



ACADEMIA
NATURSAIS
— FORMACIÓN QUE TRANSFORMA —

CURSO DE
TRAUMATOLOGÍA FUNCIONAL
Y LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS



MÓDULO 13

CASOS CLÍNICOS Y VADEMÉCUM PROFESIONAL



13.1 Algoritmos de valoración



13.2 Diagnóstico diferencial



13.3 Casos clínicos completos



13.4 Vademécum ilustrado de lesiones musculoesqueléticas



13.5 Protocolos de actuación por lesión



13.6 Protocolos por región anatómica



13.7 Tiempos de recuperación



13.8 Escalas clínicas y clasificación de lesiones



13.9 Cuándo derivar al médico



13.10 Bibliografía científica comentada



13.11 Examen final



13.12 Autoevaluación



13.13 Diploma de aprovechamiento



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



APLICACIÓN
PRÁCTICA



ENFOQUE
PROFESIONAL



RESULTADOS
REALES



FORMACIÓN
INTEGRAL



MÓDULO 13

CASOS CLÍNICOS Y VADEMÉCUM PROFESIONAL

13.1 ALGORITMOS DE VALORACIÓN

METODOLOGÍA SISTEMÁTICA PARA UNA EVALUACIÓN EFICIENTE Y PRECISA

PRINCIPIOS CLAVE DE LA VALORACIÓN



SISTEMÁTICA
Seguir siempre
el mismo orden.



COMPLETA
No omitir pasos
importantes.



INDIVIDUALIZADA
Adaptar a cada paciente
y contexto.



BASADA EN EVIDENCIA
Utilizar pruebas y
criterios validados.



ORIENTADA A LA ACCIÓN
Concluir con un plan
de intervención claro.

ALGORITMO GENERAL DE VALORACIÓN



RECUERDA

Una buena valoración es el 50% del éxito terapéutico. Lo que no evalúas, no lo puedes tratar.

HERRAMIENTAS DE APOYO

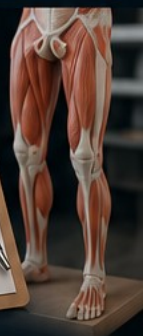
- Historia clínica estructurada
- Test validados
- Escalas de dolor y función
- Medición objetiva
- Imágenes (si es necesario)

EJEMPLOS DE ESCALAS

- EVA (Escala Visual Analógica)
- NPRS (Numeric Pain Rating Scale)
- DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)
- LEFS (Lower Extremity Functional Scale)
- KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score)

FACTORES A CONSIDERAR

- Edad
- Nivel de actividad
- Objetivos del paciente
- Contexto biopsicosocial
- Expectativas y motivación



RESULTADO ESPERADO

Aplicar algoritmos de valoración estructurados que permitan identificar con precisión el problema del paciente y diseñar intervenciones efectivas y seguras.



**EVALUACIÓN
PRECISA**



**DIAGNÓSTICO
ACERTADO**



**TRATAMIENTO
EFICAZ**



**RECUPERACIÓN
ÓPTIMA**



**PREVENCIÓN DE
RECAÍDAS**



MÓDULO 13

CASOS CLÍNICOS Y VADEMÉCUM PROFESIONAL

13.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

IDENTIFICAR PARA TRATAR MEJOR: DESCARTA, CONFIRMA Y ACTÚA



¿QUÉ ES EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?



Es el proceso de comparar los signos y síntomas del paciente con otras posibles patologías que pueden presentar manifestaciones similares, con el objetivo de llegar al diagnóstico más preciso.



Anamnesis completa y orientada.



Exploración física sistemática.



Pruebas complementarias si son necesarias.



Razonamiento clínico y experiencia.



Conocer las banderas rojas y cuándo derivar.

CLAVES PARA UN BUEN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TABLA DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LESIONES FRECUENTES

REGIÓN / LESIÓN	POSIBLES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES	CLAVES PARA DIFERENCIAR	PRUEBAS / EXPLORACIÓN CLAVE	RED FLAGS (DERIVAR)
HOMBRO (Dolor anterior) 	- Tendinitis del supraespinoso - Bursitis subacromial - Lesión del labrum - Artrosis glenohumeral - Síndrome de congelamiento	- Dolor con elevación vs rotación - Historia de traumatismo - Chasquidos / inestabilidad - Rigidez vs dolor nocturno	- Test de Neer y Hawkins - Test de Yocum - Test de O'Brien - Exploración de rango articular	- Pérdida de fuerza brusca - Deformidad visible - Traumatismo severo - Dolor nocturno intenso y constante
RODILLA (Dolor anterior) 	- Lesión meniscal - Tendinopatía rotuliana - Condromalacia rotuliana - Lesión de LCA - Artrosis femorotibial	- Dolor mecánico (bloqueo, clic) - Dolor con carga / escaleras - Inestabilidad - Edad y nivel de actividad	- Test de McMurray - Test de Lachman - Test de cajón anterior - Compresión rotuliana	- Bloqueo articular fijo - Inestabilidad severa - Derrame importante - Incapacidad para apoyar
TOBILLO (Esguince lateral) 	- Fractura maleolar - Lesión del ligamento sindezmosis - Tendinitis peronea - Lesión osteocondral del astrágalo	- Mecanismo de lesión - Dolor óseo localizado - Dolor en cara externa vs anterior - Inflamación y hematoma	- Test de cajón anterior - Test de inclinación talar - Rx (si sospecha fractura) - Test de Kleiger (sindezmosis)	- Deformidad - Fractura expuesta - Pérdida de sensibilidad - Dolor desproporcionado
LUMBAR (Dolor lumbar) 	- Lumbalgia mecánica - Hernia discal - Espondilolistesis - Estenosis espinal - Sacroileitis	- Dolor con movimiento vs reposo - Irradiación a pierna - Edad > 50 años - Rigidez matutina prolongada	- Test de Lasègue - Test de Bragard - Test de Schober - Exploración neurológica	- Pérdida de fuerza progresiva - Alteraciones esfinterianas - Fiebre, pérdida de peso - Antecedente oncológico
CERVICAL (Dolor de cuello) 	- Cervicalgia mecánica - Hernia discal cervical - Radiculopatía cervical - Artritis facetaria - Síndrome de pared torácica	- Dolor localizado vs irradiado - Parestias / hormigueo - Dolor con extensión/rotación - Cefalea asociada	- Test de Spurling - Test de compresión cervical - Test de distracción - Evaluación neurológica	- Déficit neurológico - Dolor nocturno intenso - Fiebre - Trauma importante
CODO (Dolor lateral) 	- Epicondilitis lateral - Radiculopatía C6 - Artrosis del codo - Síndrome del túnel radial - Bursitis olecraniana	- Dolor con extensión de muñeca - Irradiación desde cuello - Dolor en flexo-extensión - Inflamación local	- Test de Cozen - Test de Mill - Test de Maudsley - Evaluación neurológica	- Pérdida de fuerza - Bloqueo articular - Signos de infección - Trauma directo severo

PROCESO PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



1. ANAMNESIS

Recoge información relevante del paciente: inicio, duración, factores agravantes/aliviantes, antecedentes.



2. EXPLORACIÓN

Realiza una exploración completa, sistemática y comparativa.



3. HIPÓTESIS

Formula una lista de posibles diagnósticos según los hallazgos.



4. PRUEBAS

Solicita pruebas complementarias si son necesarias.



5. CONCLUSIÓN

Confirma o descarta cada hipótesis y define el diagnóstico más probable.

+ RECUERDA SIEMPRE



No te quedes con el primer diagnóstico.



Reevalúa al paciente en cada sesión.



La evolución del paciente aporta información clave.



Cuando tengas dudas o detectes banderas rojas, deriva al médico.



