APRENDIZAJE BASADO EN LA PRÁCTICA DE SIMULACIÓN CLÍNICA VIRTUAL

GRADO FISIOTERAPIA

Razonamiento clínico en dolor de hombro

Passeig Verdaguer, 130 | 08700 Igualada (Barcelona) | Tel +34 93 131 63 60 | info@4dhealth.com | @4DHealthCenter | www.4dhealth.com

GRADO FISIOTERAPIA

TITULO CASO: Razonamiento clínico en dolor de hombro

RESUMEN DEL CASO

Paciente de 30 años que acude por primera vez a la consulta de fisioterapia por dolor en hombro derecho de 8 meses de evolución. Hace unos meses fue al médico y éste le diagnóstico tendinopatía del supraespinoso y le pautó un tratamiento. Sin embargo, la falta de mejoría hace que acuda a consulta de Fisioterapia.

A través de este caso transitamos por las diferentes fases del proceso de valoración (anamnesis del síntoma, exploración física e interpretación de pruebas complementarias), con el añadido de que el paciente ya viene con una "etiqueta diagnóstica" dada por el médico.

- **PARTE 1**

Durante la **anamnesis del síntoma,** el alumno comprobará la importancia de multitud de aspectos técnicos inherentes a la propia anamnesis (orden, amplitud y profundidad de las preguntas, diferenciación entre episodio actual & episodios previos…) y como la ejecución incorrecta de estos, condiciona la hipótesis diagnóstica inicial y en consecuencia la exploración física posterior.

Sin embargo, este caso también hace tomar consciencia al alumno de la importancia de aspectos no técnicos durante la ejecución de la anamnesis del síntoma: nos muestra la importancia de la empatía a la hora de comunicarnos con el paciente (aplicación clínica del modelo Bio-Psico-Social), y como la falta de ella no facilita el vínculo paciente-terapeuta, siendo dicha falta, un obstáculo para poder identificar correctamente el patrón clínico que presenta el paciente.

- **PARTE 2**

Durante la **exploración física,** se observan sutiles diferencias en la ejecución técnica de los diferentes test ortopédicos, así como a la hora de formular preguntas al paciente (preguntas cerradas & preguntas abiertas). El alumno comprobará como estas diferencias condicionan el proceso de razonamiento clínico del fisioterapeuta.

A la hora de valorar las **pruebas complementarias**, se plantearán al alumno 2 situaciones diferentes: en un primer escenario el fisioterapeuta utiliza las pruebas complementarias para reafirmar su hipótesis diagnóstica y la del médico, sin cuestionarse nada más. En un segundo escenario, el análisis de las pruebas complementarias conjuntamente con la anamnesis y la exploración física, lo sitúan en un escenario totalmente diferente, su hipótesis diagnóstica no coincide con la del médico. En ese momento, el alumno vivirá la importancia del conocimiento de las ciencias básicas (anatomía y biomecánica) y del dominio de habilidades comunicativas a

la hora de conseguir que el paciente reestructure, por sí mismo, sus creencias y, por ende, la etiqueta médica con la que acudía a consulta.

Finalmente, este caso clínico también se sumerge en la importancia de la comunicación a la hora de **comunicar un diagnóstico al paciente** (comunicación alarmista & comunicación neutra) y como en función de ella, podemos condicionar la posterior adherencia del paciente al **tratamiento planteado**.

