

Diagnostico de Fisioterapia

J. Romero Porcel. *Fisioterapeuta Hospital General Bdsico de Mobil*

J. M. Brandi de la Torre. *Fisioterapeuta Hospital General Bdsico de Motril*

RESUMEN

Con este articulo queremos facilitar la labor de todos los fisioterapeutas, transformando el Diagnostico Fisioterapeutico en la piedra angular de su trabajo, el cual nos servira para la realization de un plan y modelo terapeuticos para ayudarnos en la consecution de objetivos que nos hayamos formulado a traves del contrato por objetivos con el paciente. Asi mismo, el Diagnostico de Fisioterapia nos facilitará la comunicacion interprofesional e intraprofesional a traves de un lenguaje comOn, para lo que recomendamos el uso de la C.I.D.D.M. que la O.M.S. publico de acuerdo con la resolution WHA 29.35 de la Asamblea Mundial de la Salud de 1976.

Palabras clave: C.I.D.D.M. , contrato por objetivos, diagnostico de Fisioterapia, O.M.S. , protocolo de Heerkens.

ABSTRACT

With this article we want to facilitate the work of all Physical Therapist, transforming the Physical Therapist Diagnosis into the angular stone of its work, which will be used for the accomplishment as a therapeutic plan and model to us to help us in the attainment of objectives that we have been formulated through the contract by objectives with the patient. Also, the Diagnosis of Physical Therapist, interprofessional and intraprofesional will ensure communications to us through a common language, for which we recommended the use of the C.I.D.D.M. that the O.M.S. published in agreement with resolution WHA 29,35 of the World-wide Assembly of the Health of 1976.

Key words: C.I.D.D.M., contract by objectives, diagnosis of Physical Therapist, O.M.S., protocol of Heerkens.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL FISIOTERAPÉUTICO

El fisioterapeuta debe de ser capaz de clasificar, ordenar, conjugar todos los datos obtenidos durante las valoraciones, objetiva y subjetiva, para Hegar a un diagnostico de presuncion con carácter provisional, el diagnostico diferencial en Fisioterapia siempre es provisional y va a sufrir cambios a medida de que se vaya disponiendo de nueva informa-

tion, proporcionada por estudios más objetivos y avalados, o bien a medida que se registren o no, los cambios que deseamos, según los modelos terapeuticos apropiados aplicados, y la consecution o no de los objetivos o metas que nos hayamos propuesto.

La presencia de un diagnostico fisioterapeutico genera una gran expectation, al significar un cambio en la forma de percibir nuestro trabajo y debido a que éste forma parte de nuestra realidad legal dejando de ser

nada más que un mito en la historia de la Fisioterapia. Por tanto, este tendrá y tiene un impacto directo en el ejercicio de nuestra profesión en cuanto a derechos, deberes y responsabilidades que debemos asumir.

La conclusión en un diagnóstico diferencial, nos conducirá a la búsqueda de unos objetivos, a corto, medio y largo plazo, facilitándonos un plan de tratamiento, así como los modelos terapéuticos apropiados a aplicar. El plan de tratamiento y los modelos terapéuticos, se basarán en la situación socio-sanitaria y familiar, indudablemente en el usuario-cliente, y, lógicamente, en el nivel de habilidad del fisioterapeuta.

Emitir un diagnóstico, es una tarea común de todos los profesionales del campo de la salud que intervienen en el tratamiento-atención de los clientes-usuarios, y no es una actividad o tarea de exclusividad médica. La responsabilidad del médico de hacer un diagnóstico, no elimina la responsabilidad del fisioterapeuta de la realización de un diagnóstico diferencial de Fisioterapia, y asegurarse que la consulta y posterior continuación de cuidados por éste si así lo requiriese, están realmente indicados. El diagnóstico fisioterapéutico se diferencia del diagnóstico médico y no debe pretender reemplazarlo, confirmarlo, ni confrontarse con él, en todo caso debe complementarlo.

Para concluir, reflejaremos algunas de las razones por las que el fisioterapeuta debe de realizar un diagnóstico diferencial, entre las que destacamos:

- **Identificar las consultas indicadas así como las que no sean susceptibles de tratamiento fisioterapéutico.**
- Identificar enfermedades concomitantes no susceptibles de Fisioterapia, que acompañan a una situación por lo demás indicada, o que necesiten de unas

atenciones más específicas o una mayor vigilancia y control por parte del fisioterapeuta.

- **Realizar un diagnóstico de presunción, ya hemos mencionado la variabilidad o la constante revisión del mismo de acuerdo a las exigencias y circunstancias.**
- Como medida de consulta cuando así lo solicitan otros profesionales del campo de la salud, compañías de seguros, abogados, jueces o terceras partes interesadas, (mencionaremos aquí para refrescar la memoria: el peritaje y la valoración del dano corporal en las personas).
- **Establecer un programa de intervención fisioterapéutica.**
- Elegir los actos fisioterapéuticos (modelos, técnicas) en dicha intervención.

Los objetivos de la escuela de Grenoble para lo que propone, en cuanto al diagnóstico de Fisioterapia, el conseguir:

- Indicar en qué campo de la Fisioterapia el paciente se sitúa
- **Proporcionar la hipótesis sustentada en el razonamiento**
- **Colocar las incapacidades en el centro del análisis**
- **Establecer las relaciones entre deficiencia y desventaja.**

DEFINICIONES

Pero qué es el diagnóstico, a continuación vamos a mencionar una serie de definiciones propuestas por diversas organizaciones y autores para que nos vayan centrando en la materia, pero intentando evitar, en la medida de lo posible, provocar confusión por sobreinformación.

Como definicion de diagnostico, podríamos utilizar, bien *«Emisión de un juicio, expresar la situación del paciente tras la exploración/valoración previa a realizar la fase de planificación, para ajustar a ella, un modelo terapéutico de forma eficaz, efectiva, e incluso diríamos que ética»*.

Otra definicion, utilizada recientemente y aceptada por la comunidad internacional de fisioterapeutas, es la de Sahrman: *«Diagnóstico es el termino que designa las disfunciones esenciales, objeto del tratamiento del fisioterapeuta»*.

El Comité Permanente de Unión para la Fisioterapia facilita la siguiente en Europa: *«Diagnóstico establecido por el fisioterapeuta que le da las indicaciones sobre las cuales basar su programa de intervención y sus modalidades de aplicación»*. Y la Asociación Francesa para la Investigación y la Evaluación en Fisioterapia (AFREK), lo define así: *«El diagnóstico fisioterapéutico es un proceso de análisis de las deficiencias y discapacidades observadas y/o estudiadas. Es un proceso de evaluación del pronóstico funcional, cuyas deducciones permiten: establecer un programa de tratamiento en función de las necesidades observadas, y escoger el modelo terapéutico apropiado a realizar»*.

Indudablemente existen muchas más definiciones de este concepto pero tampoco queremos abrumar al lector.

Nos van a permitir la licencia de reiterarnos, pero es que es algo tan básico y a la vez tan imprescindible, que lo obviamos, en algunos casos de forma tajante y en otros solapadamente, sin que quede constancia por escrito, que es igual de lesivo para los derechos del usuario, ya que este tiene que quedar recogido, junto a toda su información sobre los diferentes procesos que le sucedan en su Historia de Salud, por tanto, el diagnóstico es tarea común de todos los profesio-

nales de la salud, que intervengan en la prestación de servicios a los ciudadanos. El diagnóstico, no es exclusivo de los médicos. La responsabilidad del médico de realizar un diagnóstico, no elimina la del fisioterapeuta de asegurarse y realizar un diagnóstico fisioterapéutico que, como ya hemos citado, asegure la indicación de la consulta fisioterapéutica, y si así fuera de su posterior continuación de cuidados. Cuando realizamos un diagnóstico debemos de considerar la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de las pruebas diagnósticas, así como las características individuales del paciente para decidir sobre la actuación a llevar a cabo. Los diagnósticos no tienen una validez del 100 %, incluso los estudios de imagen solo ayudaran a confirmar un diagnóstico dado los falsos positivos y negativos de resonancias magnéticas y radiografías, así como de otras pruebas diagnósticas.

