

**TEMA 7: Razonamiento clínico y diagnóstico fisioterápico.
La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la
Discapacidad y de la Salud (CIF).**





Tema 7

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

Autor

Fran Arzo Domenech



Índice

1. RAZONAMIENTO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO FISIOTERÁPICO	4
1.0. Introducción	4
1.1. Principios generales del diagnóstico diferencial	5
1.2. Pasos a seguir durante el Razonamiento clínico	6
1.2.1. Exploración	6
1.2.2. Evaluación	6
1.2.3. Diagnóstico	8
1.2.4. Pronóstico	8
1.2.5. Intervención - tratamiento	8
1.2.6. Resultados	8
2. LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF).	15
2.0. Introducción	15
2.1. Objetivos de la CIF	15
2.2. Propiedades.	16
2.3. Modo de empleo de la CIF	18
3. BIBLIOGRAFÍA	20



1. RAZONAMIENTO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO FISIOTERÁPICO

1.0. Introducción

El razonamiento clínico es un proceso multidimensional que conlleva muchas destrezas cognitivas que los fisioterapeutas emplean para procesar información, tomar decisiones y determinar acciones. El razonamiento se considera un diálogo interior que se mantiene continuamente mientras uno se enfrenta a los retos de la vida diaria; el razonamiento clínico constituye la base de la atención a los pacientes. Varios factores influyen en el proceso de razonamiento clínico: Los objetivos del terapeuta, sus valores y creencias, sus destrezas psicosociales, sus conocimientos y experiencia, sus estrategias para la solución de problemas, y sus destrezas técnicas influyen en el razonamiento clínico.

En el razonamiento clínico también influyen las características del paciente/cliente (metas, valores y creencias, factores físicos, psicosociales, educativos y culturales), así como factores ambientales (el ámbito de actuación clínica, los recursos generales, el tiempo de que se disponga, el respaldo económico y social). Los terapeutas expertos o con experiencia tienden a utilizar un proceso de razonamiento anticipatorio en que identifican claves y patrones similares a los diagnosticados en otros casos. Las decisiones se formulan basándose en la intuición. La hipótesis sometida a prueba no se suele verbalizar. Por tanto, las acciones se basan en la identificación de patrones y en los conocimientos clínicos atesorados. Por el contrario, es probable que los terapeutas inexpertos recurran al proceso de razonamiento deductivo (también llamado proceso hipotético-deductivo), que consiste en identificar claves, proponer una hipótesis, recabar datos que la ratifiquen y valorarla, para luego determinar las acciones apropiadas.

Las decisiones clínicas son el resultado del proceso de razonamiento clínico. Los fisioterapeutas hoy en día ejercen su profesión en medios complejos y se les exige tomar decisiones cada vez más complejas sin sobrepasar las restricciones significativas en sus competencias. La práctica basada en la evidencia es otro elemento importante de la toma de decisiones para informar y validar las opciones que tiene el fisioterapeuta durante la elaboración de su informe.

Como personal sanitario que es el fisioterapeuta, debe estar totalmente capacitado para realizar una valoración y un diagnóstico diferencial de los síntomas que refiere el paciente que va a visitarlo en consulta.

Cuando se aporta un diagnóstico no quirúrgico, suele tener escaso valor para el fisioterapeuta en lo que se refiere a la decisión del régimen de tratamiento más indicado. Algunos de estos diagnósticos que carecen de valor clínico son lumbalgia, dolor lumbar agudo, síndrome de atrapamiento del hombro, síndrome del manguito de los rotadores, destrucción de la rodilla, tortícolis, contractura de la espalda, dolor en la pared del tórax, esguince de tobillo, etc. Estos tipos de «diagnósticos» se limitan a mostrar los síntomas del paciente o el mecanismo de la lesión, o el área del dolor. Incluso diagnósticos aparentemente exactos como codo de tenis o el más técnico de epicondilitis externa, a menudo, no ayudan a determinar el tratamiento, puesto que no son lo suficientemente exactos.

Casos así se encuentran de forma habitual en casos remitidos por otros profesionales sanitarios cuando un paciente acude a consulta. Como buenos personales sanitarios que debemos ser, el conocimiento del lenguaje para determinar un buen diagnóstico no es



solo propio del médico. El fisioterapeuta debe ser capaz de clasificar todos los datos obtenidos durante las valoraciones objetiva y subjetiva para llegar a un diagnóstico de presunción provisional que facilite la creación de un plan de tratamiento racional. Este plan debe basarse en la presentación clínica del paciente y en la situación en ese momento de la información sobre la función del cuerpo, los procesos patológicos que está experimentando el paciente, y la experiencia y el nivel de habilidad del fisioterapeuta.

El objetivo primordial del Fisioterapeuta consistirá en llegar a poder formular un diagnóstico diferencial donde quede reflejado con la mayor objetividad (basándose en una buena historia clínica, exploración y valoración) la patología del paciente que acude a su consulta. Para poder llegar a redactar este diagnóstico fisioterápico se deberán seguir unas determinadas pautas que se explicarán a continuación en el apartado de Diagnóstico diferencial.

