALUT

La plataforma YourFisio, ahora denominada Xalut, ofrece a los colegiados del ICOFCV un descuento del 50% para todos los planes del usuario "fisioterapeuta" y un 15% de descuento en el usuario "clínica".



CLICKRENT

La empresa ClickRent realizará a los colegiados del ICOFCV un descuento del 15% en el alquiler de vehículos de su flota en la tarifa "Pink" (todo incluido). La prestación del servicio será por días.



FORLOPD

El ICOFCV y la consultora FORLOPD, especializada en la implantación y mantenimiento de la protección de datos, han actualizado su convenio de colaboración. A partir de ahora, los colegiados podrán acogerse a una nueva tarifa única anual.



BRIDGE THE GAP

Esta empresa formativa garantiza a los colegiados del ICOFCV un descuento del 20% en su curso corto online de inglés para fisioterapeutas. El descuento es del 25% para inscripciones realizadas antes del 31 de marzo.



HERYCOR

El ICOFCV y Herycor han renovado su convenio de colaboración. A partir de ahora, los colegiados podrán disfrutar de un descuento de hasta el 15% en los productos comercializados por Herycor.



NEW PLANNER - CAMARASA

Este grupo, dedicado al diseño y construcción de espacios sobre todo de salud, ofrece a los colegiados del ICOFCV un descuento del 20%, antes de IVA, sobre el precio de ante-proyectos, proyectos y la gestión de la tramitación de permisos.



Nuestro colegiado Fran Ferrer, premio mejor docente de la CEU UCH

Nuestro colegiado Francisco Ferrer Sargues, profesor del Grado de Fisioterapia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad CEU Cardenal Herrera, ha recibido el premio a la mejor labor docente de la citada Facultad durante el curso 2022-2023.



Ambas corporaciones han cerrado un acuerdo de colaboración en beneficio de sus colegiados

Los colegiados del ICOFCV podrán acceder al Congreso FTP24 al mismo precio que los del Colegio de Cataluña

El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana y el de Cataluña han cerrado un acuerdo de colaboración, por el que los colegiados del ICOFCV disfrutarán de los mismos descuentos que los catalanes en la inscripción al 3º Congreso Internacional de Fisioterapia, el FTP24, que tendrá lugar el 29 y 30 de noviembre en el Centro Internacional de Convencios de Barcelona (CCIB).

Las inscripciones al FTP24 ya están abiertas. Para beneficiarte del

descuento en el precio tendrás que utilizar un código corporativo (se verificará que sean colegiados del ICOFCV).

Además, si realizas la reserva de plaza antes del 30 de junio de 2024 podrás beneficiarte del precio por pronta inscripción.

De momento, sólo es posible inscribirse al Congreso, y más adelante podrás hacerlo en los talleres que más te interesen y confeccionar el FTP a tu medida.



Recuerda que quien lo desee tendrá también la posibilidad de presentar un póster y/o una comunicación libre hasta el 1 de junio. Más información: [FTP24](#).

La revista JGPT premia como mejor artículo del año un trabajo realizado por fisioterapeutas valencianos

La revista JGPT (*Journal of Geriatric Physical Therapy*), referencia en geriatría de la APTA (*American Physical Therapy Association*), ha concedido el premio al Mejor Artículo JGPT 2024 al trabajo "Effectiveness of a Supervised Group-Based Otago Exercise Program on Functional Performance in Frail Institutionalized Older Adults: A Multicenter Randomized Controlled Trial".



En este trabajo han participado diversos profesores de la CEU UCH, entre ellos, los fisioterapeutas Vincent Benavent, quien ha liderado el proyecto; Eva Segura, Juan José Amer y Dolores Argüisuelas, colegiados del ICOFCV.

El trabajo se centra en una intervención multicentro (8 residencias Comunidad Valenciana), en la que los participantes realizaban un programa de ejercicio multi-componentes (fuerza, equilibrio, movilidad, aeróbico, marcha) además de

recibir suplementación nutricional. Los resultados de la intervención ponen en valor la importancia del ejercicio físico multi-componente en población frágil institucionalizada para la mejora de su capacidad funcional y de la fragilidad.