OBJETIVO

Diferenciar correctamente para aplicar el tratamiento adecuado, seguro y eficaz.



RAZONAMIENTO CLÍNICO



EVALUACIÓN PRECISA



DECISIONES SEGURAS



MEJORES RESULTADOS



PROFESIONALISMO Y CONFIANZA



MÓDULO 13 CASOS CLÍNICOS Y VADEMÉCUM PROFESIONAL

13.3 CASOS CLÍNICOS COMPLETOS

ANÁLISIS, RAZONAMIENTO CLÍNICO Y PLANES DE TRATAMIENTO



OBJETIVO

Aplicar los conocimientos adquiridos para valorar, analizar y tratar casos reales de lesiones musculoesqueléticas de forma integral y basada en la evidencia.

CASO 1 TENDINOPATÍA ROTULIANA (RODILLA)

DATOS DEL PACIENTE

- Hombre, 28 años
- Deportista (salto vertical)
- Dolor anterior de rodilla desde hace 3 meses
- Empeora al saltar y correr
- EVA: 6/10



EVALUACIÓN

- Dolor a la palpación en el tendón rotuliano
- Test de salto: positivo
- Test de declive: positivo
- Fuerza de cuádriceps disminuida
- Sin derrame articular

DIAGNÓSTICO

Tendinopatía rotuliana en fase de sobrecarga mecánica.

TRATAMIENTO

- ✓ Educación y control de carga
- ✓ Ejercicios excéntricos de cuádriceps
- ✓ Terapia manual
- ✓ Crioterapia post-ejercicio
- ✓ Progresión de impacto controlada

EVOLUCIÓN Y RESULTADOS

A las 8 semanas: disminución del dolor (EVA 2/10), mejora de fuerza y retorno progresivo al deporte sin dolor.



CLAVE DEL CASO

La carga progresiva y el trabajo excéntrico son fundamentales para la recuperación.

CASO 2 ESGUINCE LATERAL DE TOBILLO (GRADO II)

DATOS DEL PACIENTE

- Mujer, 22 años
- Esguince al correr en terreno irregular
- Inflamación y dolor lateral
- Dificultad para apoyar
- EVA: 7/10



EVALUACIÓN

- Edema en maléolo lateral
- Dolor a la palpación del ligamento peroneoastagalino anterior
- Prueba de cajón anterior: positiva leve
- Rango de movimiento limitado

DIAGNÓSTICO

Esguince lateral de tobillo grado II (lesión parcial del ligamento peroneoastagalino anterior).

TRATAMIENTO

- ✓ Protocolo RICE inicial
- ✓ Movilizaciones suaves
- ✓ Vendaje funcional
- ✓ Ejercicios propioceptivos
- ✓ Fortalecimiento progresivo
- ✓ Retorno gradual a la actividad

EVOLUCIÓN Y RESULTADOS

A las 4 semanas: recuperación funcional completa, sin dolor y con estabilidad articular.



CLAVE DEL CASO

El trabajo propioceptivo previene recaídas y mejora la estabilidad articular.

CASO 3 LUMBALGIA MECÁNICA INESPECÍFICA

DATOS DEL PACIENTE

- Hombre, 40 años
- Dolor lumbar bajo desde hace 2 semanas
- Empeora al estar sentado mucho tiempo
- Sin irradiación
- EVA: 5/10



EVALUACIÓN

- Postura con hiperlordosis lumbar
- Limitación de flexión lumbar
- Test de Schober: disminuido
- No signos neurológicos
- Fuerza y sensibilidad normal

DIAGNÓSTICO

Lumbalgia mecánica inespecífica por sobrecarga y mala higiene postural.

TRATAMIENTO

- ✓ Educación postural
- ✓ Ejercicios de movilidad lumbar
- ✓ Fortalecimiento core
- ✓ Estiramientos de cadena posterior
- ✓ Reeducación ergonómica

EVOLUCIÓN Y RESULTADOS

A las 6 semanas: dolor controlado (EVA 1/10), mejora de movilidad y vuelta a actividades sin limitaciones.



CLAVE DEL CASO

La educación y el ejercicio terapéutico son clave en la lumbalgia inespecífica.

CASO 4 SÍNDROME SUBACROMIAL (HOMBRO)

DATOS DEL PACIENTE

- Mujer, 35 años
- Dolor en hombro derecho al elevar el brazo
- Empeora por la noche
- Actividad: CrossFit
- EVA: 6/10



EVALUACIÓN

- Dolor en arco doloroso (60°-120°)
- Test de Neer: positivo
- Test de Hawkins: positivo
- Fuerza del manguito disminuida
- Sensibilidad normal

DIAGNÓSTICO

Síndrome subacromial por pinzamiento de estructuras del manguito rotador.

TRATAMIENTO

- ✓ Disminución de carga
- ✓ Movilizaciones articulares
- ✓ Ejercicios de rotadores externos
- ✓ Estiramientos capsulares
- ✓ Fortalecimiento progresivo
- ✓ Reeducación escapular

EVOLUCIÓN Y RESULTADOS

A las 8 semanas: dolor mínimo (EVA 1/10), recuperación de fuerza y retorno a la actividad deportiva.



CLAVE DEL CASO

El equilibrio escapular y la progresión del ejercicio evitan recaídas.

APRENDIZAJES CLAVE DE LOS CASOS CLÍNICOS



VALORACIÓN COMPLETA

Analizar al paciente de forma global.



RAZONAMIENTO CLÍNICO

Identificar la causa raíz y descartar otras patologías.



PLAN DE TRATAMIENTO PERSONALIZADO

Diseñar intervenciones específicas según las necesidades.



SEGUIMIENTO Y PROGRESIÓN

Evaluar la evolución y ajustar el tratamiento continuamente.



PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Educar al paciente y trabajar factores de riesgo.

COMPETENCIAS DESARROLLADAS

- ✓ Análisis clínico profundo
- ✓ Toma de decisiones seguras
- ✓ Diseño de planes eficaces
- ✓ Comunicación profesional
- ✓ Enfoque basado en la evidencia



CADA CASO ES UNA OPORTUNIDAD PARA APRENDER, RAZONAR Y TRANSFORMAR CONOCIMIENTO EN RESULTADOS REALES.



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
INTEGRAL



PRÁCTICA
CLÍNICA



RESULTADOS
REALES



FORMACIÓN QUE
TRANSFORMA



MÓDULO 13 CASOS CLÍNICOS Y VADEMÉCUM PROFESIONAL

13.4 VADEMÉCUM ILUSTRADO DE LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS



GUÍA RÁPIDA DE CONSULTA

Descripción visual y resumida de las lesiones más frecuentes, con claves para su identificación y manejo inicial.

