

LA HISTORIA CLÍNICA Y EL DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO

Autor: François Ricard, D.O PhD



Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional



- **NOTA PARA PROFESORADO:**

LAS DIAPOSITIVAS SIGUIENTES REFERIDAS A ESTADÍSTICA (hasta la 14) SON PARA INFORMACION DEL PROFESORADO, POR LO TANTO SE DEBEN "OCULTAR" PARA LOS ALUMNOS EN LA CLASE



COEFICIENTE DE KAPPA

El porcentaje de acuerdo acompañado del índice de Kappa para las variables cualitativas.

Se habla del coeficiente de Kappa de Cohen para dos terapeutas y de Fleiss para más de dos terapeutas.

Este coeficiente está comprendido entre 0 y 1. 0, corresponde a una correlación que es idéntica a la encontrada por casualidad y 1 una correlación perfecta entre los exámenes.



Los valores negativos indican habitualmente que existe un desacuerdo en la manera de realizar el método entre los terapeutas.

El coeficiente máximo de concordancia es de 1.00



Un valor de 0.00 indica ninguna concordancia.

- entre 0.00 y 0.20: ligera.
- entre 0.21 y 0.40: pasable.
- entre 0.41 y 0.60: moderada.
- entre 0.61 y 0.80: importante.
- entre 0.81 y 1.00: perfecta.

Un coeficiente de 0.4 puede considerarse como el límite de fiabilidad aceptable de una prueba.



COEFICIENTE DE CORRELACIÓN INTRACLASE (ICC)

El coeficiente de correlación intraclass (ICC) para las variables cuantitativas.

Utiliza el modelo 2 de Landis y Koch para la fiabilidad interexaminador, y el modelo 3 para la fiabilidad intraexaminadores (Landis RJ et Koch GG, 1977).

Este índice está también comprendido entre 0 y 1.

- El valor 1 corresponde a una reproductividad perfecta entre las mediciones.
- El valor 0 indicaría que existe la misma variancia entre las mediciones tomadas sobre un único paciente que las mediciones tomadas entre diferentes pacientes.



SENSIBILIDAD, ESPECIFICAD, Y RELACIONES DE PROBABILIDAD

- **Sensibilidad :**
 - La sensibilidad es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo, es decir, la probabilidad de que para un sujeto enfermo se obtenga en una prueba diagnóstica un resultado positivo.
 - $\text{Sensibilidad} = \frac{VP}{VP + FN}$

- **Especificidad:**

- La especificidad de una prueba es el porcentaje de verdaderos negativos o la probabilidad de que la prueba sea negativa si la enfermedad no está presente.
- Los falsos positivos son sujetos sanos diagnosticados como enfermos.
- $\text{Especificidad} = \text{VN} / \text{VN} + \text{FP}$



Los valores predictivos (positivo y negativo) miden la eficacia real de una prueba diagnóstica. Los valores predictivos (positivo y negativo) son índices que miden la relevancia de la sensibilidad y especificidad en una determinada población.

- **Valor predictivo positivo (PV+):** probabilidad de tener la enfermedad si el resultado de la prueba diagnóstica es positivo.

$$(PV+) = \frac{\text{Resultados positivos en enfermos}}{\text{Total de resultados positivos}} = \frac{VP}{FP + VP}$$

- **Valor predictivo negativo (PV-):** probabilidad de no tener la enfermedad si el resultado de la prueba diagnóstica es negativo.

$$(PV-) = \frac{\text{Resultados negativos en sanos}}{\text{Total de resultados negativos}} = \frac{VN}{VN + FN}$$



Fórmula:

Sensibilidad = $A / A + C$.

Especificad = $D / B + D$.

Relación de probabilidad positiva (LR+) = Sensibilidad / $1 - \text{Especificad}$.

Relación de probabilidad negativa (LR-) = $1 - \text{Sensibilidad} / \text{Especificad}$.

