



CURSO DE RAZONAMIENTO CLÍNICO

Información general

Modalidad	Presencial
Docentes	Gerard Berenguer, Jacobo Rodríguez, Joel Moral
Seminario 1	19-20 de marzo, 9-10 de abril, 28-29 de mayo de 2027
Duración	60h
Horarios	9:00 a 14:00 y de 15:30h a 20:30h
Lugar de realización	C/ Balmes, 430 de Barcelona
Precio	1.300€

Valoración integral y toma de decisiones en patología musculoesquelética

Una formación para aprender a organizar la información clínica, construir hipótesis y decidir cómo valorar y tratar a cada paciente. El curso integra anamnesis, exploración ortopédica y funcional, valoración del sistema nervioso y ecografía musculoesquelética dentro de una metodología común que se aplica a la extremidad superior, la extremidad inferior y el neuroeje.

El tratamiento se plantea a partir de los objetivos del paciente, la presentación clínica, la irritabilidad, la función y la biología del tejido. La terapia manual, el ejercicio, las técnicas invasivas y la tecnología terapéutica se analizan según su papel en cada caso y la evidencia disponible para la indicación concreta.

Objetivo general

Desarrollar un razonamiento clínico estructurado que permita orientar el diagnóstico diferencial, reconocer situaciones que requieren derivación y diseñar un plan de fisioterapia individualizado, con criterios de seguimiento y reevaluación.

Qué aprenderás

- Realizar una anamnesis dirigida y reconocer la información que modifica las decisiones clínicas.
- Formular, priorizar y contrastar hipótesis sin cerrar prematuramente el diagnóstico.
- Diferenciar presentaciones articulares, capsulares, ligamentosas, tendinosas, musculares y neurales, considerando su posible coexistencia.
- Seleccionar pruebas ortopédicas, dinámicas y neurofuncionales, e interpretar sus resultados en conjunto.
- Integrar los hallazgos ecográficos con la clínica y reconocer cuándo se necesita otra prueba o valoración especializada.
- Planificar la intervención y la progresión de cargas según la evolución, la capacidad funcional y los objetivos del paciente.

Estructura y profesorado

Seminario	Contenidos	Docente
1	Bases teóricas y extremidad superior	Gerard Berenguer Villarreal
2	Extremidad inferior	Joel del Moral
3	Neuroeje	Dr. Jacobo Rodríguez

Dirigido a

Fisioterapeutas que desean mejorar su valoración musculoesquelética, ordenar su proceso de toma de decisiones e integrar las herramientas diagnósticas y terapéuticas en un marco de razonamiento clínico.

Distribución de contenidos

El primer seminario incorpora las bases teóricas del razonamiento clínico y una introducción breve a electrólisis percutánea, neuromodulación percutánea, láser de alta potencia, tecarterapia, ondas de choque focales y sistema superinductivo, antes del trabajo regional de extremidad superior.

Los seminarios segundo y tercero aplican la misma metodología de anamnesis, valoración, diagnóstico diferencial, ecografía y planificación terapéutica a la extremidad inferior y al neuroeje.

Bases del razonamiento clínico

BLOQUE TEÓRICO INICIAL DEL SEMINARIO 1

1. Fundamentos y errores frecuentes

- El razonamiento clínico como proceso cognitivo dinámico y cíclico: recoger, interpretar e integrar información para tomar decisiones y revisirlas durante la sesión.
- Diferencias entre el razonamiento novel y experto: reconocer datos relevantes, discriminar hipótesis y buscar información que pueda refutarlas.
- Sesgos de confirmación, anclaje y disponibilidad; confusión entre correlación y causalidad y explicación del caso desde un único factor biomecánico.