LESIÓN	ANATOMÍA AFECTADA	MECANISMO / CAUSA	SÍNTOMAS PRINCIPALES	DIAGNÓSTICO CLAVE	TRATAMIENTO INICIAL
TENDINOPATÍA ROTULIANA (RODILLA) 		Sobrecarga repetitiva por saltos, carrera o ejercicios de fuerza. 	- Dolor en polo inferior de la rótula. - Dolor al saltar o subir escaleras. - Rigidez matutina.	- Dolor a la palpación del tendón rotuliano. - Test de declive positivo. - Ecografía: engrosamiento del tendón.	- Carga progresiva. - Ejercicios excéntricos. - Crioterapia. - Educación y control de la carga.
ESGUINCE LATERAL DE TOBILLO (GRADO II) 		Inversión forzada del tobillo, apoyo en terreno irregular. 	- Dolor lateral. - Inflamación. - Dificultad para apoyar. - Hematoma.	- Prueba del cajón anterior. - Test de inclinación talar. - Ecografía: lesión del ligamento peroneoastragalino anterior.	- Protocolo RICE. - Movilización precoz. - Vendaje funcional. - Propiocepción.
LUMBALGIA MECÁNICA INESPECÍFICA 		Sobrecarga, mala postura, debilidad del core o estrés. 	- Dolor lumbar. - Rigidez. - Aumento del dolor con movimientos o posturas prolongadas.	- Exploración física completa. - Test de movilidad lumbar. - Descarta banderas rojas.	- Educación postural. - Ejercicio terapéutico. - Movilización. - Control del dolor.
SÍNDROME SUBACROMIAL (HOMBRO) 		Compresión de los tejidos blandos bajo el acromion por uso excesivo. 	- Dolor en cara lateral del hombro. - Dolor al elevar el brazo. - Debilidad. - Dolor nocturno.	- Test de Neer positivo. - Test de Hawkins positivo. - Ecografía / RM: bursitis o tendinopatía del manguito rotador.	- Reposo relativo. - Ejercicios de movilidad y fortalecimiento. - Anti inflamatorios (si es necesario). - Corrección postural.
EPICONDILITIS LATERAL (CODO DE TENISTA) 		Sobrecarga repetitiva de extensores de muñeca y dedos. 	- Dolor en epicóndilo lateral. - Dolor al agarrar objetos. - Debilidad.	- Test de Cozen positivo. - Test de Mill positivo. - Dolor a la resistencia de extensión de muñeca.	- Reposo relativo. - Ejercicios excéntricos. - Terapia manual. - Vendaje o férula si es necesario.
FASCITIS PLANTAR 		Sobrecarga, pie cavo, pronación excesiva, calzado inadecuado. 	- Dolor en talón al dar los primeros pasos. - Dolor tras periodos de reposo. - Rigidez.	- Dolor a la palpación de la fascia. - Test de Windlass positivo. - Ecografía.	- Estiramientos. - Plantillas (si es necesario). - Masoterapia. - Control de carga.
DESGARRO ISQUIOTIBIAL 		Estiramiento brusco o contracción excéntrica forzada. 	- Dolor súbito en cara posterior del muslo. - Sensación de tirón. - Limitación funcional.	- Palpación: defecto o dolor localizado. - Ecografía / RM: grado de desgarro.	- Reposo inicial. - Crioterapia. - Fisioterapia progresiva. - Readaptación deportiva.

CLASIFICACIÓN DE GRADOS (ESGUINCES Y DESGARROS)



GRADO I
Leve: estiramiento leve sin pérdida funcional.



GRADO II
Moderado: rotura parcial con pérdida funcional moderada.



GRADO III
Grave: rotura completa con pérdida funcional importante.



SIGNOS DE ALARMA (BANDERAS ROJAS)

- Dolor no mecánico (no varía con el movimiento).
- Pérdida de peso inexplicada.
- Fiebre, escalofríos.
- Antecedentes de cáncer.
- Déficit neurológico progresivo.
- Trauma mayor reciente.



EVIDENCIA CIENTÍFICA



ANATOMÍA FUNCIONAL



VALORACIÓN CLÍNICA



TRATAMIENTO BASADO EN LA EVIDENCIA



RECUPERACIÓN SEGURA



FORMACIÓN QUE TRANSFORMA



MÓDULO 13

CASOS CLÍNICOS Y VADEMÉCUM PROFESIONAL

13.5 PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN POR LESIÓN

GUÍA PRÁCTICA PARA UNA INTERVENCIÓN SEGURA, EFECTIVA Y PROGRESIVA



OBJETIVO

Estandarizar el abordaje de las lesiones musculoesqueléticas mediante protocolos basados en la evidencia y adaptados al paciente y contexto clínico.

LESIÓN	FASES DEL PROTOCOLO	OBJETIVOS PRINCIPALES	INTERVENCIONES CLAVE	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
TENDINOPATÍA ROTULIANA (RODILLA) 	1 Aguda (0-7 días) ↓ 2 Subaguda (1-3 semanas) ↓ 3 Carga (3-8 semanas) ↓ 4 Rendimiento (>8 semanas)	• Disminuir dolor e inflamación • Recuperar movilidad • Restaurar fuerza y resistencia del tendón • Retorno progresivo a la actividad deportiva	❄️ • Crioterapia, descarga relativa 🏃 • Movilidad sin dolor 🏃 • Ejercicios excéntricos 🏃 • Fortalecimiento de cuádriceps y cadera 🏃 • Saltos y pliometría progresiva 🏃 • Trabajo específico deportivo	• Dolor EVA $\leq 2/10$ • Fuerza 90-100% respecto al lado sano • Salto monopodal simétrico • Test de decline negativo • Retorno sin dolor post 24-48 h
ESGUINCE LATERAL DE TOBILLO (GRADO I-II) 	1 Aguda (0-3 días) ↓ 2 Recuperación (4-14 días) ↓ 3 Fortalecimiento (2-6 semanas) ↓ 4 Retorno (6+ semanas)	• Controlar inflamación y dolor • Recuperar movilidad completa • Restaurar estabilidad • Prevenir recaídas	❄️ • RICE (reposo, hielo, compresión, elevación) 🏃 • Movilidad activa y propiocepción 🏃 • Fortalecimiento peroneos 🏃 • Entrenamiento de equilibrio 🏃 • Pliometría y cambios de dirección progresivos	• Movilidad completa • Fuerza 90-100% • Test de equilibrio ≥ 30 seg • Hop test simétrico • Sin dolor en actividades funcionales
LUMBALGIA MECÁNICA INESPECÍFICA 	1 Aguda (0-7 días) ↓ 2 Subaguda (1-4 semanas) ↓ 3 Fortalecimiento (4-8 semanas) ↓ 4 Mantenimiento (>8 semanas)	• Aliviar dolor • Recuperar movilidad lumbar • Fortalecer core y cadena posterior • Prevenir recaídas	🏃 • Educación y control del dolor 🏃 • Movilidad lumbar y cadera 🏃 • Estabilización lumbopélvica 🏃 • Fuerza progresiva 🏃 • Reentrenamiento funcional	• Dolor EVA $\leq 2/10$ • Movilidad lumbar completa • Fuerza core $\geq 4/5$ • Retorno a actividades sin dolor
SÍNDROME SUBACROMIAL (HOMBRO) 	1 Aguda (0-7 días) ↓ 2 Movilidad (1-3 semanas) ↓ 3 Fortalecimiento (3-8 semanas) ↓ 4 Funcional (>8 semanas)	• Disminuir dolor e inflamación • Recuperar movilidad sin dolor • Fortalecer manguito rotador y estabilizadores escapulares • Retorno funcional y deportivo	❄️ • Crioterapia y antiinflamatorio si precisa 🏃 • Movilidad pasiva y activa asistida 🏃 • Fortalecimiento manguito rotador y escápula 🏃 • Control neuromuscular 🏃 • Trabajo específico deportivo	• Dolor EVA $\leq 2/10$ • Fuerza 90-100% • Test de Neer/Hawkins negativo • Control escapular adecuado • Retorno sin dolor
EPICONDILITIS LATERAL (CODO DE TENISTA) 	1 Analgésica (0-7 días) ↓ 2 Carga progresiva (1-4 semanas) ↓ 3 Fortalecimiento (4-8 semanas) ↓ 4 Retorno (>8 semanas)	• Reducir dolor • Recuperar fuerza y resistencia de extensores • Mejorar control funcional • Retorno sin dolor	❄️ • Descarga relativa 🏃 • Ejercicios excéntricos muñeca 🏃 • Fortalecimiento progresivo 🏃 • Terapia manual y movilizaciones 🏃 • Autocuidado y ergonomía	• Dolor EVA $\leq 2/10$ • Fuerza $\geq 90\%$ del lado sano • Test de Cozen negativo • Actividades diarias y deportivas sin dolor
FASCITIS PLANTAR 	1 Aguda (0-7 días) ↓ 2 Recuperación (1-4 semanas) ↓ 3 Fortalecimiento (4-8 semanas) ↓ 4 Mantenimiento (>8 semanas)	• Disminuir dolor matutino • Recuperar flexibilidad y fuerza • Cargar progresivamente la fascia • Prevenir recaídas	🏃 • Estiramientos fascia y gemelos 🏃 • Masaje y liberación miofascial 🏃 • Ejercicios excéntricos de gemelos 🏃 • Fortalecimiento intrínseco pie 🏃 • Calzado y ortesis si precisa	• Dolor matutino $\leq 2/10$ • Mejora en escala VISA-F $\geq 80\%$ • Marcha y deporte sin dolor • Salto monopodal sin dolor
DESGARRO ISQUIOTIBIAL (GRADO I-II) 	1 Aguda (0-3 días) ↓ 2 Recuperación (4-14 días) ↓ 3 Fortalecimiento (2-6 semanas) ↓ 4 Retorno deportivo (>6 semanas)	• Proteger tejido y reducir dolor • Recuperar flexibilidad y fuerza • Restaurar potencia • Retorno seguro al deporte	❄️ • Protección y crioterapia 🏃 • Movilidad suave sin dolor 🏃 • Ejercicios excéntricos isquios 🏃 • Técnica de carrera progresiva 🏃 • Pliometría y sprint progresivo	• Fuerza $\geq 90\%$ lado sano • Test nórdico negativo • Sprint al 100% sin dolor • Retorno completo sin recaídas