Test clínico/ test de referencia	Test positivo (a menudo confirmación quirúrgica)	Test negativo (no hay confirmación quirúrgica)
Test positivo (a menudo dolor o debilidad)	Verdadero positivo (A)	Falso positivo (B)
Test negativo (ningún dolor o debilidad)	Falso negativo (C)	Verdadero negativo (D)



FIABILIDAD Y VALIDEZ DIAGNÓSTICAS

- *La palpación de la sensibilidad dolorosa tiene una fiabilidad aceptable entre los examinadores, pero la fiabilidad para la palpación de la restricción del movimiento segmentario o los cambios en la textura del tejido generalmente es pobre (Seffinger et al, 2004; Triano et al, 2013; Stochkendahl et al, 2006).*



- La fiabilidad para la evaluación de puntos de referencia óseos asimétricos es de justa a pobre (Haneline et al,2009), a menos que exista una asimetría sustancial (Fryer, 2006).
- La evidencia sugiere que la capacitación por consenso puede mejorar sustancialmente la fiabilidad de estos hallazgos entre los profesionales (Degenhardt et al, 2005-2010)



**UNA PRUEBA DIAGNOSTICA DEBE SER SENSIBLE (ES DECIR PODER
DETECTAR) Y ESPECIFICA (DETECTAR BIEN LO QUE SE QUIERE DETECTAR).**



PROCESO DE HISTORIA CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO EN OSTEOPATIA



Será al final de esta secuencia cuando pidamos al paciente las **pruebas complementarias** (de imagen y laboratorio) y sacaremos una conclusión.

Al finalizar, determinaremos **si existe o no indicación** de la aplicación de un abordaje osteopático o por el contrario debemos derivar a otro especialista.

HISTORIA CLÍNICA

**Evitar atajos diagnósticos para evitar el anclaje en las primeras impresiones
diagnósticas**



- ANAMNESIS
 - ANTECEDENTES PERSONALES
 - ANTECEDENTES FAMILIARES
 - MOTIVO DE LA CONSULTA
- EXPLORACIÓN
 - OBSERVACIÓN
 - EXAMEN PASIVO
 - EXAMEN ACTIVO
 - TEST ORTOPÉDICOS
 - TEST OSTEOPÁTICOS



ANAMNESIS

- **ANAMNESIS**
 - ANTECEDENTES PERSONALES
 - ANTECEDENTES FAMILIARES
 - MOTIVO DE LA CONSULTA



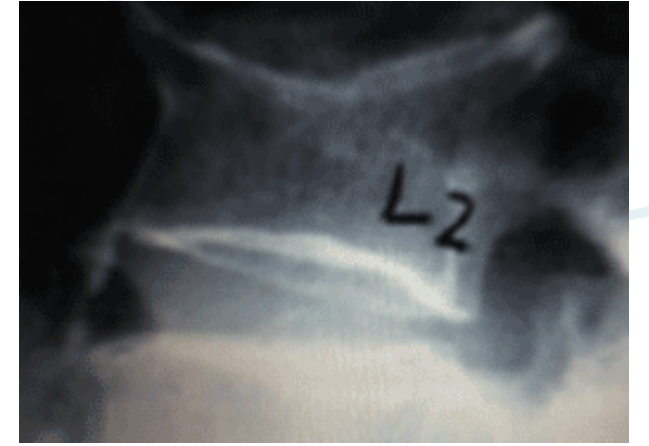
- **ANAMNESIS**

- Tipo de trabajo
- Alimentación
- Medicación
- Deportes
- Sueño
- Nivel de estrés
- Otras actividades frecuentes de interés



- **ANTECEDENTES PERSONALES**

- Fx, lux, esguinces y traumas
- Cirugías
- Cicatrices
- Enfermedades sistémicas
- Tumores
- Anamnesis por aparatos



- **ANTECEDENTES FAMILIARES**

- Enfermedades sistémicas
- Tumores
- Enfermedades autoinmunes
- Alteraciones metabólicas
-