2. Cuatro formas de razonamiento clínico

- Hipotético deductivo: generar hipótesis desde la anamnesis, seleccionar pruebas y contrastar la coherencia entre historia y hallazgos.
- Reconocimiento de patrones: identificar presentaciones conocidas, contrastarlas y reconocer las situaciones que exigen ampliar el diagnóstico diferencial.
- Sistemático: seguir una secuencia ordenada de exploración para reducir omisiones, adaptándola a las hipótesis y prioridades del caso.
- Probabilístico o bayesiano: ajustar la probabilidad de cada hipótesis según el contexto del paciente, la anamnesis y los resultados de las pruebas.
- Ventajas, límites e integración de los cuatro modelos en la toma de decisiones.

3. Método FisioCross Academy y árboles de decisión

- Pilares del método: anamnesis, patrones clínicos, seguridad, exploración por hipótesis, ecografía y reevaluación continua.
- Preguntas clave sobre motivo de consulta, mecanismo de lesión, antecedentes, actividad, carga y expectativas para orientar las primeras hipótesis.
- Árboles de decisión para priorizar estructuras articulares, capsulares, ligamentosas, tendinosas, musculares o neurales y seleccionar pruebas relevantes. Valor diagnóstico de los resultados positivos y negativos.
- Círculo clínico: anamnesis, hipótesis, exploración, ecografía, clasificación funcional, tratamiento y reevaluación. Diferencia entre diagnóstico diferencial y clasificación para orientar la intervención.

4. Seguridad clínica y reevaluación

- Banderas rojas, interpretación conjunta de los hallazgos y criterios de derivación. Cribado neurológico dirigido cuando la historia o la exploración lo indiquen.
- Elección de signos y síntomas relevantes para reevaluar, comprobar la evolución y decidir cuándo progresar, modificar la intervención o revisar las hipótesis.

Introducción a las técnicas y tecnologías terapéuticas

Ligera pincelada sobre electrólisis percutánea, neuromodulación percutánea, láser de alta potencia, tecarterapia, ondas de choque focales y sistema superinductivo: finalidad y posible integración en los casos, sin profundizar en protocolos, parámetros ni ejecución.

La fase y la biología del tejido se abordarán dentro de los bloques regionales, vinculadas a cada lesión y a la planificación del tratamiento.

Métodología clínica común

La misma secuencia de trabajo en todas las regiones

Cada bloque regional recorre una secuencia de recogida de información, contraste de hipótesis y planificación. El proceso es flexible: los datos nuevos pueden hacer necesario volver a la anamnesis, ampliar la exploración o reconsiderar el diagnóstico diferencial.

1 . Anamnesis dirigida a la región

Motivo de consulta y objetivos; comienzo y mecanismo de lesión; localización, distribución y comportamiento de los síntomas; evolución, irritabilidad y respuesta durante las 24 horas; factores agravantes y de alivio; traumatismos, antecedentes, comorbilidades y medicación; carga laboral y deportiva; síntomas neurales o sistémicos y cribado de seguridad.

2. Hipótesis iniciales y árbol de decisión

Identificación de las estructuras y mecanismos potencialmente implicados. Priorización de las hipótesis y elección de las preguntas y pruebas que pueden cambiar la conducta clínica. Diferenciación entre dolor local, referido y relacionado con el sistema nervioso.

3 . Valoración ortopédica y dinámica

Observación, palpación contextualizada, movilidad activa y pasiva, respuesta a movimientos y cargas, fuerza y pruebas resistidas. Selección de tests ortopédicos según la hipótesis, combinando sus resultados con la anamnesis. Valoración de tareas, control del movimiento y demandas funcionales propias de cada región.

4. Valoración neurológica y tests neurofuncionales

Pruebas resistidas y tests neurofuncionales para valorar la respuesta muscular y orientar las hipótesis. Exploración de sensibilidad, fuerza por territorios y reflejos cuando esté indicada. Valoración neurodinámica, diferenciación estructural y respuesta de los síntomas. Análisis de control motor, coordinación y rendimiento funcional. Diferenciación entre mecanosensibilidad neural, neuropatía periférica y posible afectación radicular, sin interpretar un test aislado como diagnóstico definitivo.