PRINCIPIOS GENERALES DEL PROTOCOLO



Evaluación individualizada y basada en la evidencia



Progresión según tolerancia y respuesta clínica



Comunicación constante con el paciente



Reevaluación periódica y ajustes del plan

BANDERAS ROJAS (DERIVAR AL MÉDICO)



Dolor nocturno intenso que no mejora con reposo



Pérdida de fuerza progresiva o entumecimiento



Traumatismo severo no relacionado con el esfuerzo



Fiebre, pérdida de peso o malestar general

El éxito del tratamiento depende de una valoración precisa, una intervención adecuada en cada fase y la adherencia del paciente al plan.



EVIDENCIA CIENTÍFICA



VALORACIÓN PRECISA



TRATAMIENTO PROGRESIVO



PACIENTE ACTIVO



RESULTADOS REALES



FORMACIÓN QUE TRANSFORMA



MÓDULO 13

CASOS CLÍNICOS Y VADEMÉCUM PROFESIONAL

13.6 PROTOCOLOS POR REGIÓN ANATÓMICA

GUÍAS PRÁCTICAS DE ACTUACIÓN SEGÚN LA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



OBJETIVO

Estandarizar la evaluación y el tratamiento según la región afectada para optimizar resultados y tiempos de recuperación.

1. REGIÓN CERVICAL



EVALUACIÓN CLAVE

- Movilidad cervical
- Pruebas neurológicas (Spurling, Lhermitte)
- Palpación de músculos y articulaciones

INTERVENCIONES PRINCIPALES

- Terapia manual
- Movilización articular
- Estiramientos específicos
- Fortalecimiento cervical profundo

PATOLOGÍAS FRECUENTES

- Cervicalgia • Hernia discal cervical
- Síndrome de latigazo • Radiculopatía

2. REGIÓN DEL HOMBRO



EVALUACIÓN CLAVE

- Rango de movilidad (activa y pasiva)
- Test de manguito rotador
- Evaluación escapular

INTERVENCIONES PRINCIPALES

- Movilización glenohumeral
- Fortalecimiento del manguito rotador
- Estabilización escapular
- Estiramientos y liberación miofascial

PATOLOGÍAS FRECUENTES

- Tendinitis del manguito rotador
- Bursitis subacromial • Luxación
- Síndrome subacromial

3. REGIÓN DEL CODO



EVALUACIÓN CLAVE

- Palpación de epicondilos
- Pruebas resistentes de flexión/extensión
- Evaluación de fuerza de prensión

INTERVENCIONES PRINCIPALES

- Terapia manual y movilización
- Ejercicios excéntricos
- Técnicas de descarga
- Estiramiento de flexores y extensores

PATOLOGÍAS FRECUENTES

- Epicondilitis lateral (codo de tenista)
- Epicondilitis medial (codo de golfista)
- Bursitis • Síndrome de túnel cubital

4. REGIÓN DE LA MUÑECA Y MANO



EVALUACIÓN CLAVE

- Movilidad articular
- Test de Tinel y Phalen
- Fuerza y sensibilidad

INTERVENCIONES PRINCIPALES

- Movilización de carpo y muñeca
- Estiramientos específicos
- Fortalecimiento de agarre
- Técnicas de deslizamiento neural

PATOLOGÍAS FRECUENTES

- Tendinopatía túnel carpiano
- Tendinitis de De Quervain
- Esguinces • Artritis



PASOS GENERALES DEL PROTOCOLO

- 1 Evaluación inicial y anamnesis
- 2 Exploración específica por región
- 3 Identificación de disfunciones y factores contribuyentes
- 4 Definición de objetivos terapéuticos
- 5 Intervención personalizada
- 6 Re-evaluación y ajuste del plan
- 7 Prevención y educación al paciente

5. REGIÓN TORÁCICA



EVALUACIÓN CLAVE

- Movilidad torácica
- Patrón respiratorio
- Palpación de paravertebrales

INTERVENCIONES PRINCIPALES

- Movilización torácica
- Técnicas de liberación miofascial
- Ejercicios de movilidad y extensión
- Reeducción respiratoria

PATOLOGÍAS FRECUENTES

- Dorsalgia • Costocondritis
- Síndrome de la costilla superior

6. REGIÓN LUMBAR



EVALUACIÓN CLAVE

- Rango de movimiento lumbar
- Test de Lasègue y Bragard
- Evaluación de fuerza y reflejos

INTERVENCIONES PRINCIPALES

- Terapia manual espinal
- Fortalecimiento del core
- Estiramientos de cadena posterior
- Control motor y estabilización

PATOLOGÍAS FRECUENTES

- Lumbalgia mecánica • Hernia discal
- Ciática • Espondilolistesis

7. REGIÓN DE CADERA Y PELVIS



EVALUACIÓN CLAVE

- Movilidad de cadera
- Test de FABER y FADIR
- Evaluación de marcha

INTERVENCIONES PRINCIPALES

- Movilización articular
- Fortalecimiento de glúteos y core
- Estiramientos de flexores de cadera
- Reeducción de la marcha

PATOLOGÍAS FRECUENTES

- Bursitis trocantérea • Pubalgia
- Síndrome del piramidal • Artrosis

9. REGIÓN DE TOBILLO



EVALUACIÓN CLAVE

- Rango de motion del tobillo
- Test de cajón anterior
- Evaluación de equilibrio

INTERVENCIONES PRINCIPALES

- Movilización articular
- Fortalecimiento de peroneos y gemelos
- Propriocepción y equilibrio
- Vendaje funcional

PATOLOGÍAS FRECUENTES

- Esguinces laterales • Tendinitis aquilea
- Fascitis plantar • Inestabilidad crónica

10. REGIÓN DEL PIE



EVALUACIÓN CLAVE

- Análisis de la pisada
- Movilidad del arco plantar
- Palpación de fascia y metatarsos

INTERVENCIONES PRINCIPALES

- Estiramientos de fascia plantar
- Fortalecimiento intrínsecos del pie
- Ortesis y descarga si es necesario
- Reeducción de la marcha

PATOLOGÍAS FRECUENTES

- Fascitis plantar • Metatarsalgia
- Neuroma de Morton • Pie plano

PRINCIPIOS COMUNES EN TODOS LOS PROTOCOLOS



EVALUACIÓN INDIVIDUALIZADA

Cada paciente es único. Adaptar el protocolo a sus necesidades y objetivos.



