



ACADEMIA
NATURSAIS
— FORMACIÓN QUE TRANSFORMA —

CURSO DE
TRAUMATOLOGÍA FUNCIONAL
Y LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS



MÓDULO 11

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL Y RAZONAMIENTO CLÍNICO

11.1 Razonamiento clínico

11.2 Clasificación del dolor

11.3 Diagnóstico diferencial

11.4 Lesiones con
síntomas similares

11.5 Árbol de decisión clínica

11.6 Cuándo tratar

11.7 Cuándo derivar

11.8 Casos prácticos de
razonamiento clínico

11.9 Resumen

11.10 Test



EVALUAR



ANALIZAR



DIFERENCIAR



DECIDIR



TRATAR



DERIVAR



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 11

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL Y RAZONAMIENTO CLÍNICO

11.1 RAZONAMIENTO CLÍNICO

El razonamiento clínico es el proceso mental que nos permite analizar la información del paciente para identificar el problema, establecer objetivos y tomar decisiones terapéuticas seguras y efectivas.



PENSAR CON LÓGICA,
ACTUAR CON EVIDENCIA,
TRATAR CON PROPÓSITO.



PROCESO DE RAZONAMIENTO CLÍNICO



1. RECOGIDA DE INFORMACIÓN

- Anamnesis
- Observación
- Exploración física
- Pruebas específicas



2. INTERPRETACIÓN DE DATOS

- Analizar la información
- Identificar patrones
- Detectar banderas rojas
- Formular hipótesis



3. ANÁLISIS Y RAZONAMIENTO

- Valorar cada hipótesis
- Relacionar causas y síntomas
- Priorizar problemas



4. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

- Identificar el problema principal
- Determinar factores contribuyentes



5. PLAN DE TRATAMIENTO Y OBJETIVOS

- Diseñar intervención adecuada
- Establecer objetivos medibles



6. EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN

- Monitorizar evolución
- Ajustar tratamiento
- Confirmar o modificar diagnóstico

HERRAMIENTAS CLAVE

- Escucha activa
- Preguntas estratégicas
- Exploración sistemática
- Pruebas clínicas específicas
- Pensamiento crítico
- Experiencia y actualización

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

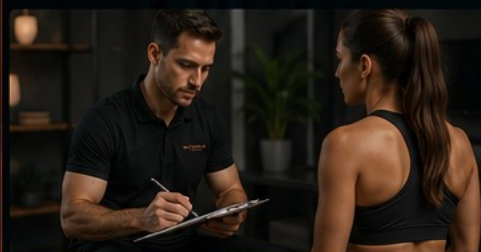
- ☒ El paciente es único, no te bases solo en el síntoma.
- ☒ Siempre considera el contexto biopsicosocial.
- ☒ No te quedes en el primer diagnóstico posible.
- ☒ La evidencia guía, pero la experiencia interpreta.
- ☒ Reevalúa constantemente.

“ Un buen profesional no solo trata lesiones, entiende personas. ”

OBJETIVO DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO



Tomar decisiones informadas que generen el mejor resultado posible para el paciente con seguridad, eficacia y empatía.



“El razonamiento clínico transforma información en decisiones, y las decisiones en resultados.”



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



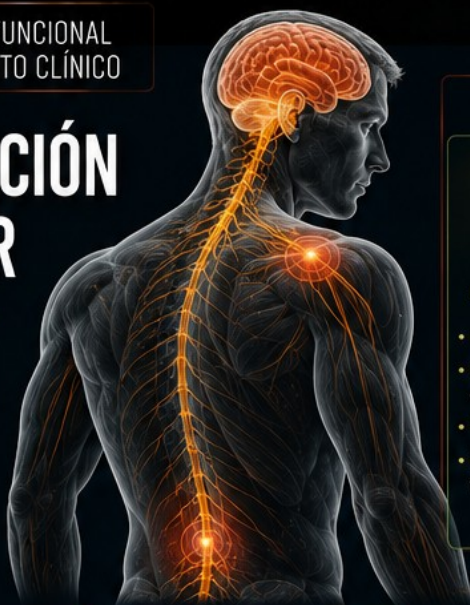
MÓDULO 11

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL Y RAZONAMIENTO CLÍNICO

11.2 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

Clasificar correctamente el dolor nos permite comprender su origen, su mecanismo y su implicación clínica, facilitando un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz.

“ No todos los dolores son iguales. Identificar el tipo de dolor es el primer paso para tratar su causa.