Debemos tener también presente como la QMS «ampara» el concepto de diagnóstico de Fisioterapia y así podemos observar como en la CIE_9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades) en el capítulo de procedimientos, bajo el código 93 encontramos Fisioterapia diagnóstica (cod. 93.0), evaluación funcional (cod. 93.01), evaluación ortédica (cod. 93.02), evaluación protesica (cod. 93.03), pruebas manuales de función muscular (cod. 93.04), pruebas de amplitud de movimiento (cod. 93.05).

A la hora de realizar un diagnóstico, o mejor dicho plasmarlo en el registro de Fisioterapia es conveniente usar una terminología o clasificación, que facilite la comunicación intraprofesional e interprofesional, para el resto de profesionales de la Salud, de distintos campos de actuación, y es aquí donde nos es de relativa importancia la C.I.D.D.M. (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías), a la que po-

driamos definir como repertorio estandarizado que se utiliza para denominar las patologías susceptibles de reeducación-readaptación, publicada en 1980 por la O.M.S. como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades, y de sus repercusiones en la vida del individuo. La C.I.D.D.M. la podemos definir como:

Repertorio estandarizado que se utiliza para denominar las patologías susceptibles de reeducación-readaptación, publicada en 1980 por la O.M.S. como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades, y de sus repercusiones en la vida del individuo.

LOS OBJETIVOS DE LA CIDDM

- Proporcionar una base científica para entender y estudiar los estados funcionales, asociados con los estados de salud.
- Establecer un lenguaje común para describir los estados funcionales, asociados con los estados de salud, para mejorar la comunicación interprofesional de la salud u otros sectores y personas con discapacidad.
- Permitir la comparación de datos entre países y regiones, o entre disciplinas relacionadas con la atención a la salud y entre los servicios, en diferentes momentos a lo largo del tiempo.
- Garantizar la calidad y la evaluación de resultados.

FASES DE LA METODOLOGÍA EN FISIOTERAPIA, SEGÚN EL MÉTODO CIENTÍFICO

1. Valoración
2. Diagnóstico

3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

Aunque hemos realizado apartados a la hora del proceso fisioterapéutico, no existe una distinción tan clara, y las fases se confunden e intercalan, y están siempre en constante evaluación, cambio, valoración, diagnóstico, etc., transformándose en un proceso cíclico y no lineal como a primera vista parece apreciarse, también es interesante mencionar que el fisioterapeuta debe de entender que no hay valoración única capaz de generar un diagnóstico, que es la integración y el análisis de todos los datos recopilados, lo que nos va a permitir llegar a una determinación lógica o emisión de juicio de la situación o estatus en el que se encuentra el paciente, es decir, el diagnóstico de Fisioterapia.

El Diagnóstico de Fisioterapia lógicamente está englobado dentro del proceso de atención de Fisioterapia, y seguiremos el esquema desarrollado por Heerkens (figura 1).

Dentro de la valoración, nos encontramos

Recogida de datos/ información, utilizando para ello las siguientes fuentes, cliente-usuario, familiares y cuidadores, registros de Fisioterapia anteriores, historial de salud del mismo, estudios o pruebas diagnósticas, como analíticas, radiografías, etc., además para la recogida de datos también contaremos con bibliografía relevante, en este apartado de recogida de datos, se suele hacer una compilación, aunque no tiene por qué seguir la secuencia cronológica que ahora detallamos; si deberemos respetar la advertencia que a continuación mencionamos, y es la siguiente, recoger datos previos o pos-

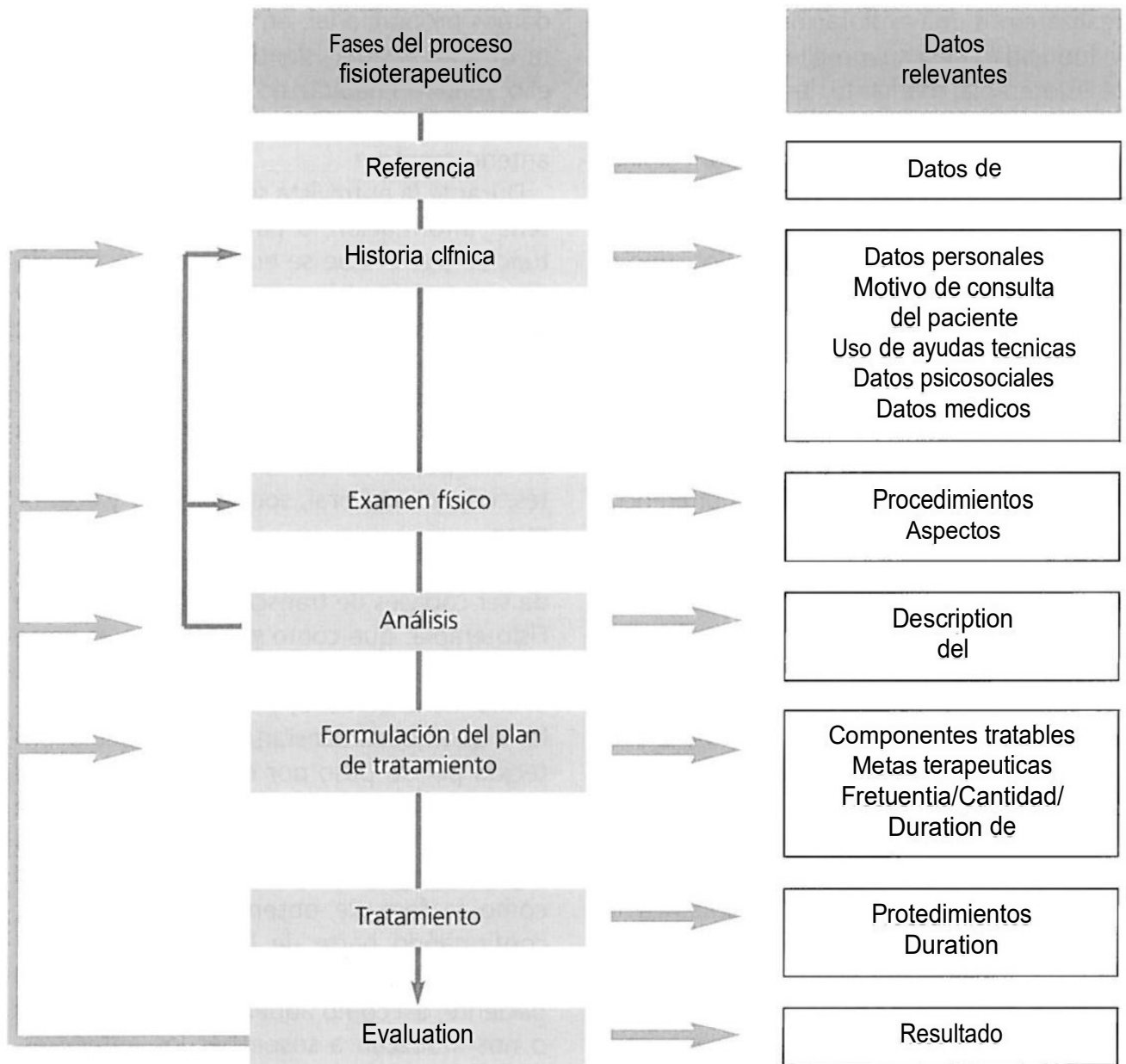


Fig. 1. Proceso de atención fisioterapéutica (Heerkens).

teriores si se realice tras la entrevista, o primera consulta, pero en este caso no deberemos iniciar la intervención de Fisioterapia que consideremos oportuna, hasta que hayamos corroborado todos los datos, o satisfecho nuestras dudas o inquietudes que hayan podido surgir en la entrevista.