1.1. Principios generales del diagnóstico diferencial

Un único síntoma o un único test no es determinante para diagnosticar una patología propia de un paciente que viene a consulta. El diagnóstico diferencial clínico siempre es provisional y puede sufrir cambios a medida que se va disponiendo de nueva información proporcionada por estudios más objetivos, como los análisis de sangre y las exploraciones de imagen, o a medida que se registran los resultados de tratamientos seleccionados, o a medida que se evalúan los síntomas del paciente con test ortopédicos que puedan encaminar sus síntomas a un determinado diagnóstico de su patología.

Por ejemplo, la lumbalgia con dolor somático que se irradia hacia los glúteos y no va acompañada de signos o síntomas neurales o dures, podría deberse a varias patologías, entre ellas, una lesión discal contenida, una inflamación o disfunción de una articulación interapofisaria, un desgarro ligamentoso o muscular, una lesión del anillo fibroso externo, una compresión o cualquier otra fractura, una infección bacteriana o una neoplasia. Algunas de estas patologías son mucho más frecuentes que otras, y simplemente por la ley de probabilidades, si el fisioterapeuta realizara dos o tres diagnósticos basándose en la incidencia, tendría más probabilidades de acertar que de equivocarse.

Siguiendo el ejemplo anterior, es palpable la necesidad de investigar a fondo cuando ha sido el origen del problema. Para ello, al fisioterapeuta está dotado de determinados test ortopédicos y métodos de valoración que hacen más fácil el camino hasta el diagnóstico diferencial. Esta valoración manual constará de dos partes: una exploración para diagnóstico diferencial y una exploración biomecánica.

La exploración para el diagnóstico diferencial confirma la idoneidad del paciente para la fisioterapia. La exploración biomecánica es fundamental si se va a aplicar una terapia manual específica o un ejercicio concreto. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico diferencial es provisional, ya que depende de nuevas valoraciones más objetivas o, a posteriori, de la recuperación del paciente con un determinado tratamiento. En la exploración para diagnóstico diferencial, muchos fisioterapeutas sólo buscan señales de alarma y no un diagnóstico en particular, y aunque este enfoque es bastante bueno para excluir a los pacientes no aptos para un tratamiento, tiene escaso valor para diseñar un plan terapéutico específico.



1.2. Pasos a seguir durante el Razonamiento clínico

En este apartado se explicarán todos los pasos que seguirá un fisioterapeuta, por orden cronológico, cuando viene un paciente a consulta por una determinada patología y debe llegar a un diagnóstico fisioterápico objetivo. Como se verá posteriormente, es imprescindible llevar a cabo una buena exploración subjetiva en la Historia Clínica que se le abrirá al paciente. Gracias a ella el fisioterapeuta tendrá un hilo conductor para posteriormente evaluar y tratar. Es por ello que el capítulo de diagnóstico se va a centrar más en este apartado exploratorio, ya que las valoraciones musculares, de reflejos y otros test ortopédicos ya se encuentran citados en otros capítulos de este libro.

1.2.1. Exploración

Consiste en la elaboración de la historia, revisión de los sistemas y selección y administración de pruebas y mediciones para recabar datos sobre el paciente. La exploración inicial es una prueba de reconocimiento exhaustivo y específico que permite una clasificación diagnóstica. La exploración también debe identificar posibles problemas que requieran una interconsulta o la derivación a otro profesional sanitario. Desde la parte del fisioterapeuta que corresponde al apartado exploratorio, será necesaria la realización de un examen subjetivo con determinados ítems a valorar que puedan guiarlo en primera instancia en cuanto a su posible patología y qué la ocasionó.

- **Examen subjetivo**

Tiene que ver con la descripción que el paciente hace de sus dolores y de su historia pasada. Implica a grandes rasgos:

- ✓ Antecedentes personales y lesionales.
- ✓ Mecanismo lesional.
- ✓ Localización de la lesión.
- ✓ Tipo y naturaleza del dolor.
- ✓ Comportamiento del dolor durante el día.
- ✓ Posiciones o movimientos dolorosos.
- ✓ Tiempo de evolución.
- ✓ Conocimiento del estado actual.
- ✓ Estado bio-psico-social.
- ✓ Historia clínica en general, etc.

1.2.2. Evaluación

Es un proceso dinámico en el cual un fisioterapeuta emite juicios clínicos basados en los datos obtenidos durante la exploración.

En este apartado entraría el examen objetivo que se le debe realizar al paciente, tomando en cuenta datos palpables y no datos que él nos quiera contar. De este modo, es ahora el momento de llevar a cabo un dialogo interno entre el cuerpo y el terapeuta.

- **Examen objetivo**



El propósito del examen objetivo es: interpretar la noción de incapacidad que tiene el paciente en lo relativo a los músculos, las articulaciones, los nervios y otras estructuras que provocan dolor y/o la limitación; determinar los factores fisiopatológicos que pueden haber predisposto la iniciación del dolor y/o a la limitación.