SEGÚN SU DURACIÓN



DOLOR AGUDO

Duración < 3 meses

- Inicio reciente y claro
- Relacionado con lesión o inflamación
- Función protectora
- Ejemplo: esguince, fractura, tendinitis aguda



DOLOR CRÓNICO

Duración > 3 meses

- Persiste más allá del tiempo de curación
- Puede no tener causa estructural activa
- Influenciado por factores psicológicos y sociales
- Ejemplo: lumbalgia crónica, fibromialgia

SEGÚN SU ORIGEN



DOLOR NOCICEPTIVO

Causado por activación de los nociceptores ante un estímulo dañino en tejidos sanos.

Tipos:

- Somático: músculos, huesos, articulaciones, piel.
- Visceral: órganos internos.



DOLOR NEUROPÁTICO

Producido por una lesión o enfermedad del sistema somatosensorial.

Características:

- Ardor, calambres, descargas eléctricas, hormigueo, adormecimiento.

Ejemplo: ciática, neuropatías, radiculopatías.



DOLOR NOCIPLASTICO

Dolor que surge de una alteración en la nocicepción, sin evidencia clara de daño tisular o lesión nerviosa.

Características:

- Hipersensibilidad, dolor generalizado, fatiga, trastornos del sueño.

Ejemplo: fibromialgia, dolor lumbar inespecífico.

SEGÚN SU MECANISMO



DOLOR POR DAÑO TISULAR

Estímulo que causa lesión en los tejidos.

Ejemplos:

- Golpe
- Fractura
- Inflamación
- Sobrecarga



DOLOR POR SENSIBILIZACIÓN

El sistema nervioso se vuelve más sensible al dolor.

Ejemplos:

- Dolor crónico
- Hiperalgesia
- Alodinia



DOLOR PSICOGÉNICO

El dolor se origina o se mantiene por factores emocionales, cognitivos o conductuales.

Ejemplos:

- Estrés
- Ansiedad
- Depresión

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS COMPARATIVAS

TIPO DE DOLOR	INICIO	DURACIÓN	CALIDAD	FACTORES ASOCIADOS	EJEMPLOS
NOCICEPTIVO	Rápido	Variable (agudo o crónico)	Sordo, punzante, tensible	Lesión, inflamación, sobrecarga	Esguince, tendinitis, lumbalgia mecánica
NEUROPÁTICO	Variable	Crónico frecuente	Ardor, eléctrico, quemante	Lesión nerviosa, compresión	Ciática, neuropatías, radiculopatías
NOCIPLASTICO	Insidioso	Crónico	Difuso, profundo, fluctuante	Sensibilización central, estrés	Fibromialgia, dolor lumbar inespecífico

SEGÚN SU LOCALIZACIÓN



DOLOR LOCAL

Limitado a la zona afectada. Ejemplo: dolor en el hombro.



DOLOR REFERIDO

Percibido en una zona distinta al origen del dolor. Ejemplo: dolor en el hombro por problema cervical.



DOLOR RADIADO

Se irradia siguiendo el trayecto de un nervio. Ejemplo: ciática que irradia hacia la pierna.

CLAVES PARA SU IDENTIFICACIÓN



Historia clínica detallada. Pregunta por el inicio, evolución y factores asociados.



Exploración física. Evalúa tejidos, sensibilidad y función neurológica.



Pruebas complementarias. Útiles para confirmar o descartar causas específicas.



Contexto biopsicosocial. Considera factores emocionales, laborales y sociales.



Hipótesis clínica razonada. Integra la información y clasifica el dolor correctamente.

IMPORTANCIA DE CLASIFICAR EL DOLOR

- ✓ Permite orientar el diagnóstico diferencial.
- ✓ Guía el tratamiento más adecuado.
- ✓ Mejora la comunicación con el paciente.
- ✓ Favorece la recuperación y previene cronificación.



“ Clasificar el dolor no es encasillar al paciente, es entender su experiencia para poder acompañarlo en su recuperación. ”



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 11

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL Y RAZONAMIENTO CLÍNICO

11.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Proceso clínico que consiste en identificar y comparar dos o más condiciones que pueden explicar los síntomas de un paciente, para decidir cuál es la causa más probable.

“ Pensar en lo que es probable, pero no olvidar lo que es importante.”



¿POR QUÉ ES CLAVE?

- ✓ Evita errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.
- 🎯 Permite un abordaje más preciso y eficiente.
- 📈 Mejora los resultados clínicos y la confianza del paciente.
- 🕒 Optimiza el tiempo y los recursos en la evaluación.

PASOS PARA REALIZAR UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



1. RECOGER INFORMACIÓN

- Anamnesis detallada
- Exploración física
- Pruebas complementarias



2. IDENTIFICAR HIPÓTESIS

- Generar una lista de posibles causas en base a los datos recogidos.



3. COMPARAR Y CONTRASTAR

- Buscar signos y pruebas que apoyen o descarten cada hipótesis.



4. PRIORIZAR

- Ordenar las hipótesis según su probabilidad y gravedad.