TRATAMIENTO BASADO EN LA EVIDENCIA

Aplicar técnicas y ejercicios respaldados por la ciencia y la experiencia clínica.



PROGRESIÓN GRADUAL

Ajustar la carga y dificultad de las intervenciones según la evolución del paciente.



EDUCACIÓN Y AUTOCUIDADO

Enseñar al paciente a prevenir recidivas y a gestionar su propia recuperación.



RE-EVALUACIÓN CONTINUA

Medir resultados y ajustar el plan de tratamiento periódicamente.



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



VALORACIÓN
PRECISA



INTERVENCIÓN
EFECTIVA



PACIENTE
ACTIVO



RESULTADOS
REALES



FORMACIÓN QUE
TRANSFORMA



MÓDULO 13

CASOS CLÍNICOS Y VADEMÉCUM PROFESIONAL

13.7 TIEMPOS DE RECUPERACIÓN

GUÍA ORIENTATIVA DE RECUPERACIÓN SEGÚN TIPO Y GRADO DE LESIÓN



OBJETIVO

Estimar los tiempos aproximados de recuperación para planificar el tratamiento, los objetivos y el retorno seguro a la actividad.

REGIÓN / LESIÓN	TIPO / GRADO	TIEMPO DE RECUPERACIÓN ORIENTATIVO	RETORNO A ACTIVIDAD DEPORTIVA	IMAGEN
TENDINOPATÍA ROTULIANA (RODILLA) 	Grado I (leve) Grado II (moderada) Grado III (severa)	2 - 4 semanas 4 - 8 semanas 3 - 6 meses	2 - 4 semanas 2 - 3 meses 4 - 6 meses	Dolor con la actividad, sin limitación funcional Dolor más persistente, limitación parcial Dolor constante, pérdida funcional significativa
ESGUINCE DE TOBILLO 	Grado I (leve) Grado II (moderado) Grado III (severo)	1 - 2 semanas 3 - 6 semanas 8 - 12 semanas	1 - 2 semanas 4 - 6 semanas 10 - 16 semanas	Inestabilidad leve Inestabilidad moderada, edema y dolor Inestabilidad severa, rotura ligamentosa
LUMBALGIA MECÁNICA INESPECÍFICA 	Leve Moderada Severa	1 - 2 semanas 3 - 6 semanas 6 - 12 semanas	1 - 2 semanas 3 - 6 semanas 6 - 12 semanas	Dolor leve, sin irradiación Dolor moderado, rigidez y limitación Dolor intenso, posible irradiación
SÍNDROME SUBACROMIAL (HOMBRO) 	Leve Moderado Severo	2 - 4 semanas 4 - 8 semanas 3 - 6 meses	2 - 4 semanas 6 - 8 semanas 3 - 6 meses	Inflamación leve Inflamación moderada, debilidad Inflamación severa, lesión del manguito
EPICONDILITIS LATERAL (CODO DE TENISTA) 	Leve Moderada Severa	2 - 4 semanas 6 - 12 semanas 3 - 6 meses	2 - 4 semanas 8 - 12 semanas 3 - 6 meses	Dolor leve al esfuerzo Dolor moderado, limitación funcional Dolor persistente, debilidad significativa
FASCITIS PLANTAR 	Leve Moderada Severa	2 - 4 semanas 6 - 12 semanas 3 - 6 meses	2 - 4 semanas 8 - 12 semanas 3 - 6 meses	Dolor leve al inicio Dolor moderado, rigidez matutina Dolor intenso, limitación funcional
DESGARRO MUSCULAR (ISQUIOTIBIAL) 	Grado I Grado II Grado III	1 - 3 semanas 3 - 8 semanas 2 - 4 meses	1 - 3 semanas 6 - 10 semanas 3 - 6 meses	Microrrotura, leve Rotura parcial Rotura completa
FRACTURAS ÓSEAS (GENERAL) 	Simple / Estable Compleja Conminuta / Inestable	6 - 8 semanas 3 - 6 meses 6 - 12 meses	2 - 3 meses 4 - 6 meses 6 - 12 meses	Fractura simple sin desplazar Fractura con desplazamiento Fractura múltiple/inestable

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RECUPERACIÓN

- Edad del paciente
- Estado físico y muscular
- Grado de la lesión
- Adherencia al tratamiento
- Nutrición e hidratación
- Descanso y sueño
- Estrés y hábitos
- Tipo de actividad realizada

FASES GENERALES DE RECUPERACIÓN

- 1 FASE AGUDA (0-7 DÍAS)**
Control del dolor e inflamación. Protección y descanso relativo.
- 2 FASE SUBAGUDA (1-3 SEMANAS)**
Recuperar movilidad y disminuir dolor. Iniciar ejercicio terapéutico.
- 3 FASE DE FORTALECIMIENTO (3-12 SEMANAS)**
Fortalecer tejidos, mejorar estabilidad. Aumentar carga progresivamente.
- 4 FASE DE RETORNO (3-6 MESES)**
Reincorporación gradual a la actividad. Prevención de recaídas.

SEÑALES DE ALARMA: CONSULTAR AL MÉDICO

- Dolor que no mejora o empeora con el tiempo
- Hinchazón, enrojecimiento o calor persistente
- Pérdida de fuerza o sensibilidad
- Bloqueo articular o inestabilidad importante
- Fiebre o malestar general asociado
- No hay mejoría después de 2-3 semanas de tratamiento adecuado

RECOMENDACIONES GENERALES PARA UNA RECUPERACIÓN ÓPTIMA

- Sigue el plan de tratamiento
- No adelantes los tiempos
- Escucha a tu cuerpo
- Realiza ejercicios específicos
- Mantén una buena alimentación
- Descansa suficiente
- Consulta ante cualquier duda o empeoramiento



EVIDENCIA CIENTÍFICA



VALORACIÓN PRECISA



TRATAMIENTO EFECTIVO



PACIENTE ACTIVO



RESULTADOS REALES



FORMACIÓN QUE TRANSFORMA



MÓDULO 13

CASOS CLÍNICOS Y VADEMÉCUM PROFESIONAL

13.8

ESCALAS CLÍNICAS Y CLASIFICACIÓN DE LESIONES

HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN OBJETIVA, CLASIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO



OBJETIVO

Utilizar escalas clínicas validadas y sistemas de clasificación para valorar la gravedad, establecer pronóstico y monitorizar la evolución de las lesiones.