Este examen es más específico por la utilización de maniobras ortopédicas y de movilidad para confirmar la lesión. Implica tres puntos principales: Inspección / Observación, Palpación y Evaluación de la función.

A) Inspección/ observación

- ✓ Evaluación global del paciente en las actividades no específicas.
 - I. Rostro del paciente ante el dolor, o como síntoma.
 - II. Postura (habitual, postura de protección, respiración, etc.).
 - III. Ayudas técnicas (bastón, muletas, corsé, prótesis, plantillas, etc.).
- ✓ Evaluación específica de un segmento afectado.
 - I. Forma:
 - Morfotipo (trofismo, atrofas musculares, etc.).
 - Modificaciones de los contornos.
 - Tumefacción local o en general.
 - II. Escotaduras y relieves óseos.
 - III. Inspección de la piel:
 - Cambio de color.
 - Cicatrices.
 - Callos.
 - Cambios tróficos y circulatorios.

B) Palpación

- ✓ Ubicar estructuras (músculos, unión miotendinosa, tendones, ligamentos, elementos óseos, fascias, nervios, etc.).
 - Contorno y forma.
 - Grosor.
 - Puntos dolorosos.
- ✓ Temperatura (siempre utilizando el dorso de la mano, comparando de proximal a distal, y ocasionalmente con el segmento opuesto).
- ✓ Estado general del grupo muscular.
 - Tono muscular.
 - Trofismo muscular.
 - Simetría.
- ✓ Movilidad y elasticidad del tejido.
- ✓ Tumefacción
- ✓ Sensibilidad superficial.
- ✓ Pulso.
- ✓ Humedad.



- ✓ Deformaciones.

C) Evaluación de la función

- ✓ Valoración articular (rangos pasivos y activos).
- ✓ Valoración de la fuerza muscular (tensión selectiva, dinamometría).
- ✓ Valoración neurológica (sensibilidad, dolor, etc.).
- ✓ Perimetría.
- ✓ Antropometría.
- ✓ Valoración de la Neurodinamia.
- ✓ Exámenes paraclínicos.

1.2.3. Diagnóstico

Consiste en el proceso y resultado final de la evaluación de los datos de la exploración, que el fisioterapeuta organiza en apartados, síndromes o categorías para determinar el pronóstico (incluido el plan de atención) y las estrategias de intervención más apropiadas.

1.2.4. Pronóstico

Este término significa ser capaz de conocer el nivel de mejoría óptima obtenible con la intervención, y tiempo requerido para alcanzar ese nivel. El plan de asistencia especifica las intervenciones que se pueden usar, su duración y frecuencia. Este proceso se llevará a cabo una vez se conozca el diagnóstico fisioterápico, por lo tanto, se puede hacer una estimación aproximada del tiempo de tratamiento y evolución del paciente.

1.2.5. Intervención - tratamiento

Interacción del fisioterapeuta con el paciente y, si fuera apropiado, con otras personas implicadas en la asistencia del paciente, usando distintos métodos y técnicas de fisioterapia para inducir cambios en la patología y el pronóstico. El fisioterapeuta practica una nueva exploración para determinar cambios en el estado del paciente/cliente y para modificar o reconducir la intervención. La decisión de volver a examinar tal vez se base en nuevos datos clínicos o en la falta de progreso del paciente. El proceso de re-exploración también debe identificar la necesidad de una interconsulta o la derivación a otro profesional.

1.2.6. Resultados

Son los resultados del tratamiento- intervención, que incluyen el impacto de las intervenciones de fisioterapia en los siguientes dominios: patología/fisiopatología (enfermedades, trastornos o afecciones); alteraciones, limitaciones funcionales y discapacidades; reducción/prevenición de riesgos; salud, bienestar y forma física; recursos sociales; y satisfacción del paciente.



Un esquema de las exploraciones podría ser el siguiente:

Valoración de rastreo para diagnóstico diferencial

- Historia.
- Observación (inspección).
- Valoraciones selectivas habituales de tensión de los tejidos.
- Valoraciones especiales.
- Valoración selectiva diferencial periférica.

Valoración Biomecánica

- Valoración biomecánica selectiva.
- Movimientos pasivos fisiológicos.
- Movimientos pasivos accesorios.
- Valoración de estabilidad articular o segmentaria no ligamentosa.

Por lo que respecta a la **exploración biomecánica**, a la hora de determinar un diagnóstico diferencial se deberán tratar los siguientes apartados:

- Exploración Subjetiva.
- Observación.
- Movimientos activos.
- Movimientos pasivos.
- Movimientos contra resistencia.
- Tensión.
- Tensión Dural.
- Dermatomas.
- Miotomas.
- Reflejos.
- Valoraciones especiales.
 - a) Arterias vertebrales.
 - b) Tensión de miembros superiores.
 - c) Cuadrantes.
 - d) De Phalan.
 - e) De Tinnel.
 - f) Otras.