La obtención de datos básicos, normalmente se adquieren en la entrevista inicial, y de informes exhaustivos, mediante la valoración continuada, dentro de la valoración manual, se realizan a su vez dos valoraciones o apartados, valoración para un diagnóstico diferencial fisioterapéutico, donde

realizaremos una exploración para confirmar la idoneidad del usuario-cliente para aplicarle Fisioterapia, mediante la exploración subjetiva metódica que es el instrumento con mayores posibilidades para descubrir señales de alarma, y que nos aportará información sobre sus antecedentes, síntomas, tratamientos anteriores, y sus resultados, tipo de personalidad, actitud ante el problema, probabilidad de cumplimiento de instrucciones, consejos, recomendaciones, y cuidados fisioterapéuticos, historial de salud, observación, (inspección), valoración selectiva habituales de tensión de los tejidos, valoraciones especiales, y valoración selectiva diferencial; y en la exploración biométrica, para la aplicación de una terapia manual específica, o ejercicio terapéutico concreto, determinar qué articulación presenta una deficiencia, determinar la presencia, dirección y el tipo de deficiencia, (hipo, hipermovilidad, inestabilidad), para lo que practicaremos, la valoración biométrica, movimientos pasivos fisiológicos, movimientos pasivos activos, y la valoración estabilidad articular, segmentaria, y ligamentosa.

Debemos de conseguir la confianza del usuario-cliente, y que éste sea consciente de que su problema por el que acude o es derivado a nosotros nos importa y no nos es indiferente, para ello, durante la primera consulta es necesario el cumplimiento u observancia de unas reglas básicas de comportamiento. La entrevista, se iniciará asegurándonos del usuario-cliente que vamos a tratar, presentarnos, tener claro el propósito de la entrevista, no tener prisa mientras realizamos la entrevista, evitar las interrupciones en la medida de lo posible, si no hay ninguna mejor, ser muy observador pero sin que el usuario-cliente se sienta observado o vigilado, y por supuesto todo esto debe darse en la mayor de las intimidades que po-

damos proporcionar, en la unidad o consulta de Fisioterapia, siendo aconsejable para ello, tener un habitáculo destinado a tal fin y que pueda ofrecernos todo lo mencionado anteriormente.

Durante la entrevista sería aconsejable obtener información, a parte del estado o situación por el que se encuentra necesitado de nuestros servicios, su actitud, creencias y expectativas, frente al sistema sanitario, como ante nuestros servicios, historial sobre uso o abuso del sistema sanitario, uso farmacológico precedente y actual, patrones de comportamiento, factores condicionantes, impacto laboral, socio-familiar y económico.

Toda la información obtenida, debemos de ser capaces de transmitir al Registro de Fisioterapia, que como ya sabemos es parte integrante de la historia de salud del sujeto, el cual tiene derecho, y volvemos a recordarlo, a que quede constancia de todo lo acontecido por su paso por el sistema de salud, en este apartado es válido lo descrito en la etapa Relato de la Técnica ROM-P, como la regla *Kipling*, y sus preguntas añadidas, así como la fase de observación y medición, confirmando parte de lo relatado, investigando los signos y síntomas descritos por el paciente, así como aquellos que detectemos o nos induzcan a sospechar los anteriores. Nos aseguraremos de la concordancia entre lo relatado y la evaluación, junto con el comportamiento; aunque es muy importante que el usuario-cliente no se sienta vigilado u observado.

Como hemos mencionado para cuantificar o medir los datos obtenidos, utilizaremos todas las herramientas disponibles, o instrumentos diagnósticos, como los balances articulares, simplemente recordar que es muy importante al registrar los datos, hacer mención a la posición de cómo han sido va-

lorados, si en sedestacion, decubito supino, bipedestacion, etc., no cabe duda que la posicion de partida siempre es la anatomica. Asi mismo el balance articular debe de considerar y evaluar los diversos tejidos periarticulares, para averiguar su posible influencia en una hipotetica restriccion de la amplitud, o deficiencia mecanica de las extremidades que, a modo de ejemplo, aportamos siguiendo la C.I.D.D.M. subdividiendose en:

- Perdida total del movimiento, con o sin deformidad, bilateral, incluye anquilosis y fijacion especificada.
- Otra perdida total del movimiento, incluye anquilosis y fijacion.
- Inestabilidad bilateral.
- Otra inestabilidad.
- Otra deformidad bilateral, incluida la desviacion del eje, excluye con fijacion.
- Otra deformidad, excluidas con fijacion o si es congenita (84).
- Otras restricciones o perdidas del movimiento bilateral.
- Otras restricciones o perdidas del movimiento, incluye dislocacion.
- Deficiencias mixtas, cuando en una extremidad se pueden clasificar en una categoria distinta a la extremidad contralateral.
- Sin especificar.

Ademas, contamos con los balances musculares, o la valoracion muscular de forma analitica que no es totalmente empirica, pero si nos va a ser de utilidad para proporcionarnos una estimacion necesaria para valorar todas aquellas patologias que cursen con alteraciones en la fuerza muscular.

La valoracion muscular se basa en una escala de 6 niveles propuesta por *Daniels, Williams, y Worthingham* en 1958, y modificada por *Kendall* en 1970, que anade nota-

ciones intermedias, definidas por los signos (+) y (-):

- Grado 0: Ninguna contraccion muscular, visible o palpable.
- Grado 1: La contraccion es palpable, pero no visible.
- Grado 2: La contraccion del musculo realiza todo el movimiento articular, sin gravedad.
- Grado 3: La contraccion muscular puede deslizar el segmento contra la gravedad.
- Grado 4: El movimiento es posible en toda su amplitud, contra la gravedad y con resistencia manual moderada, otros autores sugieren resistencia debil.
- Grado 5: Contraccion normal contra resistencia manual maxima, o contra resistencia repititive (*Breaking-test*).

Daza Lesmes, incluso menciona la diferenciacion de tinta, roja, para menor de 3, y azul para superiores, anadiendo de esta forma una vision más rapida y grafica, si el profesional lo considera oportuno, nosotros solo lo mencionamos a modo de anecdotia.

La valoracion ha de realizarse respetando las reglas basicas ya descritas, comodidad, intimidad, tranquilidad, comparacion con la contralateral, y sin provocar dolor, bajo ningún concepto, así mismo no deberemos de realizarlo de manera violenta, que pueda hacer sufrir a la capsula articular, ya que podemos desencadenar la contraccion automatica y refleja del grupo muscular protector de dicha articulacion (reflejo de «Charcot»), si bien la articulacion glenohumeral, es la excepcion, invitamos a un breve recordatorio de su peculiaridad en la inervacion.

La valoracion muscular tambien puede ser mecanizada, a través del aparato de Isocine-

ticos, donde la velocidad queda prefijada mediante mecanismos mecánicos, y la resistencia se adapta permanentemente, de manera que el momento es máximo en todos los puntos del recorrido articular; obtendremos un gráfico en forma de curva donde el valor par está en las abscisas y la amplitud articular en el de ordenadas.

Dentro de los test funcionales

Para el hombro nos encontramos con la *Escala de Constant*, que reúne todos los requisitos para la evaluación que ya hemos descrito en el apartado de la evaluación. En este test se valoran diferentes parámetros, como son el dolor, el cual se mide a través de dos de sus cualidades, momento en el que aparece el dolor, y la intensidad del mismo; también se valora la afectación que sobre la actividad puede tener la patología, en la actividad profesional, actividades lúdico-deportivas, el sueño, y grado de funcionalidad; otro parámetro es la amplitud articular; y, por último, la fuerza. Esta Escala lleva asociada una gradación según edad y sexo que nos ayuda a establecer una valoración referenciada. Dentro de este grupo también nos encontramos el test de Insall para rodilla, el índice algofuncional de *Lequesne* para rodilla o cadera, entre otros.

Otra serie de herramientas que nos facilitan la labor a la hora de la emisión del diagnóstico en Fisioterapia, en este apartado vamos a realizar una división entre los test específicos, y pruebas generales orientativas sobre la función de determinadas articulaciones, y test que nos puedan ayudar a la valoración de parámetros como el dolor, y otros, medidas centimétricas para registrar volúmenes, posibilidades de desfiguramien-

tos estructurales, como hinchazón, edema, longitud de cicatrices, etc., así como alteraciones del tejido blando, hipotrofia; en estas medidas debemos de ser muy escrupulosos, y tomar como punto de referencia y contrastarlo con el miembro contralateral, y reflejar en el registro todo lo que hemos mencionado.

