

Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la discapacidad y de la salud

Methodological guide for preparing the physiotherapy diagnosis according to the International Classification of Functioning (CIF), disability and health

E. Jimmy Jiménez Tordoya^{1,a}

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo plantear una guía metodológica que permita a los estudiantes de la Carrera de Fisioterapia y Kinesiología unificar criterios para desarrollar los procesos diagnósticos desde el enfoque biopsicosocial, a partir de las evidencias obtenidas en la evaluación inicial y tomando como base la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). La idea surge a raíz de las dificultades que se tiene en la formulación del diagnóstico fisioterapéutico, más allá del referente "enfermedad", asumiendo una identidad propia desde su objeto de estudio como es la función - disfunción del movimiento humano. Se propone el uso de la CIF porque incorpora en su estructura categorías desde la perspectiva corporal, individual y social, los cuales tienen relación estrecha con la naturaleza y niveles de estudio de la Fisioterapia y Kinesiología. Solo así se provee un marco inicial que dinamiza la organización de datos y opiniones clínicas facilitando un sistema de clasificación de acuerdo con las funciones y estructuras corporales, las actividades corporales y la participación en las actividades de la vida diaria, así como la identificación de barreras o facilitadores en el entorno ambiental y las características individuales que forman parte del estado de salud de las personas.

Palabras claves: diagnóstico fisioterapéutico, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), casos clínicos, evaluación inicial, organización de datos integrales en Fisioterapia.

Abstract

This article aims to raise a methodological guide that allows students of the School of Physiotherapy and Kinesiology unify criteria to develop diagnostic processes from the biopsychosocial approach, based on the evidence obtained in the initial evaluation and based on the ranking International of Functioning, Disability and Health (ICF). The idea stems from the difficulties you have in the formulation of physiotherapy diagnosis, beyond the reference "disease", assuming an identity from its subject as it is the function - dysfunction of human movement. The use of ICF is proposed that incorporates in its structure categories from body, individual and societal perspective, which are closely related to the nature and levels of study of physiotherapy and kinesiology. Only then an initial framework that streamlines the organization of data and clinical opinion facilitating a classification system according to body functions and structures, bodily activities and participation in activities of daily living, as well as identifying barriers is provided or facilitators in the ambient environment and the individual characteristics that are part of the health status of people.

Palabras claves: Physiotherapeutic diagnosis, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), clinical cases, initial assessment, organization of comprehensive data in Physiotherapy.

Del análisis de la evolución del diagnóstico en Fisioterapia, cabe mencionar que "durante décadas los Fisioterapeutas han guiado su práctica profesional fundamentados en el diagnóstico médico del modelo tradicional, aquél que aclara y enfatiza la etiología, el curso, la naturaleza y la denominación de los trastornos orgánicos"¹.

Si bien en 1984, año en que la Asociación Americana de Terapia Física (APTA) reconoce los derechos de los Fisioterapeutas para emitir el diagnóstico en el ámbito de sus conocimientos, práctica y experiencia², de acuerdo con Guccione (1991), esta declaración solamente legitima el diagnóstico como una actividad pertinente a la profesión,

no obstante, se hizo poco para aclarar qué tipo de sistema de clasificación podría ser adecuado para la generación del diagnóstico en Fisioterapia³.

Para resolver las interrogantes de cómo concebir y clasificar el diagnóstico en Fisioterapia, Jette en 1989, sugiere la incorporación del modelo experimental de la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, la mirada crítica a este modelo hacía notar que la CIDDM no contemplaba en su totalidad las categorías de diagnóstico que permitan conocer realmente la condición funcional de un individuo¹.

Hasta la década de los ochenta, Daza Lesmes (2007), en base a una revisión de las diferentes propuestas para establecer categorías diagnósticas, específicamente en Colombia, menciona que los fisioterapeutas emitían el diagnóstico utilizando el lenguaje médico. Este diagnóstico incluía la descripción de un conjunto de signos y síntomas asociados con deficiencias estructurales a nivel del sistema músculo

¹Licenciado en Fisioterapia y Rehabilitación

^aCarrera de Fisioterapia de la Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Simón

*Correspondencia a: E. Jimmy Jiménez Tordoya

Correo electrónico: e.jimmyjim_it@hotmail.com

Recibido el 18 de mayo de 2016. Aceptado el 31 de mayo de 2016.

esquelético, que complementaba categorías de limitación funcional, discapacidad y minusvalía, según la dificultad de los pacientes al realizar sus actividades de la vida diaria¹.