A la hora de determinar la Historia clínica del paciente, la mejor forma para realizarla es mediante la exploración subjetiva. Esta parte de la exploración es una de las más importantes en todo el razonamiento clínico, porque si se realizan las preguntas oportunas, y se tienen en consideración todos los aspectos relevantes, se puede llegar a enfilar un mecanismo lesional o hacerse una idea de cómo va a ser el resto de la exploración hasta llegar al diagnóstico.

**El propósito de la historia clínica es determinar:****1. El perfil del paciente.****✓ Edad.**

Un niño que se queja de dolor continuo posiblemente padezca una lesión más grave de lo que indica el traumatismo, o bien una enfermedad grave. Es importante el fomento de la actividad física. El paciente de edad avanzada tiene una mayor predisposición a los trastornos degenerativos, no sólo del sistema musculoesquelético, sino también de otros sistemas.

La edad del paciente también dará una idea del arco de movilidad que cabe esperar al considerar los resultados de la valoración del movimiento. Habrá más rigidez articular y tensión muscular como norma en pacientes de edad más avanzada que en pacientes de menor edad.

✓ Sexo.

Una combinación de sexo y edad a menudo sensibilizará al fisioterapeuta más que cualquiera de ambos datos por separado. Un varón de 30 años con lumbalgia tiene menos probabilidades de padecer un cáncer de próstata que uno de 60 años. Una mujer de edad madura o avanzada tiene más probabilidades de padecer osteoporosis, debido a las deficiencias hormonales de la menopausia.

✓ Profesión y Actividades de ocio.

Para responder a estas preguntas, por lo menos en muchos casos, no será suficiente con la simple pregunta de ¿a qué se dedica usted?, especialmente en el caso de trabajos menos habituales de los que el fisioterapeuta se encuentra normalmente. Es necesario conocer el tipo de trabajo del paciente para saber si dedica mucho tiempo a estar sentado o a estar de pie, como son sus medios de trabajo, cuál es su actitud postural durante su jornada laboral, etc.

Del mismo modo es interesante saber los deportes que realiza o a que dedica su tiempo libre. En primer lugar, para intentar relacionar su mecanismo lesional con alguna actividad que haya realizado, y en segundo lugar por recomendar ciertas actividades que le podrían interesar para su recuperación pero que no está realizando.

✓ Situación familiar.

Las preguntas que el fisioterapeuta debería realizar serían las siguientes:

¿Recibe el paciente un apoyo en su hogar que le permita el descanso necesario o que le dé tiempo para hacer los ejercicios en su casa? ¿Puede el paciente evitar actividades adversas en su hogar, al tener a alguien que las haga por él? ¿Va a ser éste un período de estrés en su hogar, donde va a encontrar una cooperación escasa o nula? Si fuera necesario, ¿podrá contar el paciente con la ayuda de alguien para hacer los ejercicios, o será necesario modificarlos? ¿Qué edades tienen los hijos del paciente y qué clase de cuidados debe proporcionarles éste?



Si fuera necesario, el fisioterapeuta debe enseñar al paciente la forma de modificar posturas para dar de mamar o cambiar a los lactantes y para vestir a los niños pequeños y cómo conseguir que los niños más mayores asuman algunas de las tareas.

✓ **Antecedentes médicos.**

Como personal sanitario que somos, deberemos estar atentos ante cualquier dato de artritis sistémica, erupciones cutáneas, cáncer, diabetes, enfermedades coronarias o ictus.

También merece la pena señalar la necesidad de preguntar al paciente si presenta alguna anomalía congénita, dado que casi todas las anomalías congénitas se asocian a otras derivadas del mismo bloque embrionario afectado.

✓ **Tratamientos médicos actuales y anteriores.**

Determinados fármacos afectarán a sus opciones de tratamiento. Por ejemplo, no se recomienda aplicar fricciones profundas, o mandar ejercicios fuertes para un tendón o ligamento que ha sido infiltrado recientemente (en las tres últimas semanas) con esteroides. Las inyecciones de cortisona en el tejido debilitarán el colágeno de la zona inyectada y pueden provocar su rotura. Los esteroides sistémicos provocarán debilidad generalizada del colágeno, retención de agua y debilidad y dolor generalizados, todo lo cual puede afectar a los resultados de la exploración y al resultado del tratamiento. Los anticoagulantes son una contraindicación para la manipulación y las fricciones transversas profundas. Se conocen unos cuatrocientos medicamentos que provocan mareos como efecto secundario. Entre ellos se encuentran la aspirina y otros AINE, los esteroides sistémicos, los antibióticos aminoglucósidos, ciertos diuréticos y antianginosos. Evidentemente, al evaluar los mareos de un paciente, deberá pensarse en todos ellos.

Es por ello que es imprescindible preguntar al paciente y conocer que medicamentos está tomando a la hora de realizar un tratamiento, y para saber si la evolución de su enfermedad o patología podría estar obstaculizada o ralentizada por medio de uno de estos fármacos.