No debemos olvidar la realización de determinadas pruebas específicas, caso de las pruebas de las arterias vertebrales, cuando así lo aconseje, bien la sintomatología del paciente, bien previo al modelo terapéutico de elección. Así como la valoración de las articulaciones próximas, sobre todo en la región cervical y resto del miembro superior si observáramos necesidad de ello, recordemos que no se nos debe de olvidar el principio de integridad del usuario y que no es una zona anatómica determinada o una sintomatología, sino un ente y que debe de ser tratado y explorado-evaluado globalmente.

Existen diferentes niveles de fiabilidad de los tests, las siguientes referencias nos pueden permitir clasificarlos, vamos a utilizar en orden decreciente de fiabilidad algunos de los que existen.

GRADO 3: Fiabilidad Total

También denominados Validados. La ausencia de variaciones en los resultados inter examinadores está estadísticamente demostrada, por lo que se pueden utilizar sin riesgo las medidas obtenidas por un equipo con las de otro, y en distintos países. Dentro de este grupo tenemos el ángulo de *Cobb* para la medición del grado de las escoliosis, Índice de independencia cotidiana de *Katz*, y en el tema que tratamos la *Escala de Constant*.

GRADO 2: Reproducibilidad y Aceptabilidad

La simplicidad del funcionamiento garantiza que puedan ser utilizados de manera correcta por el mayor número de profesionales. Existe aceptación del procedimiento por acuerdo sobre la interpretación y la evaluación del resultado, aunque el fisioterapeuta debe tener experiencia en el manejo del mismo. Examen manual de la función muscular, Escala del dolor (EVA), y el cuestionario *McGill* para el dolor, se encuentran en este grupo.

GRADO 1: Variabilidad

Se debe a normas diferentes según los países y equipos que los utilizan, por tanto no existe estandarización para la obtención de resultados, por lo que solo pueden compararse con el rango medio según el instrumento utilizado. Es el caso de los aparatos Isocinéticos.

GRADO 0: Imprecisión

Debido a las diferencias entre los equipos de un mismo país, siendo imposible las comparaciones interinstitucionales. Como ejemplos podemos citar a los exámenes de rodilla practicados por cirujanos de diferentes escuelas, diversos exámenes efectuados con distintos criterios por los fisioterapeutas de un mismo equipo.

Es aconsejable utilizar siempre que sea posible los validados estadísticamente por un observador independiente o por un grupo de profesionales.

Indudablemente, existen síntomas más difíciles de ser medidos como es el dolor, que

vamos a definir según la *International Association for the Study of Pain* «sensación y experiencia emocional desagradable asociada a un daño tisular actual o potencial». La valoración del dolor puede ser difícil, frustrante y laboriosa. Es importante considerar al paciente como un todo, no nos cansaremos de repetirlo, pues es uno de los principales errores en los que incurrimos todos los profesionales de la salud, sin excepción del campo competencial en el que desarrollamos nuestra actividad y no sólo como una localización dolorosa. Creer al paciente es de máxima importancia, y recordemos que debemos evitar prejuicios de antemano. El dolor, o deficiencia sensitiva, es una experiencia percibida de manera subjetiva y multifactorial, no hay medida objetiva del dolor. Los factores psicológicos no son fáciles de separar de los anatómicos y fisiológicos.

La valoración del dolor requiere una historia completa y un examen exhaustivo, debemos de conocer la localización, intensidad, cronología, cualidad, factores que lo alivian y lo exacerbaban. Para la valoración del dolor podemos utilizar una escala *Likert*, o una Escala Analógica Visual (EVA), con o sin numeración, aunque lógicamente la información obtenida no es tan completa. Otra escala, es la *MGH: Massachusetts G.H.*, es una escala que consta de 15 apartados para valorar el grado en el cual los sujetos perciben su estado funcional relacionado con su nivel de dolor. Los sujetos puntúan según una escala de 7 puntos del tipo *Likert*, sumándose las respuestas para la valoración total. Puntuaciones altas, están relacionadas con la tendencia a equiparar el dolor con daño y restricción en su actividad en presencia de dolor. Otros cuestionarios para la valoración del dolor, son el: *McGill*, Cuestionario de estrategias de imitación (CSQ), Índice de Minusvalía del dolor (PDI), el cuestionario del

comportamiento del dolor (IBQ), la escala analgésica visual del dolor percibido y la escala PAIRS, escala de relación entre dolor y discapacidad, que se desarrolló para valorar el momento en el cual los pacientes con dolor crónico creían que ya no podían funcionar normalmente a causa de este, entre otros cuestionarios.

Kittelberger, Borsook, y cols., en su libro *Massachusetts G.H. tratamiento del dolor*, recomiendan 5 preguntas:

1. ¿Cuál es la frecuencia del dolor?
2. ¿Dónde se localiza?
3. ¿Cuáles son los posibles mecanismos del dolor?
4. ¿Cuál es la intensidad del dolor?
5. ¿Qué factores lo alivian y lo exacerbaban?

Así mismo, recomiendan la posibilidad, por ser valiosa, realizar la entrevista en presencia del cuidador o de un familiar, para obtener una visión más amplia del impacto del dolor, de la funcionalidad, que el dolor tiene sobre el usuario-cliente, pareja y/o familia. Indudablemente ello conlleva riesgos, por lo que esta opción solo sería recomendable en aquellas situaciones en las que la comunicación con el implicado esté muy limitada o muy difícil, para situaciones o preguntas concretas y, por supuesto, para el profesional experimentado. Otra opción es realizar la entrevista por separado, por un lado al paciente y por otro al cuidador y/o familiar, evitando así posibles conflictividades, situaciones no deseadas o enfrentamientos que pueden salpicar al profesional y verse afectada su labor, en ese momento y en el transcurso del tratamiento.

Es importantísimo reconocer cualquier discrepancia entre las afirmaciones verbalizadas y la apariencia física y gestual del usua-

rio-cliente, podemos encontrarnos con dos situaciones dispares, entre otras, que algunos se pongan a la defensiva al creer que sospechamos de él y que estamos investigando su actitud, y otros que sufren pero que prefieren no demostrarlo. La conducta ante el dolor nos aportará información útil sobre la predisposición inicial del paciente a afrontar su deficiencia sensitiva: dolor, su cualificación y/o para ello, así como la confianza que éste deposita en los medios externos de apoyo frente a los internos, (por ejemplo confianza inicial en los fármacos, o intervenciones quirúrgicas, frente a la participación en Fisioterapia, o grupos de apoyo). El comportamiento ante el dolor, nos aportará información a través del comportamiento verbal. El usuario-cliente, nos comunica la intensidad de su sufrimiento a través de muecas, quejidos, gemidos, y/o mediante cambios frecuentes de postura durante la entrevista, así como el aspecto general, aspecto de la «facies».

En cualquier apartado de la valoración es importantísimo revisar la relación general del usuario-cliente con el sistema sanitario, pero en el apartado del dolor, diríamos que más, tan solo es suficiente observar las estadísticas de la población general frente a este síntoma en cualquiera de sus apartados, algias de espalda, cefaleas, etc., esta comprobación nos va a ayudar a identificar actitudes generales, creencias y expectativas sobre su cuidado, insatisfacciones, aceptación de sus responsabilidades en el proceso, historial sobre uso de medicamentos, como la ingesta media diaria (ingestas máximas y mínimas) sobre todo en la medicación a demanda.

También deberemos investigar el impacto laboral, social y económico, la existencia de relación entre la lesión y el trabajo, satisfacción laboral premedida y las expectativas

de reincorporación laboral. Algunos sujetos, piensan que la vuelta al trabajo debe producirse cuando no experimenten ningún tipo de dolor, en estos casos el pronóstico sobre la reincorporación laboral adecuada será bastante pobre.