5. Ecografía integrada en la valoración

Identificación del tejido sano y de los principales hallazgos patológicos en las estructuras accesibles de cada región. Exploración en distintos planos y valoración dinámica cuando aporte información. Reconocimiento de artefactos, variabilidad y límites de la técnica; correlación de la imagen con la clínica y decisión sobre la necesidad de otras pruebas.

6. Integración y diagnóstico diferencial

Síntesis de la anamnesis, la exploración y la imagen. Revisión de los datos que apoyan o debilitan cada hipótesis, identificación de factores contribuyentes y establecimiento de una hipótesis de trabajo con el grado de incertidumbre correspondiente.

7. Tratamiento y reevaluación

Plan de intervención por presentación clínica y lesión, ajustado a fase tisular, irritabilidad, función y objetivos. Educación, gestión de cargas, ejercicio y selección razonada de técnicas complementarias. Definición de indicadores de evolución, criterios de progresión, retorno a la actividad y motivos para reconsiderar el caso o derivar.

Seminario 1 · Extremidad Superior

Docente Gerard Berenguer | 19-20 de marzo de 2027

Incluye el bloque teórico inicial y el panorama de tecnología terapéutica. El razonamiento regional aborda hombro, codo, muñeca y mano, incorporando la exploración cervical por su relación con los síntomas de la extremidad superior.

Hombro y relación cervical

- Mecanismos traumáticos, sobrecarga y evolución progresiva. Diferenciación entre dolor local del hombro, referido cervical y participación neural.
- Patrones articulares y capsulares: capsulitis adhesiva, rigidez y procesos degenerativos. Inestabilidad glenohumeral y sospecha de afectación capsulolabral.
- Dolor relacionado con el manguito rotador, tendinopatías calcificadas y no calcificadas, sospecha de rotura, afectación bursal y tendón de la porción larga del bíceps.
- Lesiones acromioclaviculares y ligamentosas, problemas musculares y cuadros con participación del sistema nervioso.
-

- Anamnesis, movilidad activa y pasiva, fuerza, selección de tests, valoración dinámica y exploración cervical y neurológica cuando proceda.
- Ecografía del manguito, bíceps, bursa y estructuras superficiales accesibles. Integración del tejido sano y patológico y límites para valorar labrum y estructuras profundas.

Codo

- Dolor lateral y medial: tendinopatías del origen extensor y flexor pronador, y diferenciación con cuadros articulares, musculares o neurales.
- Afectación del bíceps distal y tríceps; lesiones capsulares y ligamentosas, rigidez, procesos degenerativos y bursopatía olecraniana.
- Participación de los nervios radial, mediano y cubital; síntomas referidos desde regiones proximales.
- Valoración de movilidad, fuerza, agarre, estabilidad, respuesta a carga y función. Ecografía de tendones, ligamentos y nervios accesibles según la hipótesis.

Muñeca y mano

- Lesiones capsulares y ligamentosas, inestabilidad y sospecha de afectación del complejo fibrocartílago triangular.
- Tendinopatías y tenosinovitis, incluida la presentación de De Quervain; alteraciones de flexores y extensores y dedo en resorte.
- Procesos articulares degenerativos, incluida la rizartrrosis, y neuropatías periféricas, como el síndrome del túnel carpiano.
- Anamnesis específica, movilidad, fuerza de prensión y pinza, valoración sensitiva y tareas funcionales. Ecografía tendinosa, sinovial y neural accesible.

Seguridad e integración de casos

Cribado regional de fracturas o luxaciones, sospecha de rotura aguda relevante, infección, compromiso neurovascular y dolor de posible origen no musculoesquelético. Desarrollo de árboles de decisión y casos que integran valoración, ecografía y tratamiento según fase, irritabilidad y objetivos, con criterios de reevaluación.

Seminario 2 · Extremidad inferior

Docente Joel Moral | 9 y 10 de abril de 2027

Aplicación de la metodología común a cadera, rodilla, tobillo y pie. Se analizarán las relaciones con la región lumbopélvica y la contribución de las demandas de marcha, carrera, salto y actividad deportiva al problema clínico.