5. CONFIRMAR O DESCARTAR

- Utilizar pruebas específicas para llegar al diagnóstico más probable.



6. REEVALUAR

- Revisar la evolución del paciente y ajustar el diagnóstico si es necesario.

EJEMPLOS DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POR REGIONES

REGIÓN	POSIBLES CONDICIONES A DIFERENCIAR	CLAVES DIFERENCIALES
 HOMBRO	• Tendinitis del manguito rotador • Bursitis subacromial • Lesión del labrum • Artrosis glenohumeral	• Dolor nocturno y elevación lateral: tendinitis / bursitis • Chasquidos, inestabilidad: lesión de labrum • Rigidez y dolor profundo: artrosis
 CODO	• Epicondilitis lateral • Epicondilitis medial • Síndrome del túnel radial • Bursitis olecraniana	• Dolor lateral con extensión de muñeca: epicondilitis lateral • Dolor medial con flexión/pronación: epicondilitis medial • Parestesias dorsales: túnel radial • Inflamación en olécranon: bursitis
 RODILLA	• Lesión meniscal • Lesión del ligamento cruzado anterior • Condromalacia rotuliana • Tendinopatía rotuliana	• Bloqueos y chasquidos: meniscal • Inestabilidad en cambios de dirección: LCA • Dolor anterior al subir escaleras: condromalacia • Dolor con salto o carga: tendinopatía rotuliana
 TOBILLO	• Esguince lateral • Tendinopatía del peroneo • Fractura por estrés • Síndrome del túnel tarsiano	• Dolor y edema lateral tras inversión: esguince • Dolor posterior al maléolo lateral: peroneo • Dolor progresivo con carga: fractura por estrés • Parestesias plantares: túnel tarsiano
 COLUMNA LUMBAR	• Hernia discal • Síndrome facetario • Estenosis lumbar • Disfunción sacroiliaca	• Dolor radicular: hernia discal • Dolor axial al extender: facetario • Claudicación neurógena: estenosis • Dolor unilateral bajo, pruebas de provocación SI: sacroiliaca

HERRAMIENTAS ÚTILES

- 📋 Anamnesis estructurada
- 👤 Exploración física completa
- 🔍 Pruebas ortopédicas específicas
- 📊 Escalas de valoración
- 🖼️ Imagenología (RX, ecografía, RMN...)



ERRORES COMUNES

- Fijarse solo en una hipótesis desde el inicio.
- Confirmación sesgada: buscar solo lo que confirma nuestra idea.
- No considerar diagnósticos graves o poco frecuentes.
- No reevaluar si el paciente no mejora.

EJEMPLO PRÁCTICO



PACIENTE

Hombre, 32 años.
Dolor en la cara anterior de la rodilla derecha al subir escaleras.

HIPÓTESIS INICIALES

- Condromalacia rotuliana
- Tendinopatía rotuliana
- Lesión meniscal
- Síndrome femoropatelar

PRUEBAS Y CLAVES

- Dolor a la compresión rotuliana (+)
- Prueba de McMurray (-)
- Dolor con sentadilla profunda (+)
- Sin derrame articular

DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE

- ✓ Condromalacia rotuliana
- Plan de tratamiento conservador específico.

EVOLUCIÓN

Mejora en 4 semanas con tratamiento y ejercicios específicos.



“ El buen diagnóstico no es cuestión de suerte, sino de método, observación y pensamiento crítico. ”



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 11

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL Y RAZONAMIENTO CLÍNICO

11.4 LESIONES CON SÍNTOMAS SIMILARES

Diferentes lesiones pueden compartir síntomas similares, lo que puede dificultar un diagnóstico preciso. Conocer las características distintivas de cada una es clave para no confundirlas.

“ La diferencia entre tratar correctamente o empeorar una lesión está en los detalles que observas.