Si la valoración del dolor puede resultar complicada, otra sintomatología de similar o mayor dificultad a la que nos vamos a tener que enfrentar, son las parestesias, aunque según *Meadows*, puede ser un indicador más fiable del origen del dolor. Las parestesias, definidas como sensación de hormigueo, se experimentan en presencia de una neuropatía, basándonos en *Weiner y Goetz*. vamos a mencionar brevemente algunos tipos con los que nos podemos encontrar:

- periférica si hay una afectación de algún nervio periférico,
- **segmentaria, puede darse ante la afectación de un nervio o raíz espinal,**
 - **bilateral, si es la médula espinal**
 - **cuadrilateral, como en el caso anterior**
 - **hemilateral, si es el tronco encefálico o la corteza**
 - **facial, si es el trigémino**
 - **perioral, cuando está la lesión localizada en el tronco del encéfalo o en el talamo**
 - **y en calcetín o en guante, si se produce la lesión por enfermedad neurológica, psiquiátrica, o vascular.**

Durante la exploración, tratamos de valorar todos los elementos que pueden afectar la función, capacidad, o situaciones desventajosas, para la realización de sus actividades de la vida diaria.

Tendremos que tener en cuenta las anomalías congénitas, porque además de su

efecto directo sobre el diagnóstico y tratamiento, pueden orientarnos o indicarnos déficits más severos, a continuación mencionamos algunas que pueden presentarse con relativa mayor frecuencia, pero no vamos a describirlas pues haríamos el artículo demasiado extenso, simplemente recomendamos a todo aquel que quiera profundizar en el tema, que un buen comienzo puede ser el libro de *Meadows y Beals RK y cols.: Anomalies Associated with Vertebral Malformations. Spine 18:1329, 1993*, y, también existe un atlas que recoge la mayoría de las anomalías o deformidades, aunque sentimos no poder proporcionar la bibliografía. Algunas de estas anomalías, que pueden tener un valor especial o más significativo para los fisioterapeutas, pueden ser entre otras:

- **la osteogénesis imperfecta**
- **acondroplasia**
- **osteoporosis**
- **espina bifida**
- **malformación de Arnold-Chiari**
- **síndrome de Von Reckhinghausen (neurofibromatosis)**
- **hemofilia**
- **síndrome de Klippel-Feil y**
- **costilla cervical, entre otras.**

Indudablemente, ni que decir tiene, que un aspecto en el apartado de la valoración, es el estudio de la postura que el paciente adopta en las posiciones básicas tanto diurnas como nocturnas, es decir, sedestación, bipedestación y posturas al dormir, así como el hábito o no de la utilización de almohadas, número y tipo; y es que no debemos olvidar, que el paciente es un todo y que como mínimo tendremos que valorar las articulaciones adyacentes como la región cervical, por su especial relevancia frente patologías relacionadas con el complejo articular del

hombro, sin olvidarnos de valoraciones especiales, muy útiles en el diagnóstico diferencial en Fisioterapia, como las valoraciones de suficiencia vertebrobasilar/mareos, entre las que podemos citar:

- los pulsos carotídeos
- pruebas de *Adson*
- pruebas de *Wallenberg* modificado
- pruebas de *Wright*
- pruebas de equilibrio como la de *Rhomberg*
- pruebas selectivas vestibulares como la de *Hallpike-Dix*, etc.

Para el desarrollo de la exploración existen diversos esquemas, a los que se les han ido añadiendo aportaciones de otros autores, tales como, *Kaltenborn*, *Maitland*, y *McRae*. Normalmente se realiza una anamnesis, inspección general, palpación, valoración articular muscular, valoración funcional y estudio de los gestos habituales, además de pruebas específicas o de «diagnóstico».

La aplicación de la técnica (ROM-P), es decir, Relate, Observación, Medición, y Planificación de *Viel*, *Kawabata*, *Convert* y *Seeger*, que pasamos a describir, puede ser de gran utilidad. Los aspectos esenciales del ROM-P, son la escucha, la evaluación, el interrogatorio, la observación, y la comprensión.

Ventajas del ROM-P

Aunque esto puede hacerse extensivo a un trabajo fisioterapéutico, metódico y que queda registrado en la Historia de Salud del paciente:

1. Cada paciente debe de tener su registro de Fisioterapia, como parte integrante

de su Historia de Salud, recordaremos que es un derecho del paciente que todo su proceso quede reflejado por escrito, según la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de Abril y la Ley de Salud de Andalucía, Ley 2/1998, de 15 de Junio; y que puede servir al profesional para defenderse con datos y no con divagaciones, si fuera necesario.

2. Las dificultades, dudas, expresadas por el usuario-cliente, o surgidas al fisioterapeuta son rápidas y fácilmente contrastadas, con las observadas y/o medidas. Evitando la confusión de hechos, opiniones, e impresiones no cuantificables.

3. Existe una secuencia cronológica de todo el proceso, con aparición o desaparición de signos y/o síntomas, a las que se les puede atribuir una intervención o una ausencia de la misma. No fundar decisiones terapéuticas sobre opiniones predeterminadas.

4. Proporciona una gran facilidad para comprender, y evaluar las consecuencias del modelo terapéutico adoptado. Evitar comparar los resultados precedentes con las intenciones, los resultados solo se comparan con resultados.

5. Una aplicación metódica evita que pequeñas alteraciones puedan quedar ocultas.

6. Este método facilita el desarrollo profesional, y favorece la obtención de metas u objetivos, un plan de tratamiento acorde a las necesidades y un modelo terapéutico a aplicar coincidente con las necesidades y habilidades del fisioterapeuta, así como consensuado con el usuario-cliente. Evitando negar las evidencias para sustituirlas por un protocolo preestablecido que no se ajuste a la situación. La utilización de datos concretos favorece la autonomía profesional del fisioterapeuta sin que su actitud pueda ser tachada de hostil.

Esta metodología de trabajo consiste en iniciar con un relato del usuario-cliente, como primer paso, otros autores como *Meadows*, le suele denominar exploración subjetiva, es donde tenemos más posibilidades de descubrir señales de alarma, síntomas, factores de exacerbación, provocación o alivio, y proporcionándonos una información importante sobre la situación o estado del usuario-cliente, antecedentes, actividades profesionales y lúdicas, (podemos encontrar algunas claves sobre la causa subyacente, para el pronóstico, y posterior entrenamiento en la recuperación funcional, así como la eventual posibilidad de modificaciones, o adaptaciones, en la realización de tareas, bien del entorno laboral, bien del entorno lúdico-deportivo), comorbilidad, (la presencia de enfermedades anteriores y actuales e ingesta de fármacos, suele ser de vital importancia en el desarrollo de la actuación fisioterapéutica.

Es recomendable evolucionar con el usuario-cliente, evitando ideas preconcebidas, rígidas e invariables desde el primer día.

También es muy recomendable en este apartado seguir la regla de *Kipling*, aunque algunas de las preguntas básicas de esta regla son obvias y otras se recomienda evitar por la posibilidad de crear recelo o desconfianza, e incluso que el sujeto se pusiera a la defensiva (concretamente en la siguiente «¿Por qué?»). Las cinco preguntas básicas son «¿Quién?», (considerada como no necesaria), «¿Dónde?», «¿cuándo?», «¿cómo?», y también sería necesario añadir las dos siguientes «¿Cuánto?» y «¿desde cuándo?»

En el apartado de la Observación

Confirmaremos parte de lo relatado, investigando los signos y síntomas descritos

por el paciente, así como aquellos que detectemos o nos induzcan a sospechar los anteriores. Nos aseguraremos de la concordancia entre lo relatado y la evaluación, junto con el comportamiento; aunque es muy importante que el usuario-cliente no se sienta vigilado u observado.

En la Medición

Trataremos de utilizar las herramientas para cuantificar los datos obtenidos, transformándolos en medidas objetivas, y fácilmente reevaluables. Por supuesto que la fiabilidad y validez de la medida, dependen del rigor de utilización e interpretación y no de la sofisticación del aparato de medición.

A través de lo relatado, la inspección, la palpación, la observación y las mediciones, verificación de amplitudes articulares y evaluación de la fuerza muscular, los test o pruebas «diagnósticas» o específicas, (como las de las arterias vertebrales, de *Phalen*, de *Tinnet*, tensión de miembros superiores, de cuadrantes, etc.) y funcionales, (para músculos o grupos de músculos, por irradiación, desencadenamiento, etc.) y estudio de los gestos habituales, nos formaremos una opinión sobre el estado-situación del usuario-cliente. Puede darse el caso de que no exista concordancia total, pero es conveniente no contradecir al usuario-cliente, aunque si lo reflejaremos en el Registro de Fisioterapia o en la Historia de Salud, si preferimos un término más amplio.