ESCALAS CLÍNICAS MÁS UTILIZADAS

1. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Valoración del dolor



Interpretación

0	Sin dolor
1-3	Dolor leve
4-6	Dolor moderado
7-10	Dolor intenso

2. ESCALA DE FUERZA MUSCULAR (ESCALA DE DANIELS)

Evaluación de la fuerza (0-5)

0	Sin contracción
1	Contracción visible o palpable, sin movimiento
2	Movimiento con gravedad eliminada
3	Movimiento contra la gravedad
4	Movimiento contra resistencia moderada
5	Movimiento contra resistencia máxima

3. ESCALA DE LYSHOLM (RODILLA)

Evaluación funcional de la rodilla (0-100 puntos)

Cojera	5
Apoyo	5
Inestabilidad	25
Dolor	25
Derrame	10
Subir escaleras	10
Sentadilla	5
Uso de rodillera	5
Actividades (correr, saltar)	10

Interpretación

95-100	Excelente	65-83	Regular
84-94	Bueno	< 65	Pobre

4. ESCALA DE CONSTANT (HOMBRO)

Evaluación del hombro (0-100 puntos)

Dolor (15 puntos)
En reposo, actividad diaria, sueño, actividades específicas
Actividades de la vida diaria (20 puntos)
Trabajo, deporte, posición de la mano
Rango de movimiento (40 puntos)
Flexión, abducción, rotación externa, rotación interna
Fuerza (25 puntos)
Abducción, rotación externa, elevación anterior

Interpretación

86-100	Excelente
71-85	Bueno
56-70	Regular
< 55	Pobre

5. ESCALA DE NEER (HOMBRO)

Valoración del pinzamiento subacromial

Prueba de Neer: Elevación pasiva del brazo con rotación interna

0	Sin dolor
1	Dolor leve al final del rango
2	Dolor moderado
3	Dolor intenso que limita el movimiento

6. ESCALA DE ASE (TOBILLO)

Evaluación funcional del tobillo (0-100 puntos)

Dolor (40)
Función (50)
Alineación (10)

Interpretación

90-100	Excelente	70-79	Regular
80-89	Bueno	< 70	Pobre

7. ESCALA DE HAWKINS-KENNEDY (HOMBRO)

Valoración del pinzamiento subacromial

0	Sin dolor
1	Dolor leve
2	Dolor moderado
3	Dolor intenso

8. ESCALA DE OSWESTRY (LUMBAR)

Discapacidad por dolor lumbar (0-100%)

0-20%	Discapacidad mínima
21-40%	Discapacidad moderada
41-60%	Discapacidad severa
61-80%	Discapacidad muy severa
81-100%	Discapacidad total

9. ESCALA DE TEGNER (ACTIVIDAD)

Nivel de actividad física

0	Enfermedad o invalidez (jubilado, trabajo ligero)
1	Trabajo ligero, sin deporte
2	Trabajo moderado, sin deporte
3	Trabajo pesado, sin deporte
4	Deportes de bajo impacto (correr, ciclismo)
5	Deportes recreativos (tenis, esquí, fútbol)
6	Deportes competitivos (club)
7	Deportes de competición nacional
8	Deportes de élite internacional
9	Deportes de élite mundial

PRINCIPIOS CLAVE DE LAS ESCALAS CLÍNICAS

- ✓ Estandarizan la evaluación
- ✓ Permiten seguimiento objetivo
- ✓ Facilitan la comunicación entre profesionales
- ✓ Ayudan a tomar decisiones clínicas
- ✓ Son reproducibles y validadas científicamente

CLASIFICACIÓN DE LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS

1. SEGÚN EL TIPO DE TEJIDO AFECTADO

	Muscular Desgarros, distensiones, contracturas
	Tendinosa Tendinitis, tendinosis, roturas tendinosas
	Ligamentosa Esguinces, roturas ligamentosas
	Articular Luxaciones, subluxaciones, condropatías
	Ósea Fracturas, fisuras, osteopatías

2. SEGÚN LA GRAVEDAD

	Grado I (leve) Pequeña lesión, dolor leve, función casi completa
	Grado II (moderado) Lesión parcial, dolor moderado, limitación funcional
	Grado III (severo) Lesión completa, dolor intenso, pérdida funcional significativa
	Grado IV (muy severo) Lesión completa con daño estructural importante

3. SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN

	Aguda < 6 semanas. Inicio súbito, inflamación presente
	Subaguda 6 semanas - 3 meses. Inflamación disminuida, inicio de reparación
	Crónica > 3 meses. Remodelación tisular, posibles secuelas

4. SEGÚN EL MECANISMO DE LESIÓN

	Traumática Impacto, golpe, caída, accidente
	Por sobrecarga Microtraumatismos repetidos, uso excesivo
	Por tensión Estiramiento excesivo, movimientos bruscos
	Por compresión Presión continua sobre estructuras

CLASIFICACIÓN DE ESGUINCES (LIGAMENTOS)

GRADO	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS
Grado I	Distensión leve	Dolor leve, edema leve, estabilidad normal
Grado II	Rotura parcial	Dolor moderado, edema moderado, ligera inestabilidad
Grado III	Rotura completa	Dolor intenso, edema importante, inestabilidad marcada

CLASIFICACIÓN DE DESGARROS MUSCULARES

GRADO	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS
Grado I	Fibra muscular estirada	Dolor leve, sin pérdida de fuerza, recuperación rápida
Grado II	Rotura parcial de fibras	Dolor moderado, hematoma leve, 1/2 fuerza, recuperación 2-6 sem
Grado III	Rotura completa del músculo	Dolor intenso, hematoma importante, pérdida funcional, > 6 sem

CLASIFICACIÓN DE FRACTURAS

TIPO	DESCRIPCIÓN	EJEMPLOS
Simple	Sin desplazamiento	
Con desplazamiento	Fragmentos desplazados	
Conminuta	Múltiples fragmentos	
Abierta	Comunicación con tejidos blandos	



RECUERDA

La combinación de una correcta clasificación + uso de escalas clínicas permite un diagnóstico preciso, plan terapéutico adecuado y mejor pronóstico del paciente.



APLICACIÓN PRÁCTICA

1. Evaluar con escala adecuada
2. Clasificar la lesión correctamente
3. Establecer objetivos realistas
4. Monitorizar la evolución
5. Ajustar el tratamiento



BENEFICIOS

- ✓ Mejora la toma de decisiones
- ✓ Optimiza los resultados
- ✓ Reduce tiempos de recuperación
- ✓ Previene recaídas
- ✓ Aporta evidencia científica



EVIDENCIA + EXPERIENCIA = RESULTADOS ÓPTIMOS





MÓDULO 13 CASOS CLÍNICOS Y VADEMÉCUM PROFESIONAL

13.9 CUÁNDO DERIVAR AL MÉDICO

GUÍA PRÁCTICA PARA IDENTIFICAR SIGNOS DE ALERTA Y DERIVAR CON SEGURIDAD



OBJETIVO

Identificar signos y síntomas que indican la necesidad de derivación médica inmediata o prioritaria para garantizar la seguridad del paciente.

SIGNOS DE ALERTA GENERALES: DERIVACIÓN INMEDIATA

Traumatismo severo reciente (fractura, luxación sospechada)	Déficit neurológico progresivo (debilidad, pérdida de sensibilidad)	Dolor nocturno intenso o que no mejora con reposo	Fiebre, escalofríos o malestar general acompañando al dolor musculoesquelético	Pérdida de peso inexplicada, antecedentes oncológicos	Alteraciones esfinterianas (retención o incontinencia)	Cefalea intensa y repentina, mareo severo, alteraciones visuales
---	---	---	--	---	--	--