Desde la perspectiva del análisis de la función y disfunción del movimiento humano, con características propias de nuestra disciplina, el diagnóstico fisioterapéutico no debe entrar en competencia con el diagnóstico médico⁴, sino más bien, debe ser complementaria. Esto queda demostrado en la descripción de la profesión que hizo la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT, 1999) sobre la postura diagnóstica fisioterapéutica a partir del desarrollo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)⁵.

En la actualidad, a propósito del cambio generacional de paradigmas, la comunidad académica en Fisioterapia propicia la construcción de una identidad diagnóstica desde el enfoque biopsicosocial basado en la CIF. Solo así se provee un marco inicial que dinamiza la organización de datos y opiniones clínicas más allá del referente “enfermedad”, lo cual facilita una clasificación de acuerdo con la función de los sistemas corporales, del individuo y de las relaciones con su entorno¹.

Definición de diagnóstico fisioterapéutico

Sahrman (1988) hace la primera definición del diagnóstico fisioterapéutico como “el término que describe las disfunciones esenciales, objeto de tratamiento del fisioterapeuta. La disfunción es identificada sobre la base de las informaciones obtenidas a partir de la historia de la enfermedad, los signos, síntomas, exámenes y tests que él mismo ejecuta o solicita”⁴.

Por su parte, la Confederación Mundial de Fisioterapia en 1999 define el diagnóstico como “el resultado del proceso de razonamiento clínico que puede ser expresado en términos de disfunción del movimiento o contener categorías de deterioro, limitación funcional, capacidad/discapacidad o síndromes”⁵.

Uso de la CIF en el diagnóstico fisioterapéutico

La CIF no pretende clasificar condiciones patológicas, pues para ello la OMS elaboró la CIE-10 (abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima revisión). Por lo tanto, ambos son complementarios⁶. Se propone el uso de la CIF para aplicarla en la elaboración del diagnóstico fisioterapéutico, dado que sus categorías desde la perspectiva corporal, individual y social tienen relación estrecha con la naturaleza y niveles de estudio de la Fisioterapia¹.

Modelo de la CIF⁶

La CIF pertenece a la “familia” de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Su objetivo principal es “brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con ella”.

En la Figura 1 se presenta una visión general de la clasificación de la CIF (2001). Más adelante se describen cada una las partes, los componentes, los dominios, las categorías y los

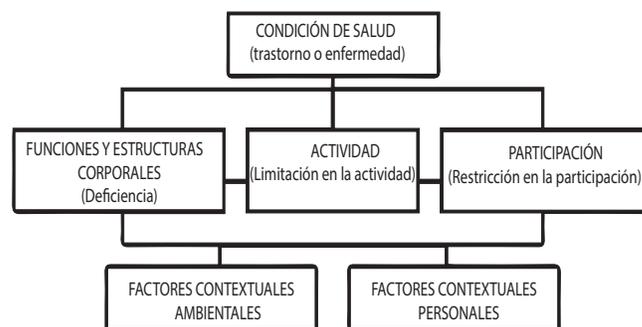


Figura 1. Modelo de la CIF (2001)
Fuente: OMS-OPS (2001)

calificadores que son elementos importantes de su estructura.

Partes y componentes de la CIF

La CIF tiene dos partes, cada una con dos componentes:

Parte 1: Funcionamiento y discapacidad

- Funciones y estructuras corporales
- Actividades y participación

Parte 2: Factores contextuales

- Factores ambientales
- Factores personales

Los componentes se definen de la siguiente manera:

Funciones corporales: Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas.

Estructuras corporales: Son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Cualquier alteración presente en las funciones y estructuras corporales, se denomina como deficiencias, que son los problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una “perdida”.