2. La sintomatología del paciente (DOLOR), incluyendo:

✓ **Comienzo.**

¿Está relacionado el dolor con un traumatismo? En ese caso, ¿apareció inmediatamente o lo hizo de manera diferida? La aparición inmediata de dolor intenso a menudo indica lesión de tejidos profundos, como desgarros o fracturas ligamentosas o musculares. Por ejemplo, algunos estudios retrospectivos y prospectivos reconocen que la aparición inmediata de dolor cervical después de un accidente de automóvil indica un mal pronóstico. El comienzo diferido es más frecuente debido a un proceso inflamatorio que necesita más tiempo para desarrollarse. ¿Además del dolor, escuchó el paciente algún ruido en el momento de la lesión? Ruidos de crujido, de desgarramiento o de golpe seco podrían indicar lesiones bruscas. ¿Se produjo inflamación? y en ese caso, ¿cuándo se produjo? La inflamación intensa o inmediata es muy sugestiva de hemartrosis. Un traumatismo articular importante que causa dolor, pero no inflamación, podría significar la existencia de un desgarramiento en la cápsula, a través del que escapa exudado inflamatorio o sangre. Si el dolor no está relacionado con un traumatismo claro, ¿se realizó alguna



actividad en particular que pudiera ser la causa? Ocasionalmente, el paciente relatará que el origen del dolor es un traumatismo, pero el interrogatorio en profundidad revelará que el traumatismo fue muy pequeño en comparación con el grado de dolor y discapacidad que experimenta el paciente. En esos casos, es posible que el traumatismo sea simplemente la gota que colmara el vaso. Posiblemente, sea necesario buscar los factores que ocasionaron tal lesión sobre el área dañada que una tensión mínima provocó su lesión definitiva.

✓ **Calidad del dolor.**

La naturaleza o el tipo del dolor que está experimentando el paciente es fundamental para valorar el trastorno. Existen diferentes clasificaciones para el dolor, pero con fines de diagnóstico diferencial, la respuesta a continuación es tan buena como cualquier y mejor que la mayoría. El dolor se puede clasificar como neuropático (neurológico) o somático (no neurológico).

El dolor neuropático es un dolor lancinante, acompañado de parestesia o entumecimiento. Cualquier otro síntoma distinto a éstos no puede atribuirse a compresión o inflamación de un nervio o una raíz espinal.

El dolor no neuropático o somático generalmente se describe como sordo. Puede ser intenso o muy leve, pero no es un dolor lancinante o punzante. Por desgracia, este tipo de dolor, cuando aparece en la pierna o el brazo, se describe de forma inexacta como dolor radicular, a pesar de que a la hora de hacer los test no aparece sintomatología de dolor eléctrico.

Cuando se realiza una historia clínica, se deben considerar otros trastornos neurológicos que provocan dolor. Los síndromes de dolor talámico, el herpes zóster, la neuropatía diabética y de otros tipos, las polineuropatías y la aracnoiditis pueden ser enviados erróneamente al fisioterapeuta en sus etapas iniciales.

Para ser más precisos en el diagnóstico, el paciente relatará su dolor neurológico “como una puñalada, como un cuchillo, como un vendaval o una descarga, como si quemara. como en banda, como si desgarrara la carne e indescriptible.”

Grieve llegó a las siguientes conclusiones sobre la calidad del dolor:

- Todo el dolor radicular es un dolor referido, pero no todo dolor referido es un dolor radicular.
- El dolor referido intenso no se debe necesariamente a compromiso radicular por inflamación u otras formas de imitación.
- El dolor referido provocado por afectación radicular no es necesariamente intenso.
- La simple compresión radicular no provoca dolor y puede no provocar déficit neurológico.
- La imprecisa terminología actual sobre el dolor referido refleja suposiciones tradicionales (a menudo no probadas) sobre su causa y no su verdadera naturaleza.
- La topografía y naturaleza del dolor referido en un determinado paciente son insuficientes por sí solas para el diagnóstico diferencial, tanto del tejido afectado como del nivel segmentario.



✓ Nivel de irritabilidad/ localización.

La localización del dolor es un dato muy importante ya que puede ayudar a obtener una idea de los niveles embrionarios de los que procede el tejido afectado.

Ni los dolores neurológicos o radicales, ni los dolores somáticos o no neurológicos son constantes en sus áreas de propagación. Las áreas de dolor referido de orígenes neurológico y somático varían de unos individuos a otros y también en un mismo individuo, siendo esto último aparentemente una función de la intensidad del estímulo. No obstante, los puntos de síntomas neurológicos indican mejor su origen que los puntos de dolor con tres factores:

- Intensidad del estímulo (cuanto mayor sea el estímulo, mayor será la irradiación).
- Origen central del estímulo (cuando más central sea, mayor será la irradiación).
- Superficial del estímulo (cuando más superficial sea, menor será la irradiación).

✓ Comportamiento del dolor

El dolor, ¿es constante, continuo o intermitente? ¿Aparece sólo durante el día, le altera el sueño? ¿Mejora o empeora en un momento determinado del día? ¿Está relacionado con alguna actividad o postura en particular? ¿Qué cantidad de actividad o de tiempo en una determinada postura es necesaria para provocar el dolor? ¿Cuánto tiempo tarda en desaparecer el dolor cuando se da reposo a esa zona? A menudo, las respuestas a estas preguntas proporcionan información sobre el origen del dolor, su agudeza e irritabilidad.