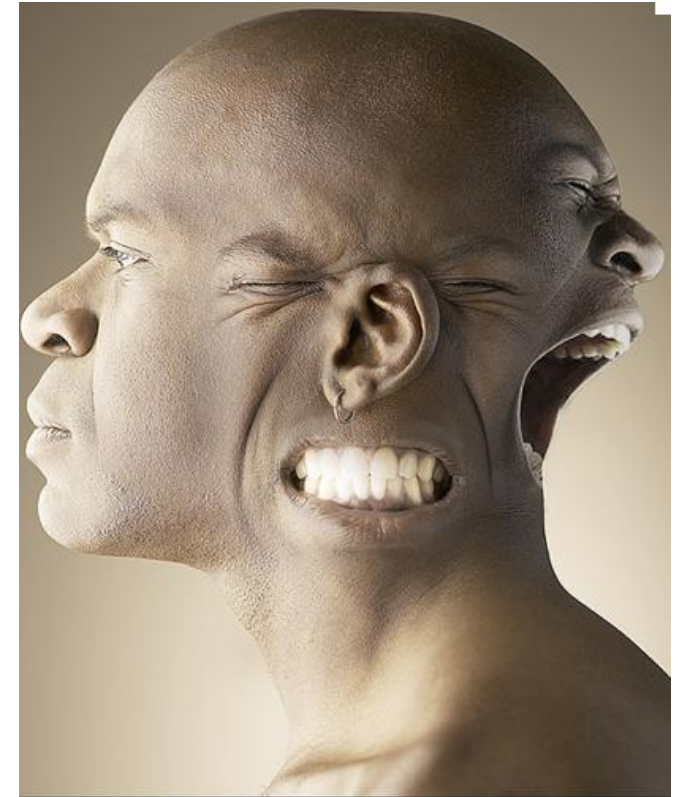


- **MOTIVO DE CONSULTA**
 - Discapacidad
 - Alteración funcional
 - Procesos bio-psico-sociales
 -
 - Pero lo más común es el DOLOR



DOLOR

- NOCICEPTIVO (sensibilización periférica)
- NEUROPÁTICO
- NOCIPLÁSTICO (sensibilización central)



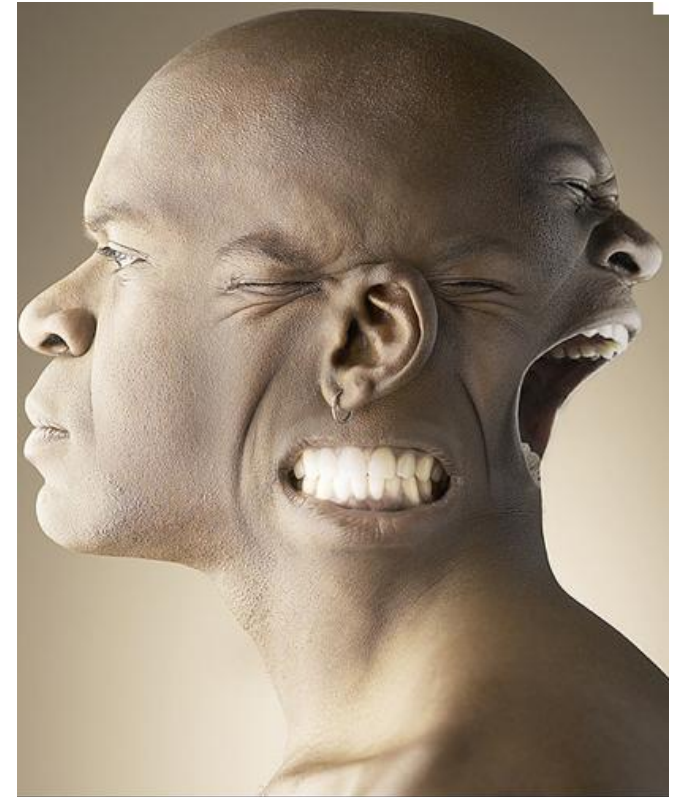
En todos los dolores tengo que valorar el entorno Bio Psico Social



LAS 3 PREGUNTAS HIPOCRÁTICAS

- ¿Qué te pasa? Motivo de consulta
- ¿Desde cuándo te pasa? Cronología
- ¿A qué lo atribuyes?