Actividades: Es el hecho de llevar a cabo una tarea o acción por parte de una persona. Cuando existe limitación en las actividades se asume como dificultad o limitación que una persona puede tener para llevar a cabo acciones individuales en un entorno uniforme.

Participación: Es el acto de involucrarse en la vida familiar y social (entorno real). Puede haber restricciones en la participación cuando son problemas que una persona experimenta durante la realización de las actividades de la vida diaria (AVD).

Los dominios para el componente actividades y participación aparecen en una única lista que cubre todo el rango de áreas importantes para la vida diaria. Este componente puede utilizarse para indicar actividades o participación o ambos.

Factores ambientales: Constituye el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive. Los factores son externos a los individuos y pueden constituirse en facilitador o barrera del desempeño - realización del individuo como miembro de una sociedad, en la capacidad de un individuo o en sus estructuras y funciones corporales.

Factores personales: Está compuesto por los aspectos individuales que forman parte de una condición o estado de salud. Estos pueden incluir el sexo, la raza, la edad, el estilo

Tabla 1: Dominios de la CIF (2001)

| FUNCIÓNES CORPORALES | ESTRUCTURAS CORPORALES | ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN | FACTORES AMBIENTALES |
|--|--|---|--|
| 1. Funciones mentales | 1. Estructuras del sistema nervioso | 1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento | 1. Productos y tecnología |
| 2. Funciones sensoriales y dolor | 2. El ojo, el oído y estructuras relacionadas | 2. Tareas y demandas generales | 2. Entorno natural y cambios en el entorno |
| 3. Funciones de la voz y el habla | 3. Estructuras relacionadas con la voz y el habla | 3. Comunicación | 3. Apoyo y relaciones |
| 4. Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio | 4. Estructuras del sistema cardiovascular, inmunológico y respiratorio | 4. Movilidad | 4. Actitudes |
| 5. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino | 5. Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino | 5. Cuidado personal | 5. Servicios, sistemas y políticas |
| 6. Funciones genitourinarias y reproductoras | 6. Estructuras relacionadas con el sistema urogenital y el sistema reproductor | 6. Vida doméstica | |
| 7. Funciones músculo esqueléticas y relacionadas con el movimiento | 7. Estructuras músculo esqueléticas y relacionadas con el movimiento | 7. Interacciones y relaciones interpersonales | |
| 8. Funciones de la piel y estructuras relacionadas | 8. Piel y estructuras relacionadas | 8. Áreas principales de la vida | |
| | | 9. Vida comunitaria, social y cívica | |

Fuente: OMS-OPS (2001)

de vida, los hábitos, los antecedentes sociales, la educación, la profesión, personalidad, los patrones de comportamiento y los aspectos psicológicos.

Cada uno de los componentes de la CIF puede ser expresado tanto en términos positivos como negativos. El término de funcionamiento es asumido como un aspecto positivo que contempla la integridad en las funciones corporales, las actividades y la participación relacionada con factores contextuales facilitadores. En contraposición, como aspecto negativo está la discapacidad que es asumida como deficiencia corporal, limitación en la actividad y restricción en la participación relacionadas con factores contextuales constituidos como barreras.

Dominios CIF

Cada componente contiene varios dominios, descritos como un listado de capítulos, tal como se menciona a continuación:(Tabla 1)

Categorías

En cada dominio se tienen categorías (clases y subclases) que son a unidades de clasificación en un primer y segundo nivel. Por ejemplo, en el capítulo 7 de las funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, se tienen las siguientes categorías de primer nivel: las funciones de las articulaciones y los huesos; las funciones musculares; y las funciones relacionadas con el movimiento.

Escala valorativa

Todos los componentes de la CIF se cuantifican utilizando la misma escala valorativa. Tener un problema puede significar tanto una deficiencia, como una limitación, restricción o barrera dependiendo del dominio (Tabla 2).