Cadera y región proximal

- Mecanismos de lesión y diferenciación entre dolor articular, periarticular, muscular, tendinoso, neural y referido desde la columna lumbar.
- Procesos degenerativos, rigidez capsular y presentaciones compatibles con conflicto femoroacetabular o afectación labral.
- Dolor trocantérico y tendinopatías glúteas; afectación de iliopsoas, aductores e isquiotibiales proximales; lesiones musculares de la región.
- Anamnesis, movilidad y fuerza, pruebas dirigidas, valoración lumbopélvica y tareas de apoyo monopodal, marcha y carga.
- Ecografía de tendones, músculos, bursas y estructuras accesibles. Correlación clínica y límites de la imagen en las estructuras intraarticulares profundas.

Rodilla

- Presentaciones articulares y capsulares: procesos degenerativos, derrame, limitación de movilidad y dolor femoropatelar.
- Sospecha de lesión meniscal y lesiones ligamentosas: mecanismo, signos clínicos, estabilidad y criterios para ampliar el estudio.
- Tendinopatías rotuliana y cuadricipital; afectación de la pata de ganso, bursas y estructuras musculotendinosas relacionadas.
- Valoración pasiva, fuerza y pruebas ortopédicas; sentadilla, escalón y tareas dinámicas adaptadas a la capacidad y al contexto del paciente.
- Ecografía tendinosa, de derrame y de estructuras superficiales; reconocimiento de sus límites en meniscos y ligamentos cruzados.

Tobillo y pie

- Esguinces, afectación ligamentosa y capsular, inestabilidad persistente y presentaciones articulares u osteocondrales que requieren diagnóstico diferencial.

- Tendinopatía aquilea, afectación de peroneos y tibiales, dolor plantar y lesiones musculotendinosas del complejo de tobillo y pie.
- Dolor neuropático, atrapamientos periféricos y síntomas relacionados con nervios accesibles, incluyendo presentaciones del túnel tarsiano.
- Movilidad, fuerza, equilibrio, marcha y pruebas funcionales de carga, salto o carrera cuando estén indicadas.
- Ecografía de tendones, fascia plantar, ligamentos y nervios accesibles. Diferenciación entre hallazgos relevantes e incidentales.

Seguridad e integración de casos

Identificación de sospecha de fractura, lesión por estrés óseo, infección, trombosis venosa o compromiso vascular y roturas agudas relevantes. Árboles de decisión, casos regionales y planes de tratamiento con progresión.

Seminario 3 Neuroeje

Docente Dr. Jacobo Rodríguez | 28 y 29 de mayo de 2027

Razonamiento clínico aplicado a la región cráneo cervical, dorsal y lumbar. Se integran la exploración musculoesquelética y neurológica, el análisis del dolor referido y la selección de pruebas complementarias según la hipótesis y la seguridad del paciente.

Región cráneo cervical

- Presentaciones cervicales articulares, capsulares, ligamentosas y musculares. Diferenciación entre dolor local, referido y relacionado con afectación neural.
- Cefalea con posible participación cervical y diferenciación de otras presentaciones de cefalea. Relación funcional cráneo cervical y con la extremidad superior.
- Sospecha de radiculopatía, neuropatía periférica y mielopatía. Anamnesis dirigida, exploración neurológica y selección de pruebas.
- Movilidad activa y pasiva, fuerza, control motor y pruebas funcionales. Valoración de estructuras musculares y neurales accesibles mediante ecografía.
- Cribado de posible patología vascular cervical y otros procesos graves. Interpretación contextual de síntomas y criterios de derivación.

Región dorsal y torácica

- Dolor torácico de posible origen vertebral, costal o muscular y relación con regiones vecinas.
- Anamnesis y diferenciación respecto a cuadros viscerales, cardiopulmonares, vasculares o sistémicos que requieren valoración médica.
- Exploración de movilidad, respuesta a carga, función respiratoria relacionada con la tarea y control del movimiento, según el caso.
- Ecografía de estructuras superficiales accesibles y discusión de la utilidad de otras pruebas cuando puedan modificar la conducta clínica.