- La determinación de que se trata de un dolor constante se hace al comprobar que, en reposo, ni el paciente ni el fisioterapeuta pueden encontrar una postura que reduzca el dolor; es decir, el reposo no mejora el dolor.
- Cuando el fisioterapeuta no puede exacerbar el dolor mediante valoraciones selectivas de la tensión de los tejidos, significa que el origen del dolor no se encuentra en un tejido vulnerable a tal valoración, sino que puede estar en una víscera o en un hueso que carezcan de un ligamento, o un músculo lo suficientemente próximos como para tirar del área dolorosa durante la valoración. Es lo que se conoce como dolor referido.
- El dolor intermitente es aquel que durante un episodio en particular está totalmente ausente o presente, dependiendo de la existencia de factores de tensión. Se trata de un dolor mecánico (suponiendo que su origen sea el sistema musculoesquelético) y, por lo general, benigno, aunque se han registrado algunas excepciones notables. Si no intervienen otras variables, el dolor de este tipo generalmente es una buena indicación para tratamientos bastante agresivos, con terapia manual y ejercicios.



En la siguiente tabla se puede observar las diferencias existentes entre un dolor constante, químico y por lo tanto inflamatorio; y por otro lado un dolor puramente mecánico.

Dolor químico	Dolor mecánico
Constante o continuo	Dolor intermitente
Rigidez matutina de más de 2 horas de duración	Rigidez matutina que dura sólo unos minutos y mejora con el reposo y la actividad
No se afecta por el reposo	El dolor mejora con el reposo
El dolor nocturno puede alterar el sueño	El dolor no provoca despertares nocturnos

✓ **Intensidad y discapacidad**

El método más común para valorar los niveles de dolor es pedir al paciente que lo puntúe en una escala de 1 a 10, siendo 10 el peor dolor que ha provocado este problema o que el paciente haya experimentado nunca. Otro método que se puede utilizar, ya sea solo o como complemento de la escala del dolor, es preguntar acerca de la discapacidad. En siguientes apartados se hablará del modelo más usado para valorar la discapacidad.

3. Las tensiones que el paciente debe ser capaz de tolerar en las actividades de la vida diaria.

Cuando se habla de tensiones que el paciente debe ser capaz de tolerar entra en juego la cadena del estrés. Es importante este dato ya que, si el paciente se encuentra en un estado de alerta constante porque en su trabajo no está a gusto, su núcleo familiar no está pasando un gran momento, igual para las amistades, etc. puede causar una sobre estimulación del Sistema nervioso Simpático. Esto puede provocar una respuesta de “simpaticotonía” generando así un desequilibrio entre el sistema nervioso Simpático y el Sistema Nervioso Parasimpático, dando lugar a molestias de otro tipo que no sean puramente musculares (cefaleas, estreñimiento, acidez, reflujo gastro-esofágico, etc.).

4. Cualquier otra enfermedad anterior o actual que pueda tener algún efecto sobre la valoración o el tratamiento

5. Cualquier antecedente de tipo similar.

6. Todo tratamiento físico para esta enfermedad, o para otras similares, y resultados de ese tratamiento.

7. La forma de establecer vías de comunicación con el paciente.

8. La forma de establecer una relación de trabajo con el paciente.

9. Las posibilidades de cumplimiento del programa por parte del paciente.

10. La actitud del paciente ante su problema.



2. LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF).

2.0. Introducción

La CIF es un sistema de clasificación que nos proporciona un lenguaje unificado y estándar con el que el público puede describir la salud y las cuestiones afines al estado de salud. Este sistema fue aceptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2001.

Como clasificación, la CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud (ej. lo que una persona con un trastorno o una enfermedad hace o puede hacer). El concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación; de manera similar, discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación.

La CIF también enumera los Factores Ambientales que pueden interactuar en un estado de salud. Por lo tanto, la clasificación permite a sus usuarios elaborar un perfil de gran utilidad sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios.

Es también necesario hablar del modelo CIE-10 (Abreviatura de “Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión”) que brinda un concepto basado en la etiología. Se suele recomendar a los usuarios el uso conjunto de estos dos modelos ya que se complementan. Ambas pertenecen a la familia de clasificaciones internacionales de la OMS; la CIE-10 proporciona un diagnóstico de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, mientras que la CIF complementa estos datos hablando de su funcionamiento.

¿Por qué es importante?

Al proporcionar un lenguaje unificado, ofrece la posibilidad de categorizar la información en función de todas las entidades de las cuales la fisioterapia forma parte, como, por ejemplo: hospitales, centros de salud mental, servicios comunitarios, servicios para incapacitados, etc. Se puede utilizar para describir de forma íntegra y coherente el estado de salud de una persona para que pueda ser interpretado por cualquiera de los personales de estas entidades. Esto favorece que los planificadores de los servicios de salud puedan obtener una visión exacta del estado de salud de una población.