Codificación

La CIF utiliza un sistema alfanumérico para la codificación, donde las letras se utilizan para indicar cada uno de los componentes (Tabla 3). 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). A modo de ejemplo, en la Figura 2 se esquematiza el orden de clasificación tomando en cuenta un paciente que presenta dolor en una de las extremidades inferiores cuando intenta subir las gradas:

La función-disfunción del movimiento humano como base del diagnóstico fisioterapéutico

Tomando como partida la descripción hecha por la Confederación Mundial de Fisioterapia, se puede rescatar que esta disciplina es identificada oficialmente como un modelo básico (“paradigma”) que centra su estudio en el análisis y tratamiento de las funciones y disfunciones del movimiento

Tabla 2: Calificadores genéricos de la CIF (2001)

| Escala de calificadores | Equivalencia cuantitativa |
|-------------------------|---------------------------|
| 0 No hay problema | 0-4 % |
| 1 Problema LIGERO | 5-24% |
| 2 Problema MODERADO | 25-49% |
| 3 Problema GRAVE | 50-95% |
| 4 Problema COMPLETO | 96-100% |
| 8 Sin especificar | - |
| 9 Noaplicable | - |

Fuente: OMS-OPS (2001)

Tabla 3: Prefijos utilizados para identificar los componentes según la CIF (2001)

| Prefijo | Componente | Subdivisión |
|----------------|------------------------|-------------|
| b | Funciones corporales | |
| s | Estructuras corporales | |
| d | Actividades | A |
| | Participación | P |
| e | Factores ambientales | |
| No calificable | Factores personales | |

Fuente: Cristancho (2012)

desde una perspectiva biopsicosocial⁵.

El término de función es una expresión que tiene carácter multidimensional, su significado es fácil de entender, pero difícil de definir. “Se refiere a las actividades o tareas que los individuos requieren desarrollar para adaptarse a una situación de desempeño en el entorno en el que se desenvuelven”⁷.

Por otro lado, desde el punto de vista del análisis patokinesiológico, la disfunción puede entenderse como el equilibrio o balance insuficiente en el movimiento como para obtener los mejores niveles de expresión funcional.

Estas disfunciones están expresadas a partir de variables que adquieren la condición de: cargas, cuando se incrementan los costos mecánicos o fisiológicos; asistencias, cuando se realizan ajustes tanto internos como externos para compensar la carga; y traductores, cuando se tienen un conjunto de datos que hacen evidente la alteración⁸.

En el enfoque de la CIF, la función, como parámetro normalizado, es asumida con los términos de funcionalidad estable o en desarrollo, y la disfunción, para los casos patológicos, se plantea en términos de deficiencia, limitación, restricción o discapacidad¹.

Dada las connotaciones en Fisioterapia y Kinesiología sobre la función - disfunción del movimiento humano, conviene clasificar estos conceptos según el modelo de la CIF, a partir de los siguientes aspectos:

- Las funciones y disfunciones corporales desde la concepción anatomofisiológica, interpretados por medio de cambios en los “sistemas fisiológicos o en las estructuras corporales”¹. Según la Asociación Americana de Terapia Física (APTA) se asume que los sistemas corporales que sustentan el movimiento humano son el músculo esquelético, neuromuscular, cardiovascular – respiratorio y tegumentario⁹.
- Las funciones y disfunciones corporales tomando en cuenta el desempeño individual en actividades propias del ser humano. Desde la visión fisioterapéutica, este componente engloba la ejecución de actividades vinculados con el control motor (estabilidad – movilidad) en segmentos determinados de todo el cuerpo. En general, las actividades de control motor, a partir de la repetición y experiencia, son traducidos en habilidades

motrices que pueden ser básicas o específicas.

- Las funciones y disfunciones en las actividades de la vida diaria a partir del nivel de participación dentro del contexto familiar y social. Aquí se puede observar además, la presencia de “barreras o facilitadores ambientales”⁶ que repercuten en el nivel de participación y desempeño funcional.

