



RAZONAMIENTO CLÍNICO Y ALGIAS DE COLUMNA

Profesor Marcelo Cano Cappellacci



Razonamiento clínico

- ⌘ Proceso de pensamiento, análisis y toma de decisiones, que es parte de la práctica clínica.
- ⌘ Según Butler nace de una mezcla entre lo mejor de:
 - ☑ Ciencia
 - ☑ Terapias actuales
 - ☑ Relación terapeuta/paciente



Razonamiento clínico

⌘ Ciencia:

- ☑ Ciencia Básica
- ☑ Marcadores de pronóstico
- ☑ Manejo por eficiencia
- ☑ Actividad sináptica
- ☑ Neurotransmisores
- ☑ Indicadores del ejercicio



Razonamiento clínico

- ⌘ Terapias actuales: punto de vista ecléctico.
- ⌘ Relación terapeuta/paciente: examen clínico subjetivo y objetivo.
Empatía.
- ⌘ Definición del dolor (IASP): Enfoque bio-sico-social.



Componentes del razonamiento

- ⌘ Conocimiento de base: Anatomía, biomecánica, fisiología, fisiopatología, fisiología del ejercicio. Sistemas límbico y reticular, eje hipotálamo-hipofisario.
- ⌘ Habilidades cognitivas (análisis y síntesis): Relacionar, descartar, priorizar, toma de decisiones terapéuticas.
- ⌘ Metacognición: Evaluación del proceso integral



Conceptos básicos

- ⌘ Dolor crónico
 - Factores Físicos
 - Factores sicosociales
 - miedos
 - creencias
 - laborales
- ⌘ Zona gris en la práctica clínica: conocimiento parcial (patoanatomía o patofisiología)



Enfoques de razonamiento

⌘ Método hipotético - deductivo

Análisis de todas las posibles fuentes de
sintomatología

Precauciones o contraindicaciones

Hipótesis de trabajo

Manejo

Pronóstico



Enfoques de razonamiento

⌘ Método inductivo

Asimilación del cuadro a patrones similares que han sido observados previamente.

Empleado por expertos.

Requiere menos tiempo.



Categorías de razonamiento clínico

- ⌘ Fuentes de la sintomatología
- ⌘ Manejo
- ⌘ Pronóstico
- ⌘ Factores contribuyentes
- ⌘ Precauciones
- ⌘ Disfunción
- ⌘ Patobiología

La falta de conocimiento en alguna categoría puede provocar el colapso del proceso de razonamiento.