2.1. Objetivos de la CIF

La CIF es una clasificación diseñada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores. Sus objetivos específicos pueden resumirse en:

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes.
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades.



- Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

Estos objetivos están relacionados entre sí, ya que la necesidad y el uso de la CIF requiere la construcción de un sistema relevante y útil que pueda aplicarse en distintos ámbitos: en política sanitaria, en evaluación de la calidad asistencial, y para la evaluación de consecuencias en diferentes culturas.

Aplicaciones de la CIF

Desde su publicación como una versión de prueba en 1980, ha sido empleada para diferentes fines, por ejemplo:

- Como herramienta estadística - en la recogida y registro de datos (ej. en encuestas y estudios de población o en sistemas de manejo de información);
- Como herramienta de investigación - para medir resultados, calidad de vida o factores ambientales;
- Como herramienta clínica - en la valoración de necesidades, para homogeneizar tratamientos con condiciones específicas de salud, en la valoración vocacional, en la rehabilitación y en la evaluación de resultados;
- Como herramienta de política social- en la planificación de sistemas de seguridad social, sistemas de compensación, y para diseñar e implementar políticas;
- Como herramienta educativa - para diseño del «currículum", y para aumentar la toma de conciencia de la sociedad y para poner en marcha actividades sociales.

2.2. Propiedades.

La CIF organiza la información en dos partes. La parte 1 trata sobre Funcionamiento y Discapacidad, y la parte 2 sobre Factores Contextuales.

1. Por lo que respecta al Funcionamiento y a la Discapacidad, se subdividirá en Funciones y Estructuras corporales; y en Actividades y Participación.
 - Las funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas). Las deficiencias son problemas en la función o estructura corporal, tales como una desviación o una pérdida significativa.
 - Las estructuras Corporales son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
 - Actividad es la realización de una tarea o acción por una persona.
 - Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.
 - Las limitaciones en la actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades. Las restricciones en la participación



son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

2. Por lo que respecta a los Factores contextuales se subdividirá en Factores ambientales y en factores personales:
 - Los factores ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.
 - Los factores personales tratan sobre las personas y los animales que proporcionan apoyo a otras personas, tanto físico como emocional, así como apoyo en aspectos relacionados con la nutrición, protección, asistencia y relaciones, en sus casas, en sus lugares de trabajo, en la escuela o en el juego o en cualquier otro aspecto de sus actividades diarias.

¿Cómo puede ser utilizada la CIF por los Fisioterapeutas?

Los fisioterapeutas y demás profesionales sanitarios están más interesados en el efecto de una afectación en una persona que en el mismo diagnóstico en sí. Poniendo un ejemplo, como en el caso de la Artritis Reumatoidea Seropositiva ofrece muy poca información sobre una persona que padece dicha enfermedad.

Sin embargo, el sistema CIF tiene la capacidad de codificar otras cuestiones de interés para los fisioterapeutas implicados en su cuidado, como por ejemplo si el paciente está más afectado en las extremidades superiores (s730) o en las extremidades inferiores (s750), o sobre el nivel de ayuda que necesita en el hogar (e310).

Siguiendo con el ejemplo anterior, un fisioterapeuta puede querer registrar información sobre la movilidad. De ser así, dentro del capítulo de la CIF que concierne a la movilidad se han designado varios bloques y categorías en los que mediante un número se pueden describir ciertos elementos de la movilidad.

Poniendo otro ejemplo distinto, el fisioterapeuta que trabaja a nivel comunitario puede desear registrar información utilizando tres o cuatro dígitos, con el fin de medir el resultado de un programa asistencial en particular...

¿Cómo se evalúa en el sistema CIF?

Los calificadores que se emplean en este modelo son un tipo de evaluación codificada según el ámbito pertinente y son indispensables para una utilización adecuada de la clasificación. Todos los ámbitos que se van a calificar se codificarán con un calificador genérico con el objetivo de registrar la importancia del problema en lo que concierne a la discapacidad (nulo, leve, moderado y grave), la limitación para llevar a cabo una actividad, la restricción participativa y los factores externos.



2.3. Modo de empleo de la CIF

La CIF es una clasificación del funcionamiento y de la discapacidad de las personas. Agrupa sistemáticamente los dominios de la salud y los dominios "relacionados con la salud". Dentro de cada componente, los dominios se agrupan teniendo en cuenta sus características comunes (como su origen, tipo o similitud) y se ordenan desde una perspectiva lógica. La clasificación se organiza de acuerdo con un conjunto de principios. Estos principios se refieren a la interrelación existente entre los niveles y a la jerarquía de la clasificación (conjuntos de niveles). Sin embargo, algunas categorías de la CIF, no se organizan de manera jerárquica, sino que se ordenan como miembros iguales de una misma rama.