Secuencia didáctica para elaborar el diagnóstico según la CIF

Caso clínico

El caso clínico se estructura a partir del proceso de evaluación inicial y puede estar relacionado con cualquiera de las áreas, población y ámbito de intervención. Los contenidos deben incluir los siguientes aspectos:

- Datos personales
- Motivo de consulta o referencia del paciente
- Enfermedad actual
- Antecedentes
- Datos clínicos: signos y síntomas anatomofisiopatológicos, según los sistemas corporales que participan directamente en la función del movimiento humano.
- Datos funcionales: habilidades corporales básicas o específicas.
- Datos del nivel de participación en las actividades de la vida diaria.
- Datos de exámenes complementarios e instrumentales.

Organización de datos

Para desarrollar esta actividad se propone la utilización de una ficha de organización de datos integrales en Fisioterapia (Tabla 3), el cual ha sido adaptado de los formularios llamados RPS (Rehabilitation Problem Solving), del que existen diferentes versiones basadas en la CIF¹⁰.

Esta ficha se constituye en una opción válida que permite focalizar las intervenciones terapéuticas tomando en cuenta cada componente y centrando la atención sobre las necesidades del paciente, enmarcado en una relación integral de causas y efectos en base a las evidencias de cada uno de los datos obtenidos en la evaluación (Tabla 4).

Codificación según la CIF

Lo primero que se realiza es la identificación del prefijo con una letra para designar el componente de la CIF (Tabla 3) y luego se identifica el dominio que corresponde a uno de los capítulos establecidos en cada componente (Tabla 1), el cual se designa con un dígito y a continuación se identifican las categorías cuyos códigos están formados por dos dígitos en el segundo nivel, uno el tercer nivel y uno el cuarto nivel (Figura 2).

Calificar la magnitud o gravedad del problema

Adicional al código, es indispensable aplicar la escala de calificadores para valorar la magnitud o gravedad del problema en base a la (Tabla 2).

Aplicación práctica del diagnóstico fisioterapéutico

Ejemplo: Caso N°1. Se presenta un resumen de un caso

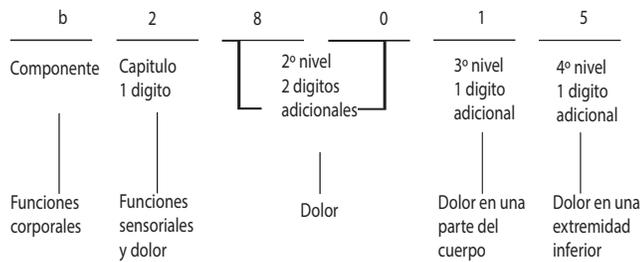


Figura 2: Ejemplo de codificación según la CIF (2001)

Fuente: Elaboración propia del autor.

clínico en el área músculo esquelética para hacer el ejercicio del proceso antes mencionado. Lógicamente, si se quiere profundizar en la aplicación de esta metodología, el caso clínico debe contemplar todos los aspectos integrales de forma específica para trabajar en base a las evidencias, tanto subjetivas como objetivas, obtenidas en una evaluación inicial diagnóstica.

Mujer de 52 años de edad, ama de casa con antecedentes de un remplazo total de cadera derecha de dos meses de evolución, refiere un alivio del dolor con la implantación de la prótesis, la cual radiológica y clínicamente se muestra sólida, estable y sin ninguna complicación anatómica. Sin embargo, refiere que actualmente, a pesar de todo, percibe una considerable debilidad muscular en el segmento afectado e inestabilidad corporal, que en ocasiones hace que se tambalee al momento de realizar la marcha, lo que ha generado una inseguridad y gran dificultad para trasladarse de un lugar a otro y peor aún en terrenos irregulares fuera de la casa. Todo ello, le ha llevado a usar un bastón canadiense casi en la mayor parte de sus actividades de la vida diaria.

Entre los datos más significativos hallados durante el proceso evaluador, se evidencia una limitación de los movimientos activos de flexión, abducción y rotaciones de la cadera comprometida y debilidad muscular generalizada pero más acentuada a nivel del tronco y la cadera derecha.