Valencia acoge dos grandes eventos de Fisioterapia esta primavera

El Colegio de Fisioterapeutas organiza la tercera edición de la Jornada de Fisioterapia en la Sanidad Pública y coorganiza, junto a la SEFID, la sexta edición del Congreso de Fisioterapia y Dolor

PRÓXIMOS EVENTOS



5-6 ABRIL

PALACIO DE CONGRESOS
DE VALENCIA



17 MAYO

HOSPITAL LA FE
DE VALENCIA

PRECIOS EXCLUSIVOS POR SER COLEGIADO DEL ICFOFCV...

Puedes disfrutar de un **precio exclusivo** para acceder a este VI Congreso. A la cuota reducida, se suma un descuento adicional ofreciendo 300 inscripciones bonificadas, de las cuales ya solo quedan 100. Aprovecha una de estas entradas.

Los colegiados del ICFOFCV y los estudiantes de Fisioterapia pueden inscribirse por un **precio simbólico** a esta 3ª Jornada; una tarifa de inscripción reducida al máximo para cubrir el costo del *coffee break* y hacer que la asistencia sea totalmente accesible.

¡INSCRÍBETE YA!

eventos.colfisiocv.com



SEFID

VI CONGRESO DE
FISIOTERAPIA Y DOLOR

El VI Congreso Internacional de Fisioterapia y Dolor se llevará a cabo en Valencia los días 5 y 6 de abril de 2024. Organizado por la Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor (SEFID) y el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV), esta sexta edición contará con destacados ponentes, tanto nacionales como internacionales, que impartirán más de 20 ponencias en formato masterclass con el objetivo de facilitar que los asistentes puedan aplicar los nuevos conocimientos en su práctica clínica.

En el evento, que tendrá lugar en el Palacio de Congresos de Valencia, se abordará una amplia gama de temas de vanguardia, incluyendo los nuevos paradigmas en el tratamiento del dolor, la relación entre el dolor y el ejercicio, la fibromialgia, estrategias para superar el dolor crónico, el dolor orofacial, la neurociencia aplicada, el dolor musculoesquelético y la prevención del dolor cervical.

Además, el jueves 4 de abril, se llevará a cabo un programa preliminar con talleres impartidos por destacadas figuras de la fisioterapia, como David Butler.

[Toda la información](#)



El ICOFCV celebrará el 17 de mayo la III Jornada de Fisioterapia en la Sanidad Pública. Bajo el lema "*Creando Fisioterapia: rumbo a la funcionalidad*", el evento se enfocará en definir los tres engranajes esenciales de la profesión en este ámbito: Atención Primaria y comunitaria, Atención Hospitalaria y Gestión.

En esta línea, la jornada se ha estructurado en tres mesas en las que se abordará la **Atención Primaria y Comunitaria** como un engranaje diferenciado de la **Fisioterapia Hospitalaria**; ambos girando juntos de forma sinérgica con un objetivo común, pero con cometidos bien diferenciados. Y en otra mesa el tercer engranaje, la **Gestión** en Fisioterapia, como el elemento dinamizador que impulsa el cambio de paradigma hacia una fisioterapia funcional que aporte valor a los pacientes, a los equipos interdisciplinarios y al sistema sanitario; siguiendo el camino que nos va marcando la evidencia.

[Toda la información](#)

Colaborador



Patrocinadores



Desde el 15 de diciembre de 2023 hasta el 29 de marzo de 2024

90 NUEVOS COLEGIADOS
SE HAN SUMADO AL ICOFCV

BIENVENIDOS

LA UNIÓN HACE LA FUERZA



IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

EL ICOFCV
ES TU
COLEGIO

**ACÉRCATE,
PARTICIPA**



IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

"TELEFISIOTERAPIA INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y REALIDAD VIRTUAL"



UN EVENTO QUE NO TE PUEDES PERDER

Reserva la fecha



IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

INTERNATIONAL.COLFISIOCV.COM

**8 Y 9 DE
NOVIEMBRE
PEÑÍSCOLA**