En la etapa de la Planificación

Todo profesional en el campo de la salud y por tanto en el área de la Fisioterapia, es decir, el fisioterapeuta, tras las fases anteriores,

valoración y diagnóstico, deberá jerarquizar para establecer las prioridades durante el proceso de tratamiento, aunque reseñaremos que esta fase sobre todo debe de ser pactada o Nevada a cabo por consenso con el paciente, para favorecer una mayor implicación del mismo en el proceso, como la realización de ejercicios terapéuticos para su autocuidado y el mantenimiento del adiestramiento postural para la consecución de objetivos intermedios y finales y por ser la parte más importante del proceso, es lo que se denomina «contrato por objetivos», se deben de reunir una serie de requisitos, o condiciones, los objetivos deben de estar enfocados a la consecución de los logros del ciudadano, por lo que es conveniente y como ya hemos citado con anterioridad, consensuarlos con el, en el contrato por objetivos, es útil e instructivo preguntarle al usuario-cliente, qué es lo que el espera, lógicamente influirá el perfil del paciente, edad, profesión, actividades lúdico-deportivas, de ahí radica la importancia de una buena evaluación, en la fase de relato, según *Eric Viel*, o entrevista, por otros autores (figura 2).

Planificación

Por Planificación podemos entender la fase donde tiene lugar la toma de decisiones para diseñar estrategias, intervenciones de Fisioterapia, con el fin de producir los cambios positivos que esperamos, sobre los problemas de salud detectados en el ciudadano, a través del diagnóstico. Lógicamente, la planificación tiene una serie de finalidades, de las que destacamos, la de facilitar el desarrollo del proceso fisioterapéutico, dirigir la actuación del profesional, proporcionar criterios de evaluación sobre la evolución y determinar la resolución de los problemas probables.

Esencialmente, el paciente suele esperar cuatro probabilidades en relación al resultado final del tratamiento, aunque no sea consciente, y éstas son: cronicidad, fracaso, curación, y la que puede resultar más problemática de todas, dependencia, el deseo inconsciente de fracaso del tratamiento, puede ser motivado por la búsqueda de una satisfacción, como el deseo de ser dependiente o probabilidad de la consecución de

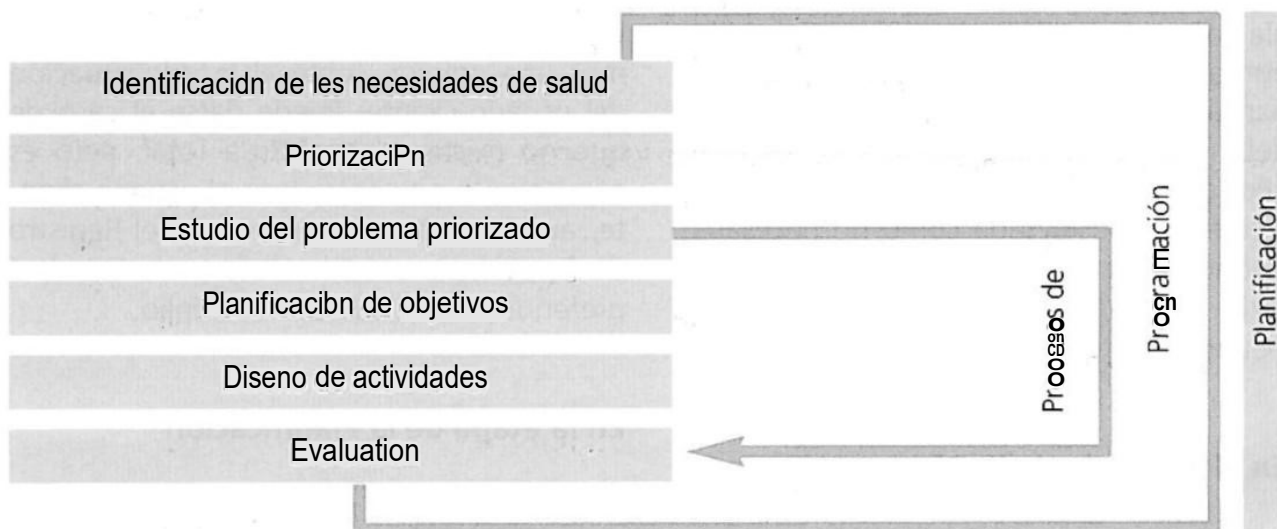


Fig. 2.

un mayor reforzamiento de la situación al encontrar más apoyo familiar y/o social. Es vital recordar estas probabilidades al planificar el tratamiento, pero sobre todo al dar consejos de autocuidados o recomendaciones para la salud, o mejor dicho continuación del modelo terapéutico pactado para el domicilio sin supervisión por parte del profesional.

Se ha demostrado que las actitudes, creencias, y expectativas influyen en la respuesta del sujeto frente a su proceso, siendo muy importante realizarlo frente al dolor, la escala PAIRS, se desarrollo para valorar el momento en el cual los pacientes con dolor crónico creían que ya no podían funcionar normalmente a causa de su dolor.

Una vez realizada la planificación, ya tenemos todos los datos necesarios, así como el modelo terapéutico elegido para la puesta en práctica, pues manos a la obra, ha llegado el momento tan ansiado, probablemente por la gran mayoría de los fisioterapeutas y no es otra que la fase de «ejecución» (intervención), es decir, la puesta en práctica o aplicación del tratamiento.

La ejecución implica una serie de requisitos:

- la puesta en práctica debe de ser ética, segura y acorde a nuestras habilidades profesionales,

- debemos de valorar antes, durante y después de la intervención,

- realizar las actuaciones pertinentes, modificaciones, actualizaciones o mantenimiento del modelo terapéutico y plan de tratamiento, según evolución y bajo justificación,

- registrar lo ejecutado, así como el conocimiento del efecto y posibles efectos secundarios, tanto de nuestra actuación, como de nuestra posible inhibición.

Indudablemente la finalidad de los registros de ejecución o anotaciones en el Registro de Fisioterapia (se recomienda por regla general realizarlas con una frecuencia semanal a excepción de que se produzcan situaciones relevantes o dignas de que queden reflejadas, aunque hallamos realizado la última anotación el día anterior), es la de favorecer la continuidad asistencial, facilitar la comunicación interdisciplinar con el resto del equipo de profesionales, así como la intradisciplinar, proveer de una base de datos para la investigación, la evolución y la evaluación, así como base para una posible cobertura legal, aparte de estar cumpliendo con uno de los derechos del paciente (que todo su proceso quede reflejado por escrito) y una de nuestras obligaciones.

El proceso asistencial en Fisioterapia, una vez realizado todas las fases anteriormente descritas, o mientras se están realizando, debe de ser evaluado, o mejor dicho se ha de realizar una evaluación constante, para poder proveer unos servicios asistenciales de calidad, que debe ser uno de nuestros objetivos primordiales.

Evaluar

Evaluar, es comparar la situación de partida, con los resultados específicos. Dentro de la evaluación vamos a realizar cuatro subdivisiones, o fases:

1. Valoración del estado actual.
2. Comparación de los datos obtenidos con los objetivos consensuados o propuestos.
3. Determinación de variables o factores que afecten al logro de los objetivos, aquí nos vamos a detener brevemente, realizaremos una revisión o *feedback*, sobre las ac-

ciones o ejecuciones, y si estas se han realizado en el momento y frecuencia pertinentes o recomendadas; sobre la planificación revisaremos si los objetivos diseñados se ajustan a la situación, son medibles, realistas y asequibles; en cuanto a la fase del diagnóstico, deberemos determinar si es correcta la causa; y en la valoración si disponemos de todos los datos que confirman el diagnóstico, si los datos están validados, y la posibilidad de necesitar una recogida de éstos más exhaustiva.