Patobiología

Factores contribuyentes

Precauciones

Anamnesis

Disfunción

Pronóstico

Fuentes

Manejo

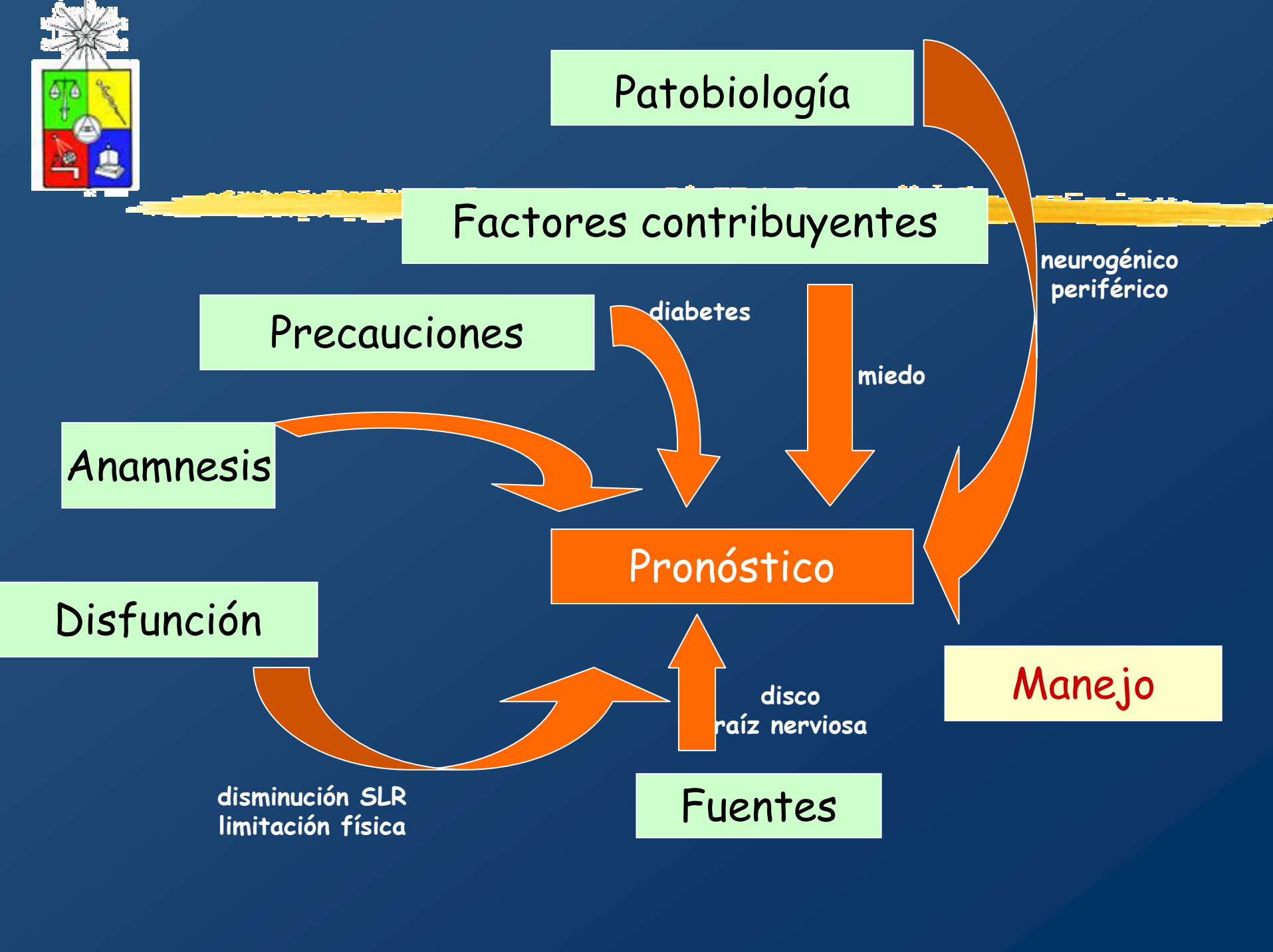
diabetes

miedo

neurogénico
periférico

disco
raíz nerviosa

disminución SLR
limitación física





Razonamiento clínico

- ⌘ Proceso evolutivo, donde cambia el paciente, el tratante, la sintomatología, el ambiente laboral, etc.
- ⌘ El paciente debe ser parte de este proceso, y por ello es tan importante el traspaso de información hacia él.



Razonamiento clínico

⌘ El kinesiólogo puede guiarse por la evidencia, pero la individualidad del paciente y de él mismo como terapeuta, obligan a un manejo flexible y único.

Atractivo de la kinesiología



Errores más comunes

- ⌘ Pragmatismo: Descartar información y/o asimilar a experiencias previas.
- ⌘ Favoritismo: Hipótesis de trabajo preferidas (artrokinemática, neurodinámica, emocionales, etc.)





Examen clínico

- ⌘ Proceso de obtención de información
- ⌘ El paciente es parte de él, y por ello es tan importante el traspaso de información hacia él.
- ⌘ Aspecto subjetivo (sintomatología)
- ⌘ Aspecto objetivo (validez de una prueba)



Examen clínico

⌘ Conducta de la sintomatología:

- ☑ Comportamiento temporal (duración y fluctuaciones de ella a corto y largo plazo)
- ☑ Conductas que la agravan
- ☑ Conductas que producen alivio
- ☑ Ubicación topográfica
- ☑ Intensidad (EVA)



Razonamiento clínico

- ⌘ Proceso evolutivo, donde cambia el paciente, el tratante, la sintomatología, el ambiente laboral, etc.
- ⌘ Es extraño encontrar entidades puras, desde el punto de vista clínico.
- ⌘ Cuidado con los exámenes que arrojan falsos positivos y falsos negativos (30% de pacientes asintomáticos arrojaron + una RNM, con Dg. de prolapso discal)



Examen clínico

- ⌘ La entrevista permite definir el perfil del paciente.
- ⌘ Permite identificar las potencialidades y limitaciones funcionales del paciente.
- ⌘ Permite distinguir si el componente doloroso es de preferencia mecánico o químico.
- ⌘ Observación es básica, desde el ingreso del paciente a la consulta.



Examen clínico

Dolor químico

- ⌘ Nocturno constante
- ⌘ Rigidez matinal > 2 hrs.
- ⌘ S/cambios con reposo
- ⌘ Alteraciones de sueño

Dolor mecánico

- ⌘ Intermitente
- ⌘ Rigidez matinal de sólo minutos
- ⌘ Disminuye con el reposo
- ⌘ No se despierta por el dolor



Indicadores de cuadro sistémico

- ⌘ Inicio en mayores de 45 años
- ⌘ Náuseas, vómitos, diarrea, fiebre
- ⌘ Historia previa de Ca
- ⌘ Dolor abdominal y lumbar en un mismo nivel
- ⌘ Debilidad muscular severa
- ⌘ Dolor sin cambios con el reposo
- ⌘ Dolor que causa sufrimiento
- ⌘ Dolor que se modifica con la ingesta de alimentos
- ⌘ Dolor que no cambia con los mov. de columna



Examen clínico

- ⌘ Entrevista
- ⌘ Observación
- ⌘ Movimientos activos, pasivos, resistidos
- ⌘ Estrés ligamentoso
- ⌘ Componentes meníngeos
- ⌘ Examen neurológico (dermatomas, miotomas)

⌘ ROT

⌘ Pruebas especiales

- ☑ Arteria vertebral
- ☑ Neurodinamia
- ☑ Cuadrante
- ☑ Phalen
- ☑ Tinnel
- ☑ Elongación muscular

Trabajo en grupos

- ⌘ Análisis biomecánico
- ⌘ Crear historia clínica (anamnesis, imágenes, etc.)
- ⌘ Pruebas clínicas más relevantes
- ⌘ Manejo (agudo y reinserción deportiva)

Trabajo en grupos



- ⌘ Hockey césped (lumbar)
- ⌘ Salto con garrocha (dorsal)
- ⌘ Golf (lumbar)
- ⌘ Equitación (cervical)
- ⌘ Lanzamiento martillo (cervical)