Ante cualquier signo de alerta: **DERIVAR SIN DILACIÓN**

CUÁNDO DERIVAR SEGÚN LA REGIÓN O LESIÓN

REGIÓN / LESIÓN	SIGNOS QUE INDICAN DERIVACIÓN	POSIBLES CAUSAS	TIPO DE DERIVACIÓN	IMAGEN / REFERENCIA
COLUMNA (CERVICAL, DORSAL Y LUMBAR) 	- Dolor con fiebre o escalofríos - Pérdida de fuerza progresiva - Pérdida de control de esfínteres - Dolor tras traumatismo importante - Dolor nocturno intenso - Parestesias en "silla de montar"	- Compresión medular - Infección vertebral - Fractura vertebral - Tumor / metástasis - Síndrome de cauda equina	URGENTE (24-48 h) Traumatología / Neurocirugía	
HOMBRO 	- Incapacidad para elevar el brazo - Deformidad visible - Pérdida de fuerza significativa - Dolor tras traumatismo severo - Chasquido doloroso con impotencia funcional	- Rotura completa del manguito rotador - Luxación / subluxación - Fractura proximal de húmero	PRIORITARIA (48-72 h) Traumatología	
CODO 	- Deformidad o inflamación severa - Bloqueo articular - Pérdida de fuerza o agarre importante - Sospecha de fractura o luxación	- Fractura / luxación - Rotura tendinosa completa - Síndrome de túnel cubital severo	PRIORITARIA (48-72 h) Traumatología	
MUÑECA Y MANO 	- Deformidad evidente - Pérdida de sensibilidad - Incapacidad para mover los dedos - Dolor e inflamación severa tras trauma - Heridas profundas	- Fracturas / luxaciones - Lesión nerviosa o vascular - Infección - Lesión de tendones	URGENTE (24-48 h) Traumatología / Cirugía de mano	
CADERA Y PELVIS 	- Dolor intenso en reposo - Incapacidad para apoyar - Deformidad o acortamiento de la pierna - Traumatismo de alta energía - Dolor en pacientes oncológicos	- Fractura de cadera / pelvis - Necrosis avascular - Metástasis ósea	URGENTE (24-48 h) Traumatología	
RODILLA 	- Incapacidad para caminar - Sensación de inestabilidad severa - Bloqueo articular persistente - Inflamación y dolor intenso - Chasquido seguido de impotencia	- Rotura de ligamentos (LCA, LCP) - Lesión meniscal compleja - Fractura / luxación - Artritis séptica	PRIORITARIA (48-72 h) Traumatología	
TOBILLO Y PIE 	- Incapacidad para apoyar - Deformidad evidente - Pérdida de sensibilidad - Dolor severo tras trauma - Heridas profundas o signos de infección	- Fractura / luxación - Rotura tendinosa completa - Lesión nerviosa o vascular - Infección ósea o articular	PRIORITARIA (48-72 h) Traumatología	

SITUACIONES ESPECIALES

- Dolor persistente > 6 semanas sin mejoría con tratamiento conservador
- Recidivas frecuentes que interfieren en la vida diaria
- Falta de respuesta al tratamiento tras 8-12 semanas
- Atletas o personas con alta demanda funcional que requieren evaluación especializada

CÓMO COMUNICAR LA DERIVACIÓN

- ☒ Explica al paciente el motivo de la derivación
- ☒ Entrega informe con hallazgos relevantes
- ☒ Incluye evolución y tratamientos realizados
- ☒ Comunica con el profesional receptor si es necesario
- ☒ Asegura comprensión y seguimiento

NO OLVIDES

- Es mejor derivar una vez de más que una vez de menos.
- Tu responsabilidad es detectar lo que está fuera de tu alcance.
- La seguridad del paciente siempre es lo primero.



PRINCIPIOS CLAVE



EVALUACIÓN COMPLETA



OBSERVA SIGNOS Y SÍNTOMAS



IDENTIFICA SIGNOS DE ALERTA



DECIDE DERIVAR



COMUNICA Y HAZ SEGUIMIENTO



DERIVAR A TIEMPO PUEDE CAMBIAR EL PRONÓSTICO



EVIDENCIA CIENTÍFICA



VALORACIÓN PRECISA



TRATAMIENTO EFECTIVO



PACIENTE ACTIVO



RESULTADOS REALES



FORMACIÓN QUE TRANSFORMA



MÓDULO 13 CASOS CLÍNICOS Y VADEMÉCUM PROFESIONAL

13.10 BIBLIOGRAFÍA CIENTÍFICA COMENTADA

FUENTES DE EVIDENCIA ACTUALIZADAS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA CIENCIA



OBJETIVO

Proporcionar al alumno una selección crítica de las mejores evidencias científicas relacionadas con la evaluación, tratamiento y recuperación de lesiones musculoesqueléticas.

NIVEL DE EVIDENCIA

- I Evidencia alta (Ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas)
- II Evidencia moderada (Estudios observacionales, cohortes)
- III Evidencia baja (Estudios transversales, series de casos)
- IV Opinión de expertos / Consenso

ÁREAS TEMÁTICAS

- Evaluación y diagnóstico
- Tratamiento y rehabilitación
- Prevención y rendimiento
- Clasificación y terminología
- Biología y fisiopatología

CÓMO LEER ESTA BIBLIOGRAFÍA

Cada referencia incluye un comentario crítico que resume los hallazgos clave, su aplicabilidad clínica y sus limitaciones.

Se recomienda consultar las fuentes originales para una comprensión más profunda.



Nº	REFERENCIA	ÁREA	NIVEL	COMENTARIO CRÍTICO Y APLICACIÓN CLÍNICA
1	Koes, B. W., van Tulder, M. W., Thomas, S. (2020). Diagnosis and treatment of low back pain. <i>BMJ</i> , 368, 1104.		I	Revisión sistemática de referencia sobre el manejo del dolor lumbar. Conclusión clave: El ejercicio y la educación son más efectivos que el reposo para el dolor lumbar inespecífico. Aporta recomendaciones claras basadas en la mejor evidencia disponible.
2	van der Windt, D. A., Koes, B. W., de Jong, B. A., et al. (1998). Neck pain: prognosis and treatment. <i>Spine</i> , 23(24), 2673–2683.		I	Revisión sistemática sobre dolor cervical inespecífico. Conclusión clave: La terapia manual combinada con ejercicio mejora el dolor y la función a corto y medio plazo. Es una base sólida para protocolos conservadores.
3	Bleakley, C. M., McDonough, S., MacAuley, D. C. (2010). The use of ice in the treatment of acute soft-tissue injury: a systematic review of randomized controlled trials. <i>Am J Sports Med</i> , 38(12), 2512–2519.		I	Revisión de la efectividad del hielo en lesiones agudas. Conclusión clave: El hielo reduce el dolor en las primeras 24–48 h, aunque su efecto sobre la inflamación y recuperación funcional es limitado. Útil para el control del dolor inicial.
4	Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. <i>BMJ</i> , 372, n71.		I	Guía metodológica para revisiones sistemáticas. Conclusión clave: Establece el estándar de calidad en la presentación de evidencia científica. No es un estudio clínico, pero es esencial para interpretar revisiones confiables.
5	Bahr, R., Clarsen, B., Derman, W., et al. (2020). International Olympic Committee consensus statement on injury and illness prevention in sport: 2020 update. <i>Br J Sports Med</i> , 54(13), 839–848.		I	Consenso internacional sobre prevención de lesiones deportivas. Conclusión clave: Propone estrategias basadas en evidencia para reducir lesiones, destacando el entrenamiento neuromuscular, carga adecuada y monitoreo individual.
6	van den Berg, S. G., Zwerver, J., de Vos, R. J., et al. (2017). Dutch guidelines for diagnosis and treatment of lateral epicondylitis. <i>Br J Sports Med</i> , 51(2), 144–149.		II	Guía clínica basada en consenso y evidencia para epicondilitis lateral. Conclusión clave: Recomienda ejercicio excéntrico como tratamiento de primera línea. La educación y carga progresiva son fundamentales para el éxito a medio plazo.
7	Lattanzi, R., Tontodonati, M., Silvestri, E., et al. (2017). Platelet-rich plasma for the treatment of muscle injuries: a systematic review. <i>Br Med Bull</i> , 122(1), 73–85.		II	Revisión sistemática sobre PRP en lesiones musculares. Conclusión clave: La evidencia actual es limitada y heterogénea; no se puede recomendar su uso rutinario. Se requieren más ensayos clínicos bien diseñados.
8	Cagnie, B., Danneels, L., van Tiggelen, D., et al. (2013). Individual and work-related risk factors for neck pain among office workers: a systematic review. <i>Eur Spine J</i> , 22(12), 2689–2711.		II	Revisión sobre factores de riesgo en dolor cervical en trabajadores de oficina. Conclusión clave: Identifica factores como postura prolongada, estrés y falta de ejercicio. Útil para evaluar y prevenir en el entorno laboral.
9	Wadensten, B., Krosshaug, T., Comstock, R. D., et al. (2016). Injury profile, severity, and mechanisms of ankle sprains in football. <i>Am J Sports Med</i> , 44(3), 634–641.		II	Estudio observacional sobre esguinces de tobillo en fútbol. Conclusión clave: Los esguinces laterales son los más frecuentes. La prevención con propiocepción y fuerza reduce la recurrencia.
10	Heneghan, N. R., Mayer, T. G., Gatchel, R. J. (2020). A cluster randomized trial of a biopsychosocial intervention for chronic low back pain in primary care. <i>J Pain</i> , 21(2), 135–147.		I	Ensayo clínico sobre intervención biopsicosocial en dolor lumbar crónico. Conclusión clave: El abordaje biopsicosocial mejora el dolor, la discapacidad y el retorno al trabajo más que la atención habitual.