COMPARATIVA DE LESIONES FRECUENTES CON SÍNTOMAS SIMILARES

LESIÓN	DOLOR LOCALIZADO	CARACTERÍSTICAS CLAVE	PRUEBAS CLÍNICAS ÚTILES	FACTORES QUE AYUDAN A DIFERENCIAR
TENDINOPATÍA DEL MANGUITO ROTADOR 	Hombro lateral que puede irradiar al brazo.	- Dolor al elevar el brazo. - Debilidad progresiva. - Dolor nocturno.	- Test de Neer - Test de Hawkins-Kennedy - Test de Jobe (Supraespinoso) - Test de Patte (Infraespinoso)	El dolor aumenta con la actividad por encima de la cabeza y mejora con el reposo relativo.
TENDINOPATÍA DEL BÍCEPS BRAQUIAL 	Parte anterior del hombro y brazo.	- Dolor en la corredera bicipital. - Molestias al flexionar el codo o supinar el antebrazo.	- Test de Yergason - Test de Speed - Palpación de la corredera bicipital	El dolor se reproduce con la activación del biceps, especialmente al levantar o supinar el antebrazo.
CAPSULITIS ADHESIVA (HOMBRO CONGELADO) 	Dolor difuso en todo el hombro.	- Rigidez progresiva. - Disminución global del rango de movimiento (activo y pasivo).	Test de movilidad pasiva (restricción en todos los planos)	La rigidez es el signo principal. El movimiento pasivo también está limitado.
EPICONDILITIS LATERAL (CODO DE TENISTA) 	Cara lateral del codo.	- Dolor al agarrar objetos. - Dolor al extender la muñeca contra resistencia.	- Test de Cozen - Test de Mill - Test de Maudsley	El dolor se centra en la inserción de los extensores en el epicóndilo lateral.
EPICONDILITIS MEDIAL (CODO DE GOLFISTA) 	Cara medial del codo.	- Dolor al flexionar la muñeca o pronar el antebrazo. - Sensibilidad en el epicóndilo medial.	- Test de Cozen invertido - Test de Mill invertido	El dolor se reproduce con la activación de los flexores y pronadores del antebrazo.
FASCITIS PLANTAR 	Talón, cara inferior del pie.	- Dolor punzante al apoyar por la mañana. - Mejora con la actividad y empeora tras periodos de reposo.	- Test de Windlass - Palpación de la fascia plantar	El dolor es típico en los primeros pasos del día o después de periodos de descanso.
SÍNDROME DEL TÚNEL DEL TARSO 	Cara interna del tobillo y planta del pie.	- Hormigueo, ardor o dolor - Empeora con la actividad prolongada.	- Signo de Tinel en túnel del tarso - Prueba de dorsiflexión-eversión	Síntomas neurológicos (hormigueo, entumecimiento) más que mecánicos.

CLAVES PARA NO CONFUNDIR LESIONES

- Realiza una anamnesis detallada.
- Observa el patrón del dolor: mecánico, inflamatorio, neuropático.
- Evalúa el rango de movimiento activo y pasivo.
- Usa pruebas clínicas específicas.
- Considera el contexto del paciente: actividad, ocupación, antecedentes.

EJEMPLO PRÁCTICO

DOLOR EN HOMBRO AL ELEVAR EL BRAZO

Tendinopatía del manguito rotador



Dolor al elevar + debilidad + pruebas positivas específicas

Capsulitis adhesiva



Dolor + rigidez global (activo y pasivo) en todos los planos

Tendinopatía del bíceps braquial



Dolor anterior + pruebas de biceps positivas

RECUERDA



No te quedes solo con el síntoma. Busca la causa.
No te guíes solo por la imagen, guíate por la clínica.
El diagnóstico diferencial es una habilidad que se entrena cada día.

“ En medicina, las diferencias sutiles marcan grandes diferencias en los resultados. ”



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 11

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL Y RAZONAMIENTO CLÍNICO

11.5 ÁRBOL DE DECISIÓN CLÍNICA

Una guía paso a paso para tomar decisiones seguras y efectivas ante cualquier lesión musculoesquelética.



1. ENTREVISTA INICIAL

- ¿Cómo empezó el dolor?
- ¿Cuándo aparece?
- ¿Qué lo empeora o mejora?
- Antecedentes relevantes



2. SEÑALES DE ALARMA

- Fiebre, pérdida de peso
- Dolor nocturno intenso
- Déficit neurológico progresivo
- Traumatismo de alta energía

SI



DERIVAR DE INMEDIATO

Atención médica urgente

NO

3. LOCALIZACIÓN DEL DOLOR



Cabeza / Cuello



Hombro



Columna dorsal/lumbar



Codo / Muñeca



Cadera / Pelvis

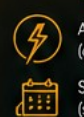


Rodilla



Tobillo / Pie

4. CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR



Agudo
(días/semanas)

✓ Lesión tisular reciente



Subagudo
(semanas/meses)

✓ Inflamación / irritación



Crónico
(más de 3 meses)

✓ Adaptación del sistema nervioso / sobrecarga

5. EXPLORACIÓN FÍSICA

- ✓ Inspección (postura, simetría, edema)
- ✓ Palpación (puntos dolorosos)
- ✓ Rango de movimiento (activo/pasivo)
- ✓ Fuerza muscular
- ✓ Pruebas ortopédicas específicas
- ✓ Evaluación funcional



6. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

Relacionar síntomas + exploración con posibles diagnósticos.