Presenta inestabilidad limitada en la posición bípeda,

Tabla 4: Ficha de organización de datos integrales en Fisioterapia

Fuente: elaboración propia de los autores

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| Paciente: Edad: Sexo: Ocupación: | | Diagnóstico Médico CIE – 10 | Fecha y hora | |
| PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD | En esta parte se resalta la información subjetiva que el paciente o la familia refiere en la anamnesis sobre los problemas de salud – enfermedad. | | | |
| IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS MÁS RELEVANTES DESDE LA PERSPECTIVA DEL TERAPEUTA SEGÚN EL EXAMEN FÍSICO – KINÉSICO Y LA APLICACIÓN DE PRUEBAS ESPECÍFICAS | FUNCIONES CORPORALES <ul style="list-style-type: none"> Tiene que ver con la condición fisiopatológica de los diferentes sistemas corporales. Son los signos y síntomas que se recogen en el proceso de examen físico - kinésico. Ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de dolor a nivel muscular - Limitación del movimiento articular - Disminución de la fuerza muscular | ESTRUCTURAS CORPORALES <p>Se anota todo sobre la condición anatomopatológica del daño producido en las estructuras de los sistemas corporales, tomando como base los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Extensión: Dimensión de la deficiencia a nivel de los segmentos corporales, por ejemplo: lesión que afecta a toda la región del hombro derecho. Naturaleza: Cambios estructurales a nivel anatómico, por ejemplo: deformaciones, ausencias, rupturas o desviaciones en estructuras anatómicas Localización: Qué estructuras anatómicas están afectadas, por ejemplo: afectación a nivel musculo - articular. | ACTIVIDADES CORPORALES <ul style="list-style-type: none"> Son las dificultades que una persona tiene en la ejecución de las actividades corporales. Desde el ámbito de la Fisioterapia se toma énfasis en las disfunciones corporales a nivel segmentario y global. Ejemplo: Dificultad para mover la extremidad superior dentro de los parámetros normalizados de amplitud articular y balance muscular. | PARTICIPACIÓN EN LAS AVD <ul style="list-style-type: none"> Son los problemas que una persona puede experimentar en las actividades de la vida diaria. Ejemplo: el paciente tiene dificultad para realizar su aseo personal |
| | FACTORES PERSONALES | | FACTORES AMBIENTALES | |
| OBSERVACIÓN DEL TERAPEUTA | Se identifica aquellos aspectos personales que pueden ser facilitadores o barreras del desempeño funcional <ul style="list-style-type: none"> Comportamientos y actitudes Sensaciones y emociones Hábitos personales Estilos de vida | | Se identifica aquellos elementos del entorno que pueden ser facilitadores o barreras del desempeño funcional. <ul style="list-style-type: none"> Entorno natural e infraestructura Espacios y tiempos Objetos, materiales o mobiliarios Otras personas | |

dificultad para los cambios de posiciones desde sedente a bípedo y una incoordinación en las extremidades inferiores durante la marcha que, sumado a los otros datos, dificultan su desplazamiento en bípedo. No hay presencia de dolor, aunque se evidencia una ligera molestia en la región inguinal derecha.

Con estos datos, ¿cuál sería el diagnóstico fisioterapéutico (DF) según la CIF?

El procedimiento tomado para este ejemplo se explica a continuación:

Paso 1: Organizar los datos en la ficha correspondiente (Tabla 5).

Paso 2: Precisar el diagnóstico médico según la CIE¹⁰:

Remplazo total de cadera derecha

Paso 3: Delimitar el/las áreas de intervención según los sistemas corporales implicados directa e indirectamente: Sistema musculoesquelético

Paso 4: Codificación según los criterios de la CIF.

- Calificador de deficiencia en las funciones corporales: Problema 2 (moderado) en (b7100 – b7150 – b7301). Deficiencia moderada en las funciones relacionadas con la movilidad, estabilidad y fuerza muscular en una sola articulación (cadera derecha).
- Calificador de deficiencia en las estructuras corporales: Problema 2 (moderado) en (s75001 – s76002).