4. Fase de la evaluación, tenemos la toma de decisión sobre el plan y el modelo terapéutico, si continuamos, lo adaptamos o modificamos, o lo damos por finalizado, según diversas causas, como estabilización del proceso, consecución de los objetivos, o la falta de mejoría del paciente tras la aplicación de distintos modelos terapéuticos, sin efecto positivo sobre la salud de éste, y confirmación de que el diagnóstico es el correcto, o que en el proceso de atención de Fisioterapia, no hemos cometido algún otro tipo de error.

Indudablemente, la evaluación tiene unas finalidades, que pasamos a describir: conocer y medir el proceso del ciudadano, dinamizar y/o actualizar el plan y el modelo terapéutico, conocer la eficacia de nuestras actuaciones y medir la calidad de actuación del profesional, en este caso del fisioterapeuta. Esto nos lleva a la afirmación de *Burdot*, «en Fisioterapia, la evaluación es la base fundamental, ya que nos permite medir los resultados de nuestras intervenciones...».

La evaluación en Fisioterapia, se puede realizar en la estructura, en el proceso, en la calidad de intervención y en los resultados.

En la evaluación propiamente dicha o medida de resultados, tenemos una serie de factores o situaciones que se combinan con

la actividad fisioterapéutica, y que son susceptibles o medibles, a través de los cuales podremos valorar nuestras intervenciones, de las cuales vamos a destacar, el cambio de salud en el paciente, satisfacción del usuario-cliente, adquisición de conocimientos de salud, hábitos y comportamientos saludables y el impacto, que se realiza a través de la encuesta de población y de los estudios epidemiológicos.

Si nos fijamos en el cambio de salud del paciente, la evaluación de resultados nos permitirá: modificaciones en la frecuencia terapéutica, modificación en el modelo terapéutico, identificación de los usuarios-clientes que aprovechan el tratamiento, reducción en la recurrencia de problemas y aumento de conocimientos-habilidades de los fisioterapeutas en los métodos de intervención. Indudablemente, necesitaremos de unos instrumentos de medida de resultados, para ello, deberemos utilizar un instrumento escala de medida que esté normalizado, es decir, que reúna una serie de requisitos, generalmente deberá estar publicado, conocido por alcanzar un objetivo específico en una población dada, acompañado de modo de administración, sistema de notación, estudio de fiabilidad y validez, así como la interpretación de resultados. Tenemos diversos tipos, escalas de medida diferenciada (escala de *Ashworth*, Índice de motricidad), escalas de medida de incapacidad-discapacidad (Índice de *Barthel*, índice de *Katz*, Medida de Independencia Funcional), y las escalas de medida de desventaja, minusvalía o obstáculo *Perfil de Salud de Nottingham* (N.H.P.), *Perfil de Consecuencias de la Enfermedad* (S.I.P.), *Cuestionario de Evaluación de la Salud* (H.A.Q.), y *Escala de Calidad del Bienestar* (Q.WB.S.), entre otros.

Si nos centramos en la medición de la satisfacción del paciente, tendremos diversos

sistemas para medir como son los métodos observacionales, sondeos de opinión, encuestas y cuestionarios y las escalas de estimación.

Una diferencia del enfoque científico, y en el que debemos basar todas aquellas tomas de decisiones que practiquemos, o por lo menos las máximas posibles, es su capacidad de autoevaluación, valiéndose de la contrastación, o comparación, a fin de reducir al máximo la posibilidad de que la subjetividad del fisioterapeuta altere los resultados.

El enfoque científico está determinado, por un conjunto general de procedimientos ordenados y disciplinados, encaminados a la obtención de una información útil y veraz; cuyos propósitos es la descripción de los fenómenos, explorar la naturaleza de los mismos, tratando de explicar las causas que subyacen en la aparición del fenómeno, y predecir y controlar la propia ocurrencia del fenómeno o resultado. Este creciente interés en examinar críticamente las prácticas en la asistencia de los profesionales en el campo de la salud, hace indispensable que el profesional en el campo de la Fisioterapia y resto de profesionales de la salud, evalúen su propia eficacia para modificar, o abandonar, aquellas prácticas que se prueben sin efecto sobre la salud de la ciudadanía.

Cabe la duda, de que en esta situación nos preguntemos del por qué de la aplicación del enfoque científico, en la práctica diaria de nuestra profesión, y no es otro que el de aportar una Fisioterapia de calidad, merece señalar algunas de las definiciones más sobresalientes sobre este término; según el I.O.M. (Institute de Medicina de EE.UU., 1990), la define como *el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones, incrementan la probabilidad de la obtención de resultados deseados, siendo*

coherentes con el conocimiento profesional actual; o bien:

Conjunto de propiedades y características de un servicio que acreditan su capacidad para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas (ISO); y para Ishiwaka, ésta se define como «la satisfacción del producto que se ofrece. Indudablemente, la calidad debe reunir una serie de características, debiendo satisfacer el producto-servicio asistencia a las necesidades de los ciudadanos al mínimo coste posible, va a depender de la situación, de las necesidades de los usuarios, del coste, por tanto el objetivo en calidad es optimizar, no maximizar; claro que podríamos provocar una duda razonable, si no añáramos la definición sobre el término de la O.M.S. entendiendo por calidad, «asistir a cada paciente con la combinación de las actuaciones diagnósticas y terapéuticas que le aseguraran el mejor resultado en términos de salud, de acuerdo con el estado actual de la Gendas de la Salud, al menor coste para un mismo resultado, con el mínimo riesgo iatrogenico y para su completa satisfacción, en lo que se refiere a procedimientos, resultados y contactos humanos en el interior del Sistema de Salud».

Indudablemente y de manera indirecta al realizar nuestra profesión desde un enfoque científico, ya aportamos cuáles son las motivaciones para explicitar la calidad de la atención en el proceso fisioterapéutico. Mencionaremos a continuación unas cuantas sobre las que basarnos:

— Ética profesional y legales, ambas recogidas en la Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 de Abril, y la Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía.

— En la obligatoriedad de las instituciones para cooperar en la explicitación del ni-

vel de calidad de su estructura física y organizativa.

— En la prestación, atención integral de la salud, procurando altos niveles de calidad, debidamente evaluados y controlados, en los contratos-programa del S.A.S. desde 1995, donde se enfatiza en la gestión participativa mediante el logro de objetivos de calidad, pactados con los centros asistenciales de su competencia.

— Y en el Proyecto observatorio de calidad de los servicios públicos del Ministerio de AA.PP. en 1992.

ASPECTOS ESENCIALES PARA UNA ACTUACION DE FISIOTERAPIA DE CALIDAD

— Necesidad de efectuar balances y exámenes comparativos y regulares, conociendo el impacto exacto de la actuación realizada sobre el paciente.

— Respetar las modificaciones del pronóstico.

— Construcción del programa de tratamiento partiendo de unos objetivos claros, adaptándonos permanentemente al paciente.

— El paciente debe experimentar los beneficios esperados en la sesión.

— Confortar al paciente con un contacto humano.

— Cooperación del paciente, importante que los objetivos estén consensuados, importancia vital de la continuidad del modelo terapéutico instaurado, así como del seguimiento de las instrucciones higiénico-posturales y ergonómicas.

— Adaptación al contexto socioprofesional del paciente. Las actuaciones deben estar adaptadas en relación con las afecciones del paciente, así como a las particularidades de éste.

— El modelo terapéutico responde a unos objetivos fácilmente valorables, o medibles.

— Respeto a los procedimientos normalizados: la actuación de Fisioterapia debe tener una duración conforme a las normas. El fisioterapeuta tendrá en cuenta las recomendaciones para la práctica fisioterapéutica, debiendo conocer las conclusiones de las conferencias de consenso, estudios de impacto, y actualizar constantemente sus conocimientos a través de bibliografía científica, así mismo estará informado sobre las prácticas nacionales e internacionales.