- ✓ Causa más probable
- ✓ Causas alternativas
- ✓ Factores contribuyentes

7. CONFIRMAR O DESCARTAR

- ✓ Pruebas complementarias (si son necesarias)
- ✓ Evolución clínica
- ✓ Respuesta a las pruebas terapéuticas



8. DECISIÓN FINAL

TRATAMIENTO CONSERVADOR

- Dolor manejable
- Buena evolución
- Sin signos de alarma
- Funcionalidad conservada



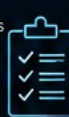
DERIVAR

- Dolor intenso o progresivo
- Déficit neurológico
- Falta de mejora
- Dudas diagnósticas



9. PLAN DE ACCIÓN

- ✓ Objetivos claros y medibles
- ✓ Estrategia de tratamiento
- ✓ Educación al paciente
- ✓ Seguimiento y reevaluación



FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN

- Edad del paciente
- Nivel de actividad
- Ocupación / Deporte
- Historial de lesiones
- Contexto emocional y social

EJEMPLOS DE RUTAS CLÍNICAS



Dolor de hombro



Dolor lumbar



Dolor de rodilla



Esguince de tobillo



“ Un buen árbol de decisión no reemplaza tu experiencia, pero te ayuda a pensar mejor para decidir con confianza. ”



ANALIZA



COMPARA



DECIDE



ACTÚA



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 11

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL Y RAZONAMIENTO CLÍNICO

11.6 CUÁNDO TRATAR

Saber cuándo tratar es tan importante como saber qué tratar.

Un buen profesional evalúa, decide y actúa en el momento y con la intervención adecuada.

“ No se trata solo de hacer, sino de hacer lo correcto en el momento correcto.



SÍ TRATAR CUANDO...



- ✓ La lesión está en fase subaguda o crónica (sin inflamación aguda).
- ✓ El dolor es mecánico y depende del movimiento o carga.
- ✓ No existen signos de alarma.
- ✓ El paciente tolera el contacto y el ejercicio.
- ✓ El tratamiento puede mejorar la función y calidad de vida.

NO TRATAR CUANDO...



- ✗ Hay inflamación aguda con dolor, calor, enrojecimiento o edema.
- ✗ El dolor es constante en reposo o nocturno.
- ✗ Existen signos de alarma o sospecha de patología grave.
- ✗ El paciente está inestable o con fiebre.
- ✗ El tratamiento puede empeorar la condición o enmascarar síntomas.

FACTORES CLAVE PARA DECIDIR SI TRATAR



FASE DE LA LESIÓN

- Aguda (0–72 h): no tratar directamente.
- Subaguda (3–21 días): tratar con precaución.
- Crónica (> 21 días): generalmente sí tratar.



TIPO DE DOLOR

- Mecánico: relacionado con el movimiento.
- Inflamatorio: constante, no mejora con el reposo.
- Neuropático: ardor, hormigueo, calambres.



SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor localizado vs. difuso.
- Rigidez, debilidad, inestabilidad.
- Pérdida de función específica.



TOLERANCIA DEL PACIENTE

- ¿Tolera el contacto físico?
- ¿Tolera el ejercicio?
- ¿Tiene miedo o evita el movimiento?



OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Alivio del dolor
- Recuperación de la función
- Prevención de recidivas



CONTEXTO DEL PACIENTE

- Edad y estado general
- Nivel de actividad
- Expectativas
- Entorno laboral y social

EVALUACIÓN RÁPIDA: ¿ESTOY ANTE UN CASO TRATABLE?

PREGUNTA

	SÍ	NO
¿El dolor es mecánico (aparece con el movimiento o carga)?	✓	✗
¿Han pasado al menos 72 horas desde el inicio (fase aguda)?	✓	✗
¿No hay signos de alarma?	✓	✗
¿El paciente tolera el contacto y el movimiento?	✓	✗
¿El tratamiento puede mejorar su función y calidad de vida?	✓	✗

✓ SI RESPONDES SÍ A LA MAYORÍA: ADELANTE, TRATA. ✗ SI RESPONDES NO A VARIAS: REEVALÚA ANTES DE TRATAR.

PRINCIPIOS PARA TOMAR LA DECISIÓN



Evaluar antes de actuar.



No tratar el síntoma, tratar la causa.



Respetar los tiempos biológicos del cuerpo.



Individualizar: no todos los pacientes son iguales.



Comunicar al paciente el porqué de tu decisión.