SINOPSIS DEL CASO

Consulta: Paciente de 30 años que acude por primera vez a la consulta de fisioterapia por dolor en hombro derecho de 8 meses de evolución

OBJETIVOS GENERALES

- **Promover** un proceso de razonamiento clínico en cual se integren los diferentes modelos de dolor
- **Desarrollar** un marco mental coherente a la hora de correlacionar los datos clínicos obtenidos a través de la anamnesis y la exploración física con la interpretación de las pruebas complementarias
- **Implementar** el uso de medidas de autoinforme en el proceso de razonamiento clínico
- **Concienciar** de la importancia de la comunicación para potenciar la alianza terapéutica, así como la trasmisión de información al paciente en relación a un diagnóstico y una propuesta de tratamiento

OBJETIVOS DEL CASO

(PARTE 1)

- **Utilizar** el sistema de banderas como método de screening clínico
- **Construir** una anamnesis del dolor estructurada, amplia y precisa
- **Implementar** el uso de cuestionarios y escalas en el proceso de razonamiento clínico
- **Identificar** el patrón clínico (conjunto de signos y síntomas) que presenta el paciente con el objetivo de establecer una hipótesis diagnóstica inicial
- **Generar** durante la anamnesis un clima de empatía, confianza, respeto y escucha activa en la relación paciente-profesional, que potencie el vínculo terapéutico

(PARTE 2)

- **Desarrollar** la exploración física en coherencia con la hipótesis diagnóstica inicial obtenida durante la anamnesis
- **Ejecutar** técnicamente la exploración física de forma adecuada (test ortopédicos y/o funcionales)

- **Integrar** de forma adecuada el análisis de las pruebas complementarias en el proceso de razonamiento clínico
- **Establecer** a partir de un buen proceso de razonamiento clínico, un diagnóstico anatomopatológico y/o patomecánico y/o basado en mecanismos subyacentes
- **Proporcionar** al paciente información clara y sencilla sobre la etiología de sus síntomas, facilitando así su nivel de comprensión
- **Promover** en el paciente el cuestionamiento de las "etiquetas diagnósticas"

CASO CON ASPECTOS DE MEJORA

(PARTE 1)

Anamnesis fisioterapeuta:

- No reconduce el discurso del paciente con empatía y sin interferirlo
- Inicia la anamnesis utilizando un lenguaje agresivo y poco respetuoso
- No fomenta en los primeros minutos de la anamnesis la confianza y el respeto suficiente para establecer una buena alianza terapéutica
- Las preguntas en relación al síntoma carecen de orden, son poco claras y profundizan poco en las características del síntoma
- No verifica la información dada por el paciente
- No identifica todos los factores contribuyentes con el dolor de hombro
- No analiza la existencia de posibles síntomas asociados con el dolor de hombro
- No ayuda a recordar al paciente posibles factores desencadenantes del dolor de hombro
- No pregunta en relación a la evolución del síntoma desde su inicio

(PARTE 2)

Exploración física:

- No explica al paciente porque se tiene que quitar la ropa ni respeta su intimidad mientras lo hace.
- Indica al paciente con un lenguaje agresivo y poco empático que se quite la ropa.
- No proporciona ninguna explicación al paciente antes de palpar los hombros.
- Empieza palpando el hombro doloroso.
- Valora la sensibilidad dolorosa a la presión del tendón del supraespinoso y no de la articulación acromioclavicular.

- Utiliza preguntas cerradas para testar la respuesta dolorosa del paciente a la presión.
- No emplea el algómetro para cuantificar el umbral doloroso a la presión.
- No reproduce el principal movimiento doloroso del paciente durante la exploración de los movimientos activos del hombro (Arm Test).
- No da al paciente ninguna explicación antes de ejecutar los test ortopédicos.
- Los test ortopédicos elegidos valoran el manguito rotador, en lugar de la articulación acromioclavicular.
- A pesar de no ser los tests ortopédicos apropiados, únicamente los realiza en el hombro sintomático.
- Utiliza preguntas cerradas para testar la respuesta dolorosa del paciente durante la ejecución de los tests ortopédicos.

Evaluación de radiografías y explicación etiología de síntomas:

- No tranquiliza al paciente en relación al tamaño de la calcificación.
- No explica el concepto de que es una calcificación.
- No justifica de ninguna manera la falta de relevancia que tiene la calcificación en su dolor de hombro.
- No fomenta en el paciente el poder cuestionarse la “etiqueta diagnóstica proporcionada por el médico.
- No construye un relato que explique al paciente los diferentes tipos de dolor que ha tenido en el hombro durante los últimos años.
- No informa al paciente cual fue el factor desencadenante del último episodio doloroso hace 9 meses.