Para evaluar la calidad, también disponemos de unos sistemas de medida, cuyo objetivo es conocer las causas que puedan estar manteniendo unos niveles bajos de calidad de la atención-intervención prestada, para poder introducir las medidas correctoras pertinentes. Mediante el sistema de monitorización podremos detectar los posibles problemas. Para realizar la evaluación podremos utilizar programas externos, o internos. Mediante los externos, compararemos diferentes centros, servicios y/o unidades de Fisioterapia, para lo que necesitaremos posteriormente de un análisis, y retroalimentación de la información. A través de los programas internos, y según Varo, las fases de los diseños de garantía de calidad son, establecer el grado de calidad, medir los resultados, corregir los defectos detectados y evaluar las medidas correctoras».

MEDICIÓN DE RESULTADOS

En el apartado de Evaluación ya hemos mencionado, qué medir y algunas de las escalas que podemos utilizar para ello, también en las normas de utilización hemos hecho referencia a los tipos de test, y el por

qué debemos de utilizar unos en detrimento de los otros, para obtener un buen resultado debemos de utilizar lo que ya existe y no tratar de inventar cosas, salvo que no existan o la experiencia y su credibilidad estén en entredicho, o que estén desfasados, es fácil creer que no existe un test para lo que tengamos intención de medir, pero si investigamos en la bibliografía nacional e internacional nos proporcionarían las herramientas necesarias.

Un resultado medido bien es aquel dato que proporciona un significado incuestionable para el lector, es indispensable medir y traducir las observaciones en cifras, de lo contrario correremos el riesgo de que tan solo nos aporte información a nosotros. La utilización de las cifras o puntuaciones permite validar la eficacia de la Fisioterapia y por tanto de nuestro trabajo, siendo necesario que nos equipemos con los útiles o herramientas pertinentes para cada situación.

A modo de conclusión, diremos que la medición de resultados se define según *Gelgle R.* y *Jones S.* como «*todo sistema de medición utilizado para descubrir o identificar el resultado del tratamiento sobre la salud*».

BIBLIOGRAFIA

1. Andrezej Pilat: Terapias miofasciales: Inducción a la liberación miofascial. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. Madrid, 2003.
2. Boone DC, Azen SP. Normal range of motion of joints in male subjects. *J Bone Joint Surg* 1979; 61A (5):756-9.
3. Brandi de la Torre JM.: Criterios de derivación a las Unidades de Fisioterapia. Documento del Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía. 2002.
4. Colectivo de Fisioterapia: Temario específico para Fisioterapeutas de Centros Asistenciales. Editorial Kronos, Sevilla, 1998.
5. Constant CR, Murley AGH: A clinical method of functional assessment of the shoulder. *Clin Orthop* 214: 160-164, 1987.
6. Cyriax James: *Ortopedia Clínica*. Ed. Panamericana. Buenos Aires.
7. Dalinka Mk et al: The radiographic evaluation of spinal trauma. *Emerg Med Clin North Am* 3:475.
8. Daniels, L: *Pruebas funcionales musculares*. Ed. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid, 1991.
9. David Borsook et al: *Massachusetts General Hospital: Tratamiento del dolor*. Ed. Marban. Madrid, 1999.
10. Daza Lesmes J.: *Test de movilidad articular y examen muscular de las extremidades*. Ed. Panamericana. Bogotá, 1996.
11. Dekker J, Van Baar ME; Curfs EC, Kerssens JJ: Diagnosis and treatment in physical therapy: an investigation of their relationship. *Phys. Ther*, 1993, 73, 568-80.
12. EuroQol Group. EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life *Health Policy* 1990 Dec; 16(3): 199-208.
13. Fiche technique. *Kine-actualite* 611, octubre 1996.
14. Garcia-Lomas Pico LA.: *Abordaje diagnóstico del hombro lesionado*. Ed. Doyma, Fisioterapia Vol.23, 2001.
15. Goodman y Snyder: *Differential diagnosis in Physical Therapy*. Pp. 6-7. Philadelphia, WB Saunders, 1995.
16. Herve Pichon: *Examen clinique de l'épaule douloureuse chronique (306b)*. Corpus Médical-Faculté de Médecine de Grenoble. Marzo 2003.
17. Hiskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974;2:1127-1131.
18. Holleb et al: *Textbook of clinical Oncology*, p 555. Atlanta, American Cancer Society, 1991.
19. Hoppenfield S.: *Exploración física de la columna vertebral y las extremidades*. Ed. Manual moderno. México, 1987.
20. Hu SS et al: Disorders, diseases and injuries of the spine, in *Current Diagnosis and treatment in Orthopedics*, Hb Skinner (ed). Norwalk CT, Appleton & Lange. 1995.

21. Kapandji IA: Cuaderno de fisiología articular. Cuaderno 1. 4.a edición. Ed. Masson. Barcelona, 1989.
22. Kendall F.R y Kendall E.: Musculos, pruebas y funciones. 2.a edición. Ed. Jims. Barcelona, 1985.
23. Klaus Buckup: Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. 2.a edición. Ed. Masson. Barcelona, 2002.
24. Lamb DW: A review of manual therapy for spinal pain, in JD Boyling, N Palastanga (eds), *Grievous modern Manual of therapy*. Edimburg, 1994.
25. Martín Urrialde JA.: Cinética articular del Hombro. Revisión de una década de investigaciones. *Fisioterapia*, Ed. Doyma. Volumen 23, 2001.
26. Meadows J.T.: Diagnóstico diferencial en Fisioterapia. Ed McGraw-Hill Interamericana. 2000.
27. OMS: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad: publicada para ensayo de acuerdo con la resolución WHA 29.35 de la vigésimo-novena Asamblea Mundial de la Salud, mayo 1976. 3.a ed. Madrid: IMSERSO, 1997.
28. OMS: Clasificación Internacional del Funcionamiento, CIE Organización Mundial de la Salud, 2001 (citado 10 junio 2002; 23:30 EST). Web: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9243545426.pdf>.
29. Pineault R., Davelny: C. La planificación sanitaria. Ed. Masson, Barcelona, 1987.
30. Reid DC et al: Etiology and clinical course of missed spinal fractures. *J Trauma* 27:980.
31. Rodrigo C. Miralles Marrero y Misericordia Puig Cunillera: Biomecánica clínica del aparato locomotor. Ed. Masson. Barcelona, 1998.
32. Romero Porcel J., Brandi de la Torre JM. Diagnóstico fisioterapéutico en el hombro. En prensa. Ed. Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía. 2004.
33. Sahrman SA: Diagnosis by the Physical Therapist: A prerequisite for treatment. *Phys. Ther.*, 1988, 68/11, 1703-06.
34. Selfa Perona R.: Como diseñar un programa en A.P. de Salud. Bases metodológicas para fisioterapeutas. Ed. Doyma, *Fisioterapia*, Vol. 14, n°4, Oct-Dic. 1992.
35. Seze de S.: *Maladies des os et des articulations*. Flammarion ed., Paris, 1987.
36. Torrella Frances J.V. et al: Lesiones del hombro. Tratamiento protocolario. *Cuestiones de Fisioterapia*, n° 6, 1997. Ed. Jims.
37. Travell y Simons: Dolor y disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo. Volumen 1, 2.a edición. Ed. Panamericana. Madrid, 2002.
38. Viel E, Peninou G: Méthologie de évaluation de la qualité des actes de kinésithérapie. *Ann.Kinesither.*, 1996, 23/8, 380-393.
39. Viel Eric: Diagnóstico fisioterapéutico. Ed. Masson, S.A. Barcelona, 1999.
40. W.A.A.: Temario para Fisioterapeutas del S.A.S. Ed. Mad, Sevilla, 2002.
41. Weiner WJ, Goetz CG: *Neurology for the Non-Neurologist*, p155. Philadelphia 1994.
42. Weinstein JN: Consensus summary of the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation. *Spine* 21, (suppl 24): s75, 1996.
43. Werner Platzer: Atlas de anatomía, tomo 1. Ed. Omega. Barcelona, 1987.
44. Wiggins ME et al: Healing characteristics of a type 1 collagen structure treated with corticosteroids. *Am J Sports Med* 22:279, 1994.
45. Yves Xhardez: *Vademecum de Kinesioterapia y de Reeducación funcional*. Ed. Ateneo. Buenos Aires, 1988.