EJEMPLOS PRÁCTICOS



CASO 1: TENDINOPATÍA ROTULIANA CRÓNICA



- Dolor al saltar y correr
- Evolución: 2 meses
- Sin inflamación
- Tolerancia ejercicio
- Objetivo: volver a entrenar

→ SÍ TRATAR

Ejercicios excéntricos + terapia manual + educación en carga progresiva



CASO 2: ESGUINCE DE TOBILLO AGUDO (24 h)



- Dolor, inflamación y hematoma
- Dificultad para apoyar
- Fase aguda (24 h)
- No tolera carga
- Objetivo: reducir inflamación

→ NO TRATAR

Reposo relativo + frío + compresión + elevación. Reevaluar en 48–72 h



CASO 3: LUMBALGIA MECÁNICA SUBAGUDA



- Dolor lumbar al moverse
- Evolución: 10 días
- Sin signos de alarma
- Tolerancia la movilización
- Objetivo: recuperar función

→ SÍ TRATAR

Terapia manual + ejercicio terapéutico + reeducación postural



RECUERDA

Tratar en el momento adecuado acelera la recuperación. Tratar mal o demasiado pronto puede retrasarla.



La mejor intervención es la que llega en el momento justo.



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 11

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL Y RAZONAMIENTO CLÍNICO

11.7 CUÁNDO DERIVAR

Derivar no es rendirse, es actuar con responsabilidad profesional. Saber reconocer los límites de nuestra actuación es clave para la seguridad del paciente y la calidad del tratamiento.

“ Derivar a tiempo puede evitar complicaciones y acelerar la recuperación del paciente. ”



SIGNOS DE ALERTA ("RED FLAGS")

Derivar de forma inmediata si el paciente presenta:

- ⚠ Dolor intenso que no mejora con el reposo o que empeora progresivamente.
- 🌡 Fiebre, escalofríos o sudoración nocturna asociada.
- 📉 Pérdida de peso inexplicada.
- 🩸 Antecedentes de cáncer.
- 💡 Déficit neurológico progresivo (debilidad, pérdida de sensibilidad).
- 🚽 Pérdida de control de esfínteres (incontinencia urinaria o fecal).
- 🚗 Traumatismo de alta energía (accidente de tráfico, caída desde altura).
- 🌙 Dolor nocturno que despierta al paciente de forma constante.
- 🦴 Sospecha de fractura o luxación.

¿EN QUÉ SITUACIONES DEBERÍAS DERIVAR?



EMERGENCIAS MÉDICAS

- Sospecha de fractura complicada.
- Lesiones graves de columna con compromiso neurológico.
- Trombosis venosa profunda (TVP).
- Infecciones agudas (osteomielitis, celulitis).



FALTA DE MEJORÍA ADECUADA

- No hay mejoría después de 4-6 sesiones.
- El dolor o la función empeoran.
- El paciente no tolera el tratamiento.



DIAGNÓSTICO INCIERTO

- No estás seguro del origen del problema.
- Los síntomas no encajan con un patrón claro.
- Sospecha de otra patología interna.



LIMITACIONES DE TU ALCANCE

- El caso requiere pruebas de imagen o medicación.
- Tratamiento quirúrgico posible.
- El paciente necesita valoración especializada.



CONDICIÓN ESPECIAL DEL PACIENTE

- Embarazo de alto riesgo.
- Enfermedades sistémicas no controladas.
- Pacientes pediátricos o geriátricos frágiles.



NECESIDAD DE EVALUACIÓN MÉDICA

- Para confirmar diagnóstico.
- Para descartar patología seria.
- Para seguimiento y tratamiento farmacológico.

CÓMO DERIVAR CORRECTAMENTE



1. Explica al paciente la razón de la derivación con claridad y empatía.



2. Recomienda al profesional adecuado (médico, traumatólogo, neurólogo, etc.).



3. Comunica tus hallazgos de forma objetiva (informe breve si es posible).



4. Acompaña al paciente en el proceso y haz seguimiento.



5. Mantén comunicación con el profesional si es necesario.

GUÍA RÁPIDA DE DERIVACIÓN

SITUACIÓN	¿DERIVAR?	A QUIÉN
Dolor lumbar con pérdida de fuerza en pierna	SÍ (urgente)	Traumatólogo / Neurólogo
Dolor de hombro sin mejoría tras 4-6 semanas	SÍ	Traumatólogo / Fisiatra
Dolor de cabeza con mareos y visión borrosa	SÍ (urgente)	Médico general / Neurólogo
Esguince de tobillo leve, mejora progresiva	NO	Continuar tratamiento
Dolor cervical con hormigueo en brazo	SÍ	Traumatólogo / Neurólogo
Sospecha de fractura de costilla	SÍ (urgente)	Urgencias / Traumología
Dolor crónico sin causa clara	SÍ	Médico general / Reumatólogo
Inflamación, fiebre y enrojecimiento local	SÍ (urgente)	Médico general / Urgencias

QUÉ EVITAR

- ⊗ Tratar lo que no entiendes.
- ⊗ Retrasar la derivación por orgullo o inseguridad.
- ⊗ Prometer resultados que no puedes garantizar.
- ⊗ Ignorar los signos de alerta.
- ⊗ Trabajar fuera de tus competencias.