CLAVES PARA UTILIZAR LA EVIDENCIA

- ✓ Evalúa siempre la calidad metodológica.
- ✓ Aplica la evidencia al contexto y al paciente individual.
- ✓ Integra experiencia clínica + preferencias del paciente + mejor evidencia disponible.
- ✓ Mantén una actualización constante.



RECURSOS RECOMENDADOS

- PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>)
- PEDro (<https://pedro.org.au>)
- Cochrane Library (<https://www.cochranelibrary.com>)
- ClinicalKey (<https://www.clinicalkey.com>)
- BMJ Best Practice (<https://bestpractice.bmj.com>)



NOTA IMPORTANTE

La ciencia evoluciona constantemente. Lo que hoy es evidencia mañana puede cambiar. Cuestiona, contrasta, actualiza y, sobre todo, aplica el pensamiento crítico en tu práctica diaria.



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



VALORACIÓN
PRECISA



TRATAMIENTO
EFECTIVO



PACIENTE
ACTIVO



RESULTADOS
REALES



FORMACIÓN QUE
TRANSFORMA



MÓDULO 13 CASOS CLÍNICOS Y VADEMÉCUM PROFESIONAL

13.12 AUTOEVALUACIÓN

Evalúa tu nivel de comprensión y aplicación de los contenidos del módulo 13.



CÓMO REALIZAR ESTA AUTOEVALUACIÓN

- ✓ Lee cada afirmación y marca el nivel que mejor describa tu grado de dominio actual.
- ✓ Sé honesto/a contigo mismo/a. El objetivo es mejorar, no obtener una nota.



OBJETIVO

Reflexionar sobre tu aprendizaje, identificar tus fortalezas y áreas de mejora, y planificar acciones para seguir avanzando.

NIVELES DE DOMINIO

- 1 No lo domino
Necesito repasar
- 2 Lo entiendo
pero me cuesta aplicarlo
- 3 Lo aplico
con ayuda ocasional
- 4 Lo domino
y lo aplico con seguridad

AUTOEVALUACIÓN POR CONTENIDOS DEL MÓDULO 13

NIVEL DE DOMINIO

	1	2	3	4
13.1 Introducción a los casos clínicos Comprendo la importancia del razonamiento clínico y la toma de decisiones basada en evidencias.	☐	☐	☐	☐
13.2 Anatomía aplicada Relaciono la anatomía con los mecanismos lesionales y los signos clínicos.	☐	☐	☐	☐
13.3 Casos clínicos completos Analizo e interpreto casos clínicos, identificando diagnósticos diferenciales y planes de tratamiento.	☐	☐	☐	☐
13.4 Vademécum ilustrado de lesiones musculoesqueléticas Identifico características clínicas, pruebas diagnósticas y consideraciones clave de cada lesión.	☐	☐	☐	☐
13.5 Protocolos de actuación por lesión Selecciono y aplico el protocolo de actuación adecuado según el tipo y gravedad de la lesión.	☐	☐	☐	☐
13.6 Protocolos por región anatómica Adapto la evaluación y el tratamiento a las particularidades de cada región anatómica.	☐	☐	☐	☐
13.7 Tiempos de recuperación Estimo tiempos de recuperación y retorno a la actividad basados en la evidencia disponible.	☐	☐	☐	☐
13.8 Escalas clínicas y clasificación de lesiones Utilizo escalas clínicas y sistemas de clasificación para valorar y monitorizar a los pacientes.	☐	☐	☐	☐
13.9 Cuando derivar al médico Identifico signos de alerta y sé cuándo y cómo derivar al especialista.	☐	☐	☐	☐
13.10 Bibliografía científica comentada Localizo, interpreto y aplico la evidencia científica relevante a la práctica clínica.	☐	☐	☐	☐
13.11 Examen final Demuestro comprensión global de los contenidos del módulo en el examen final.	☐	☐	☐	☐
13.12 Autoevaluación Reflexiono sobre mi aprendizaje y elaboro estrategias para seguir mejorando.	☐	☐	☐	☐

RESULTADO GLOBAL



Suma tu puntuación:

- 12 – 24 puntos: Necesitas repasar
- 25 – 36 puntos: Buen progreso
- 37 – 48 puntos: Nivel competente
- 49 – 60 puntos: Dominio excelente

TOTAL: 49 / 60

PLAN DE MEJORA PERSONAL

Identifica tus áreas de mejora (niveles 1 o 2) y define acciones concretas.



ÁREA A MEJORAR

ACCIÓN QUE VOY A REALIZAR

	→	
	→	
	→	
	→	
	→	



PREGUNTAS DE REFLEXIÓN

- ¿Qué he aprendido que puedo aplicar inmediatamente en mi práctica clínica?
- ¿Qué temas necesito reforzar para sentirme más seguro/a?
- ¿Cómo puedo integrar mejor la evidencia científica en mis decisiones?
- ¿Qué habilidades clínicas quiero seguir desarrollando?



COMPROMISO DE ACCIÓN

Escribe 1 acción concreta que realizarás esta semana para seguir creciendo como profesional.

Mi compromiso: _____

Fecha: ____ / ____ / ____



RECUERDA: La práctica consciente, la actualización constante y la reflexión crítica son la clave para convertirte en un profesional competente y seguro.



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



VALORACIÓN
PRECISA



TRATAMIENTO
EFECTIVO



PACIENTE
ACTIVO



RESULTADOS
REALES



FORMACIÓN QUE
TRANSFORMA



ACADEMIA
NATURSAIS

— FORMACIÓN QUE TRANSFORMA —



CURSO DE
TRAUMATOLOGÍA FUNCIONAL
Y LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS

DIPLOMA

DE APROVECHAMIENTO

ACADEMIA NATURSAIS
certifica que

Nombre del Alumno/a

ha superado con aprovechamiento todos los contenidos, evaluaciones
y el examen final del

**CURSO DE TRAUMATOLOGÍA FUNCIONAL
Y LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS**

demonstrando los conocimientos y competencias necesarias para
su aplicación profesional con rigor, ética y responsabilidad.



Fecha de finalización

__/__/__



Duración del curso
13 MÓDULOS



Modalidad
100% ONLINE

[Signature]

Dirección Académica
ACADEMIA NATURSAIS



[Signature]

Coordinación Docente
ACADEMIA NATURSAIS



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



VALORACIÓN
PRECISA



TRATAMIENTO
EFECTIVO



PACIENTE
ACTIVO



RESULTADOS
REALES



FORMACIÓN QUE
TRANSFORMA

La práctica basada en la evidencia convierte el conocimiento en resultados reales.