Tabla 5: Ejemplo de la ficha de organización de datos integrales en Fisioterapia según el caso clínico
Fuente: Elaboración propia de los autores

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| Paciente: X Edad: 52 años Sexo: Femenino Ocupación: Ama de casa | | Diagnóstico Médico CIE – 10 Remplazo total de cadera derecha | Fecha y hora x | |
| PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD | La paciente refiere que actualmente viene percibiendo una considerable debilidad muscular en la extremidad inferior derecha y una inestabilidad corporal en general, que en ocasiones hace que se tambalee al momento de realizar la marcha, lo que ha generado una inseguridad y gran dificultad para trasladarse de un lugar a otro y peor aún en terrenos irregulares fuera de la casa. Todo ello, le ha llevado a usar un bastón canadiense casi en la mayor parte de sus actividades de la vida diaria. | | | |
| | FUNCIONES CORPORALES | ESTRUCTURAS CORPORALES | ACTIVIDADES CORPORALES | PARTICIPACIÓN EN LAS AVD |
| IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS MÁS RELEVANTES DESDE LA PERSPECTIVA DEL TERAPEUTA SEGÚN EL EXAMEN FÍSICO – KINÉSICO Y LA APLICACIÓN DE PRUEBAS ESPECÍFICAS | <ul style="list-style-type: none"> • Limitación de los movimientos activos de flexión, abducción y rotaciones de la cadera • Debilidad en la musculatura del tronco y la cadera derecha • Equilibrio limitadamente estable en bípedo • Incoordinación de miembros inferiores durante la marcha • Molestia en la región inguinal derecha | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Extensión, naturaleza y localización de la lesión anatómica:</i> Afectación a nivel musculoesquelético de la región del tronco y la extremidad inferior del lado derecho sin cambios aparentes en estas estructuras anatómicas. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Habilidades motrices:</i> Presenta limitación en los cambios de posiciones desde sentado a de pie y durante los desplazamientos en bípedo. | <ul style="list-style-type: none"> • Presenta limitación en su contexto social/familiar vinculado con la movilidad funcional y la realización de sus actividades de la vida diaria. (sin especificar) |
| | FACTORES PERSONALES | | FACTORES AMBIENTALES | |
| OBSERVACIÓN DEL TERAPEUTA | <ul style="list-style-type: none"> • No se especifican barreras personales • Como facilitador se puede decir que la paciente aparentemente no muestra complicación alguna en la implantación de la prótesis de cadera. | | <ul style="list-style-type: none"> • Entre las barreras ambientales se tiene a los terrenos irregulares fuera de casa que limitan la movilidad funcional • Como aspecto facilitador del desempeño funcional se tiene a las muletas canadienses. | |

Deficiencia moderada en las estructuras de la extremidad inferior (articulación de la cadera) derecha y del tronco (zona lumbar).

- Calificador de la capacidad en las actividades corporales: Problema 2 (moderada) en la actividad (A) (d4502 y d4103-4). Dificultad leve en la capacidad para desplazarse por el entorno y cambiar de posición desde sedente a de pie.

- Calificador del nivel de participación en las actividades de la vida diaria: Problema 1 (leve) en la actividad (P) (d640). Dificultad leve en la participación de los quehaceres en la casa.

- Barreras 2 (moderado) en el factor ambiental (e210). Barrera en la geografía física de su entorno fuera de la casa.

- Facilitador 4 (completo) en el factor ambiental (e120). Facilitador para la movilidad personal mediante el uso de productos y tecnologías externas (muletas).

Paso 5: Redacción del diagnóstico fisioterapéutico:

Para la redacción del diagnóstico se realiza un párrafo genérico agrupando los componentes tanto corporales como los funcionales de la CIF y de forma complementaria el componente contextual en un párrafo aparte. Sin embargo, conviene aclarar que, en otros contextos de la intervención fisioterapéutica, el uso del diagnóstico se lo describe en una redacción independiente en cada uno de los componentes de la CIF con las codificaciones correspondientes visto en el paso⁴.