BENEFICIOS DE DERIVAR A TIEMPO

- ✓ Mejora la seguridad del paciente.
- ✓ Acelera el diagnóstico y tratamiento adecuado.
- ✓ Evita complicaciones mayores.
- ✓ Fortalece tu reputación profesional.
- ✓ El paciente confía más en ti.

RECUERDA



Un buen profesional no es el que lo sabe todo, sino el que sabe cuándo pedir ayuda.

Derivar es parte del cuidado integral.

“ Derivar a tiempo es proteger al paciente y reconocer tu compromiso con su bienestar. ”



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 11

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL Y RAZONAMIENTO CLÍNICO

11.8 CASOS PRÁCTICOS DE RAZONAMIENTO CLÍNICO

Aplica el razonamiento clínico paso a paso para evaluar, decidir y actuar en situaciones reales.

“ La práctica con casos reales afina tu criterio clínico y te convierte en un profesional seguro y efectivo.

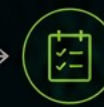
METODOLOGÍA DE RAZONAMIENTO EN CADA CASO



1

ANAMNESIS

Recoge información clave del paciente.



2

ANÁLISIS

Identifica patrones y banderas rojas.



3

HIPÓTESIS

Formula posibles diagnósticos.



4

DECISIÓN

Elige pruebas y estrategia.



5

ACCIÓN

Trata, deriva o reevalúa.



No se trata de acertar siempre, sino de pensar como un clínico.

CASO 1

DOLOR LUMBAR EN DEPORTISTA



- 28 años, corredor.
- Dolor lumbar de 2 semanas.
- Aumenta al correr y al estar mucho tiempo sentado.
- Sin dolor irradiado.
- Mejora con el reposo.

ANÁLISIS

- Dolor mecánico.
 - Relacionado con carga y postura.
 - Sin banderas rojas.
- ✓ Probable: sobrecarga lumbar mecánica.

HIPÓTESIS PRINCIPALES

- Sobrecarga muscular lumbar.
- Disfunción facetaria lumbar.
- Discopatía inicial (menos probable).

DECISIÓN

- Evaluación física completa.
- Tests de movilidad y estabilidad.
- Valorar técnica de carrera y cargas de entrenamiento.

ACCIÓN



TRATAR

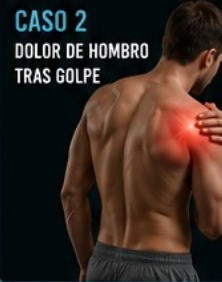
- Terapia manual.
- Ejercicio terapéutico.
- Reeducción postural y de carrera.
- Control de carga.



REEVALUAR en 7-10 días.

CASO 2

DOLOR DE HOMBRO TRAS GOLPE



- 35 años, golpe directo en el hombro jugando al fútbol.
- Dolor al elevar el brazo.
- Debilidad al rotar externamente.
- No hormigueos.

ANÁLISIS

- Dolor agudo postraumático.
 - Limitación funcional.
 - Debilidad específica en rotación externa.
- ✓ Probable: lesión del manguito rotador.

HIPÓTESIS PRINCIPALES

- Contusión del manguito rotador.
- Rotura parcial del supraespinoso.
- Lesión del labrum (menos probable).

DECISIÓN

- Tests específicos: Jobe, Neer, Hawkins, rotación externa.
- Valorar fuerza y rango de movimiento.
- Ecografía si es necesario.

ACCIÓN



TRATAR

- Fase aguda: control del dolor e inflamación.
- Ejercicio progresivo.
- Fortalecimiento específico.



DERIVAR SI:

- Debilidad severa.
- Sospecha de rotura completa.

CASO 3

DOLOR DE RODILLA AL BAJAR ESCALERAS



- 42 años, activo físicamente.
- Dolor anterior de rodilla al bajar escaleras o cuestras.
- Sensación de crujido.
- Sin bloqueo ni inestabilidad.

ANÁLISIS

- Dolor patelofemoral.
 - Relacionado con carga y actividad.
 - Sin signos de alerta.
- ✓ Probable: síndrome femoropatelar.

HIPÓTESIS PRINCIPALES

- Síndrome femoropatelar.
- Condropatía rotuliana.
- Tendinopatía rotuliana (según localización del dolor).

DECISIÓN

- Evaluar alineación y biomecánica.
- Tests funcionales: sentadilla, step down.
- Valorar fuerza de cadera y control neuromuscular.

ACCIÓN



TRATAR

- Ejercicio terapéutico.
- Fortalecimiento de cadera.
- Educación y control de cargas.



REEVALUAR en 2-3 semanas.