Región lumbar y lumbopélvica

- Lumbalgia con y sin dolor en extremidad inferior. Hipótesis de participación discal, articular, muscular o neural y límites para identificar una fuente anatómica concreta.
- Dolor radicular, sospecha de radiculopatía y estenosis; diferenciación con neuropatías periféricas y dolor referido.
- Anamnesis, comportamiento de los síntomas, exploración neurológica, neurodinámica y valoración lumbopélvica y de cadera.
- Valoración de movilidad, fuerza, control motor y tareas funcionales. Integración del contexto psicosocial y de la respuesta a la actividad.
- Ecografía de tejidos musculares y estructuras accesibles. La ecografía no permite confirmar ni excluir por sí sola hernias discales, compresión radicular ni patología medular.

Seguridad y razonamiento terapéutico

Sospecha de síndrome de cauda equina, déficit neurológico progresivo, mielopatía, fractura, infección, patología tumoral o inflamatoria y dolor de origen no musculoesquelético. Casos y árboles de decisión para orientar el manejo, la necesidad de otras pruebas o la derivación. Planificación de educación, actividad, ejercicio y herramientas complementarias según la presentación y la evolución.

Metodología docente y aplicación clínica

Cómo se trabaja durante el curso

La formación combina explicación de los fundamentos, análisis de casos y aplicación de la secuencia clínica en cada región. Las preguntas del caso guían la elección de la exploración; los hallazgos se integran antes de



seleccionar el tratamiento. La discusión se centra en explicar por qué se toma cada decisión y qué información podría hacerla cambiar.

- Análisis de casos clínicos contextualizados y construcción guiada de árboles de decisión.
- Aplicación de anamnesis regional, exploración ortopédica y dinámica y tests neurofuncionales.
- Estudio del tejido sano y patológico mediante imágenes y exploración ecográfica de estructuras accesibles.
- Discusión del diagnóstico diferencial y de resultados discordantes entre clínica, tests e imagen.
- Diseño de estrategias terapéuticas con objetivos, dosificación de cargas y criterios de reevaluación.

Síntesis de un caso clínico

Al finalizar el análisis, el alumno organizará el caso en una síntesis que recoja: problema y objetivos del paciente; hallazgos de seguridad; hipótesis priorizadas; pruebas seleccionadas y resultados; aportación de la ecografía; hipótesis de trabajo y factores contribuyentes; plan de tratamiento; e indicadores para seguir la evolución y revisar las decisiones.

Competencias que se desarrollan

El curso ofrece una metodología transferible a la consulta para recoger información relevante, justificar la exploración y formular decisiones clínicas revisables. El alumno aprenderá a explicar el propósito de su intervención, valorar alternativas y reconocer los límites de la información disponible, incluyendo cuándo es necesaria una valoración compartida.

Referencias para el marco teórico

Las siguientes lecturas orientan el marco de razonamiento, seguridad y lectura crítica. La selección de intervenciones se analiza por patología y por indicación, sin extrapolar una recomendación a todas las regiones.

Clinical Reasoning in Physical Therapy A Concept Analysis. *Physical Therapy*, 2019; 99(4):440-456.

<https://doi.org/10.1093/ptj/pzy148>

International Framework for Red Flags for Potential Serious Spinal Pathologies. *JOSPT*, 2020; 50(7):350-372.

<https://doi.org/10.2519/jospt.2020.9971>

International IFOMPT Cervical Framework. IFOMPT, 2020. Marco de valoración de posible patología vascular cervical.

<https://www.ifompt.org/news-resources/resources/frameworks-research-and-clinical-resources/>



Rotator Cuff Tendinopathy Diagnosis Nonsurgical Medical Care and Rehabilitation. Guía de práctica clínica, JOSPT, 2025.

<https://doi.org/10.2519/jospt.2025.13182>

Low back pain and sciatica in over 16s assessment and management. NICE, NG59. Recomendaciones para valoración y manejo.

<https://www.nice.org.uk/guidance/NG59/chapter/recommendations>

.