Las características estructurales de la clasificación que tienen un mayor efecto a la hora de su utilización, son las siguientes:

- a) La CIF ofrece definiciones operacionales estándar de los dominios de salud y cuestiones afines con el estado de salud. Estas definiciones describen los atributos esenciales de cada dominio (ej. cualidades, propiedades y relaciones) y contienen información sobre lo que está incluido y excluido de cada dominio. Estas definiciones contienen puntos trascendentales utilizados habitualmente para la evaluación de manera que puedan ser fácilmente trasladadas a cuestionarios. Inversamente, los resultados de instrumentos de evaluación existentes en la actualidad pueden ser codificados en términos de la CIF. Por ejemplo, "funciones de la visión" se define en términos de funciones de la forma y del contorno del ojo, desde ver objetos a distancias variables utilizando uno o ambos ojos, de manera que la gravedad de las dificultades en la visión pueda codificarse en los niveles de leve, moderado, grave o total.
- b) La CIF utiliza un sistema alfanumérico en el que las letras b, s, d y e se utilizan para indicar Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación, y Factores Ambientales. Las letras van seguidas de un código numérico que empieza con el número del capítulo (un dígito), seguido del segundo nivel (dos dígitos) y del tercer y cuarto nivel (un dígito para cada uno).
- c) Las categorías de la CIF están incluidas de manera que la definición de las categorías más amplias incluye sub-categorías más detalladas que la situada en un nivel superior (ej., el Capítulo 4 del componente Actividades y Participación, Movilidad, incluye categorías diferenciadas como caminar, estar de pie, estar sentado, llevar objetos, etc.). La versión reducida (concisa) cubre dos niveles, mientras que la versión completa (detallada) cubre los cuatro niveles. Los códigos de la versión reducida y de la versión completa se corresponden, y la versión reducida puede ser obtenida desde la versión completa.
- d) Cualquier individuo puede tener un rango de códigos en cada nivel. Estos códigos pueden ser independientes o estar interrelacionados.
- e) Los códigos de la CIF sólo están completos con la presencia de un calificador, que indica una magnitud del nivel de salud (ej. gravedad del problema). Los calificadores se codifican como uno, dos o más números después de un punto decimal. El uso de cualquier código debe estar acompañado de al menos un calificador. Sin calificadores los códigos no tienen sentido.



- f) Para describir la extensión de los problemas en el componente Estructuras y Funciones Corporales y en el componente Factores Ambientales se utiliza el primer calificador, mientras que en el componente Actividades y Participación se utilizan los calificadores de capacidad y desempeño/realización.
- g) Todos los componentes de la CIF (Funciones y Estructuras Corporales, Actividades y Participación, y Factores Ambientales) se cuantifican utilizando la misma escala genérica.
- h) En el caso de los Factores Ambientales, este primer calificador puede ser utilizado para indicar tanto la extensión de efectos positivos del entorno, ej. facilitadores, como la extensión de los efectos negativos, ej. barreras. Para ambos se utiliza la misma escala de 0-4, pero para indicar que se trata de un facilitador el punto decimal se sustituye por un signo +: por ejemplo, e110+2. Los Factores Ambientales pueden ser codificados en relación con cada ítem individual, o globalmente, sin referencias a ningún ítem individual. La primera opción es preferible porque identifica el efecto y la atribución más claramente.
- i) Las descripciones de los dominios de salud y dominios "relacionados con la salud" hacen referencia a su uso en un momento dado. Sin embargo, se pueden utilizar también en varias ocasiones sucesivas para describir una trayectoria a lo largo del tiempo y del proceso.
- j) En la CIF, a la salud y a los estados "relacionados con la salud" de una persona se les asigna una serie de códigos que afectan a las dos partes de la clasificación. Entonces, el máximo número de códigos por persona es de 34 en el nivel del primer dígito (8 códigos de Funciones Corporales, 8 de Estructuras Corporales, 9 de Desempeño/realización y 9 de Capacidad). Similarmente, en el nivel de dos ítems, el total de los códigos es 362. En un nivel superior de detalle, este número de códigos puede llegar a ser de 1424 ítems. Durante la aplicación de la CIF en situaciones reales para la descripción de un caso con una precisión de nivel dos (tres dígitos) puede ser adecuado utilizar un rango de 3 a 18 códigos. Normalmente la versión más detallada, con cuatro dígitos, se utiliza para servicios especializados (resultados de la rehabilitación, geriátricos) mientras que la clasificación de dos niveles se puede usar para encuestas y evaluación de tratamientos clínicos.



3. BIBLIOGRAFÍA

- Ayuso-Mateos J, L et al. (2005). Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica.
- Cyriax. J.M (2005). Lesiones de ligamentos, tendones, cartílagos y músculos. Tomo I. Edit. Marban.
- David S. Butler. (2002). Movilización del Sistema Nervioso. Edit. Paidotribo.
- James T. S. Meadow (2000). Diagnóstico diferencial en fisioterapia. Edit. Mc Graw Hill Interamericana.
- Kaltenborn. F & Evjenth. O. (2001). Fisioterapia Manual. Extremidades. 10ª edición. Edit. Interamericana.
- Maitland. G. D (1981). Manipulación Vertebral. Edit. El Ateneo.
- Susan B. O'Sullivan, Thomas J. Schmitz. Rehabilitación Física. Edit. Paidotribo.