CASO 4

DOLOR CERVICAL CON HORMIGUEO



- 30 años, trabajo de oficina.
- Dolor cervical con hormigueo en brazo derecho.
- Empeora al inclinar la cabeza.
- Sin debilidad.

ANÁLISIS

- Síntomas radicales (hormigueo).
 - Posible compresión nerviosa.
 - Necesita evaluación cuidadosa.
- ✓ Probable: cervicobraquialgia por irritación radicular.

HIPÓTESIS PRINCIPALES

- Hernia discal cervical.
- Disfunción facetaria con compresión.
- Síndrome del desfiladero torácico (menos probable).

DECISIÓN

- Pruebas neurodinámicas.
- Evaluar fuerza, reflejos y sensibilidad.
- Considerar imagen si no mejora.

ACCIÓN



TRATAR

- Movilización cervical específica.
- Ejercicio neural.
- Ergonomía y control postural.



DERIVAR SI:

- Déficit neurológico.
- Dolor progresivo.

CLAVES PARA EL ÉXITO

- ✓ Escucha activa y empatía.
- ✓ Evaluación estructurada y objetiva.
- ✓ Piensa en patrones, no solo en síntomas.
- ✓ Reevalúa y ajusta tu plan.
- ✓ Trabaja en equipo cuando sea necesario.

RECUERDA



Cada paciente es único. El razonamiento clínico integral es la herramienta más poderosa que tienes como profesional.



TU DECISIÓN MARCA LA DIFERENCIA

“ Un buen diagnóstico lleva al tratamiento correcto. Un buen profesional sabe cuándo tratar y cuándo derivar.



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 11

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL Y RAZONAMIENTO CLÍNICO

11.9 RESUMEN

El razonamiento clínico es el puente entre el conocimiento y la acción.
Un profesional competente evalúa, analiza, decide y actúa con criterio.



LO ESENCIAL DEL MÓDULO 11



EVALUAR

Recoger información relevante del paciente de forma sistemática y objetiva.



ANALIZAR

Interpretar los datos, identificar patrones y formular hipótesis clínicas.



DECIDIR

Elegir la mejor estrategia diagnóstica y terapéutica según la evidencia y la experiencia.



ACTUAR

Aplicar el tratamiento adecuado en el momento correcto, con objetivos claros.



RE-EVALUAR

Valorar la respuesta del paciente y ajustar el plan de intervención según la evolución.



DERIVAR

Saber cuándo y a quién derivar para garantizar la seguridad y el mejor resultado posible.

CLAVES PARA UN BUEN RAZONAMIENTO CLÍNICO

- ✓ Escucha activa y observación detallada del paciente.
- ✓ Conocimiento sólido de la anatomía, fisiología y patología.
- ✓ Pensamiento crítico y mente abierta.
- ✓ Experiencia práctica y aprendizaje continuo.
- ✓ Ética profesional y responsabilidad en la toma de decisiones.
- ✓ Comunicación clara y empática.

EL PROCESO EN 6 PASOS

- 1 Recoger información: anamnesis, exploración, pruebas complementarias.
- 2 Organizar datos: identificar signos, síntomas y hallazgos clave.
- 3 Formular hipótesis: ¿qué estructuras o funciones están afectadas?
- 4 Comprobar hipótesis: pruebas específicas y diagnóstico diferencial.
- 5 Planificar tratamiento: objetivos, técnicas y educación al paciente.
- 6 Evaluar resultados: medir progreso y adaptar el plan.

ERRORES COMUNES A EVITAR

- ✗ No escuchar al paciente y centrarse solo en la lesión.
- ✗ Sacar conclusiones sin pruebas suficientes.
- ✗ Ignorar el contexto biopsicosocial del paciente.
- ✗ No reevaluar y mantener el mismo plan sin cambios.
- ✗ Derivar tarde o no comunicar adecuadamente.

BENEFICIOS DE APLICAR UN BUEN RAZONAMIENTO CLÍNICO

- ✓ Mayor precisión en el diagnóstico.
- ✓ Tratamientos más efectivos y personalizados.
- ✓ Reducción del tiempo de recuperación.
- ✓ Mayor satisfacción y confianza del paciente.
- ✓ Desarrollo profesional y reconocimiento clínico.

EN RESUMEN



El razonamiento clínico no es innato, se entrena cada día. Combina ciencia, experiencia, intuición y humanidad para ofrecer al paciente lo que realmente necesita.

“ No se trata de saber más,
sino de pensar mejor.

*El mejor profesional es quien toma
las mejores decisiones para cada paciente.*



DECISIONES
MÁS PRECISAS



PACIENTES
MÁS SEGUROS



TRATAMIENTOS
MÁS EFECTIVOS



PROFESIONALES
MÁS COMPETENTES



RESULTADOS QUE
TRANSFORMAN VIDAS