Propuesta de tratamiento:

- No promueve la implicación activa del paciente en la resolución del síntoma.
- Genera alarma en el paciente con la propuesta de tratamiento planteada.
- El abordaje fisioterapéutico sugerido no genera expectativas de curación en el paciente.

RESULTADOS ESPERABLES DEL CASO

- Utiliza el sistema de banderas como método de screening clínico
- Desarrolla la anamnesis del síntoma y de la persona de una forma estructurada, amplia y precisa
- Verifica la información dada por el paciente
- Selecciona los test ortopédicos y/o funcionales de forma coherente, en base al patrón clínico identificado durante la anamnesis, la exploración estática y la valoración dinámica.
- Integra los diferentes modelos de dolor en el proceso de razonamiento clínico.
- Realiza en base al patrón clínico identificado durante la exploración del paciente, una buena interpretación de los signos radiológicos.
- Identifica correctamente el origen anatomopatológico y/o patomecánico y/o mecanismo subyacente predominante en el dolor del paciente.
- Informa de una forma clara y sencilla al paciente en relación a lo que le pasa y los factores que influyen en su cuadro clínico.
- Plantea una propuesta de tratamiento al paciente y fomenta su implicación activa en la misma

Indicadores de resultado	CASO:		
	Correcto	Aspectos de mejora	Comentarios (razona)
Utiliza el sistema de banderas como método de screening clínico			
Desarrolla la anamnesis del síntoma y de la persona de una forma estructurada, amplia y precisa			
Selecciona los test ortopédicos y/o funcionales de forma coherente, en base al patrón clínico identificado durante la anamnesis, la exploración estática y la valoración dinámica			
Integra los diferentes modelos de dolor en el proceso de razonamiento clínico			
Realiza en base al patrón clínico identificado durante la exploración del paciente, una buena interpretación de los signos radiológicos			
Identifica correctamente el origen anatomopatológico y/o patomecánico y/o mecanismo subyacente predominante en el dolor del paciente			
Informa de una forma clara y sencilla al paciente en relación a lo que le pasa y los factores que influyen en su cuadro clínico			
Plantea una propuesta de tratamiento al paciente y fomenta su implicación activa en la misma			

Otros comentarios:

PUNTOS DEBRIEFING

(PARTE 1)

Anamnesis fisioterapeuta:

- Análisis de la información inicial proporcionada por el paciente.
- Valoración de como el fisioterapeuta ha reconducido, o podría haber reconducido el discurso de éste.
- Valoración de la comunicación verbal y no verbal utilizada en la anamnesis.
- Examinar la estructura, el orden y la profundidad de las preguntas formuladas en relación al síntoma.

(PARTE 2)

Exploración física:

- Comunicación con el paciente: importancia de verificar si éste ha entendido las directrices que proporciona el fisioterapeuta sobre los procedimientos de exploración...
- Valorar el inicio de la exploración del fisioterapeuta y en qué partes se ha centrado.
- Analizar las preguntas que formula el fisioterapeuta para testar la respuesta dolorosa del paciente a la presión.
- Examinar la elección de los test ortopédicos elegidos por el fisioterapeuta.

Evaluación de pruebas complementarias y explicación etiología de síntomas:

- Valorar la interpretación que hace el fisioterapeuta de las pruebas complementarias dentro del proceso de razonamiento clínico.
- Deliberar acerca de las explicaciones que da el fisioterapeuta en relación al diagnóstico médico y también cómo este justifica que, la etiqueta médica no tiene coherencia con el patrón clínico que presenta actualmente el paciente.

Propuesta de tratamiento:

- Explorar como el fisioterapeuta fomenta la implicación activa del paciente en la resolución del síntoma.
- Ponderar la propuesta de tratamiento que hace el fisioterapeuta al paciente.