Se presenta a continuación el diagnóstico fisioterapéutico para el caso clínico:

Paciente mujer de 52 años prótesis de cadera derecha, presenta una deficiencia moderada en las funciones musculoesqueléticas relacionadas con la movilidad, estabilidad y fuerza muscular a nivel de la articulación de la cadera derecha debido a una deficiencia severa en su estructura ósea quirúrgicamente remplazado, lo que provoca una dificultad moderada en la capacidad para desplazarse por el entorno, así como para cambiar de posición desde sedente a de pie y una

dificultad leve en la participación durante los quehaceres de la casa.

Se evidencia en el contexto la presencia de una barrera moderada en la geografía física de su entorno fuera de la casa, lo que exige el uso de dispositivos externos como son las muletas canadienses, siendo este un facilitador completo.

Consideraciones finales

Tomando en cuenta lo antes mencionado, resaltar que el diagnóstico en Fisioterapia y Kinesología, es complementaria al diagnóstico del médico y otros profesionales que forman parte del equipo de salud. El diagnóstico fisioterapéutico tiene su base en el análisis de las funciones y disfunciones del movimiento humano desde la perspectiva biopsicosocial y es uno de los importantes productos que se obtienen del proceso de evaluación inicial.

No obstante, Según Daza Lesmes (2007), se ha visto que, durante la práctica profesional, el diagnóstico fisioterapéutico se asocia de forma automática con la enfermedad o patología y se desconoce su infinito alcance y valor genérico que puede tener cuando se asume desde la perspectiva de la disciplina¹.

Para la estructuración del diagnóstico fisioterapéutico, según recomendaciones hechas por la Confederación Mundial de Fisioterapia, se propone el uso de la CIF, tomando como base su revisión y análisis a fondo para tener elementos de juicio necesarios que permitan organizar la información requerida desde la dimensión corporal, individual y social.

De esta manera, la presente propuesta metodológica de elaboración del diagnóstico fisioterapéutico, orienta en la unificación de criterios para el reconocimiento preciso de la condición funcional del movimiento humano en los pacientes y que, a su vez, propicie la toma de decisiones en el ejercicio profesional, como es el hecho de establecer un pronóstico, elaborar un plan terapéutico y priorizar la actuación en cualquiera de los niveles de atención en salud.

Conflictos de interés: los autores declaramos que no existe conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Daza Lesmes J. Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano. Primera ed. Daza L, Javier, editors. Bogotá: Médica Panamericana; 2007.
2. Cavallaro Goodman C, es Kelly Snyder T. Differential diagnosis for Physical Therapists. Quinta ed. Cavallaro Goodman C, Kelly Snyder T, editors. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2013.
3. Guccione AA. Physical Therapy Diagnosis and the Relationship Between Impairments and Function. *Physical Therapy*. 1991 Julio; 71(7). [Consultado el 16 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://ptjournal.apta.org/content/71/7/499.full.pdf>.
4. Viel É. Diagnóstico Fisioterápico: concepción,

realización y aplicación en la practica libre y hospitalaria. Primera ed. Barcelona: Masson; 1999.

5. Gerti BD, Wiesner R. El concepto Maitland: Su aplicación en Fisioterapia. Primera ed. Alcocer A, editor. Madrid: Médica Panamericana; 2010.

6. (OMS) OMS, (OPS) OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Primera ed. Madrid: IMSERSO; 2001.

7. Sánchez Blanco I. Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física. Primera ed. Madrid: Médica Panamericana; 2008.

8. Medina P, Muñoz R, Tapia H, Escobar M. *ResearchGat*. [Online].; 2013 [Consultado el 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <https://www>

[researchgate.net/publication/280218524_Diagnostico_en_Kinesiologia_Basado_en_el_Modelo_Funcion-Disfuncion_Estrategias_de_Razonamiento](https://www.researchgate.net/publication/280218524_Diagnostico_en_Kinesiologia_Basado_en_el_Modelo_Funcion-Disfuncion_Estrategias_de_Razonamiento).

9. Cristancho Gómez W. Fisioterapia en la UCI: Teoría, experiencia y evidencia. Primera ed. Bogotá: Manual Moderno; 2012.

10. Chana P, Albuquerque D. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. *Neuro-Psiquiat*. 2006 Mayo; 44(2). [Consultado el 12 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272006000200002&script=sci_arttext.