Dolor = Diagnóstico = Error

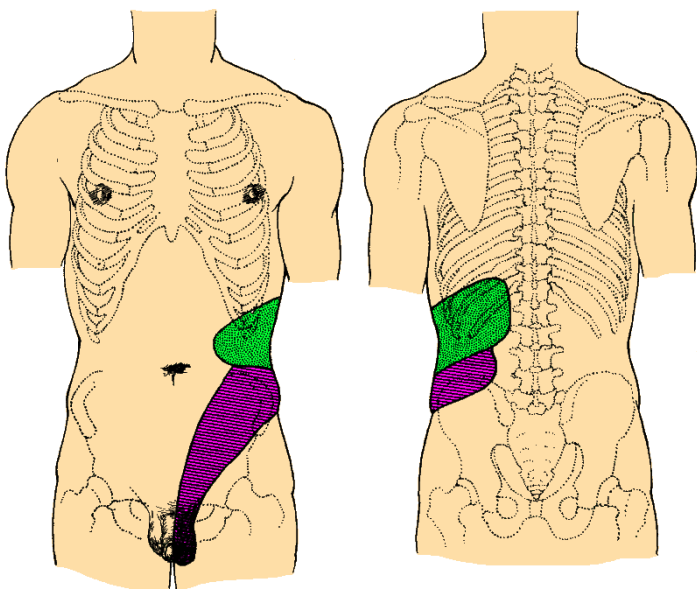


DOLOR

- Cuándo??? (Frecuencia)
- Dónde??? (Topografía)
- Cómo??? (Características)
- En qué momento se presenta (Posiciones)
- Antigüedad del dolor (crónico, agudo)

Dolor = Diagnóstico = Error





DOLORES REFERIDOS DE ORIGEN URINARIO

Punteado : dolor renal

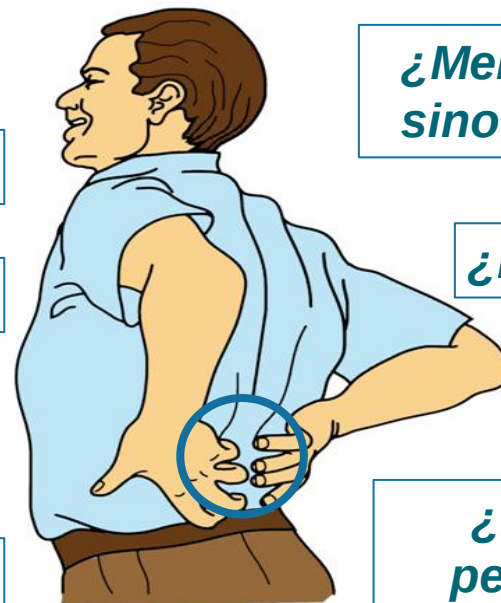
Rayado : dolor ureteral

¿Ligamentos?

¿Cápsulas?

¿Vísceras?

¿Piel?



*¿Menisco
sinovial ?*

¿Músculos?

¿Disco?

*¿Hueso/
periostio?*

TRIAGE DIAGNÓSTICO

- TIPO DE DOLOR
- BANDERAS ROJAS
- FACTORES PSICOSOCIALES



BANDERAS ROJAS

Signos y síntomas de gravedad:

- Pérdida de peso inexplicable
- Historia previa de cáncer
- Traumatismo
- Reumatismos
- Infecciones(fiebre, uso de drogas, infección de piel o de tracto urinario)
- Radiculopatías. Estenosis de canal,...



BANDERAS AMARILLAS

Muchos de las pacientes con dolor se van a cronificar y en muchos casos por factores psicosociales. Estos factores son las banderas amarillas.

Factores biológicos q nos llevan a la cronificación: prolongación de síntomas, discapacidad asociada, antecedentes de cirugía en columna vertebral, baja satisfacción laboral, mala salud en general.



BANDERAS AMARILLAS

Dentro de los factores biopsicosociales tenemos:

- Evitación del Dolor
- Catastrofización del dolor
- Anticipación del dolor (“parece que me quiere doler, pero no me duele”)



Recordar que las expectativas del paciente y nuestra actitud frente al paciente, puede modular el dolor

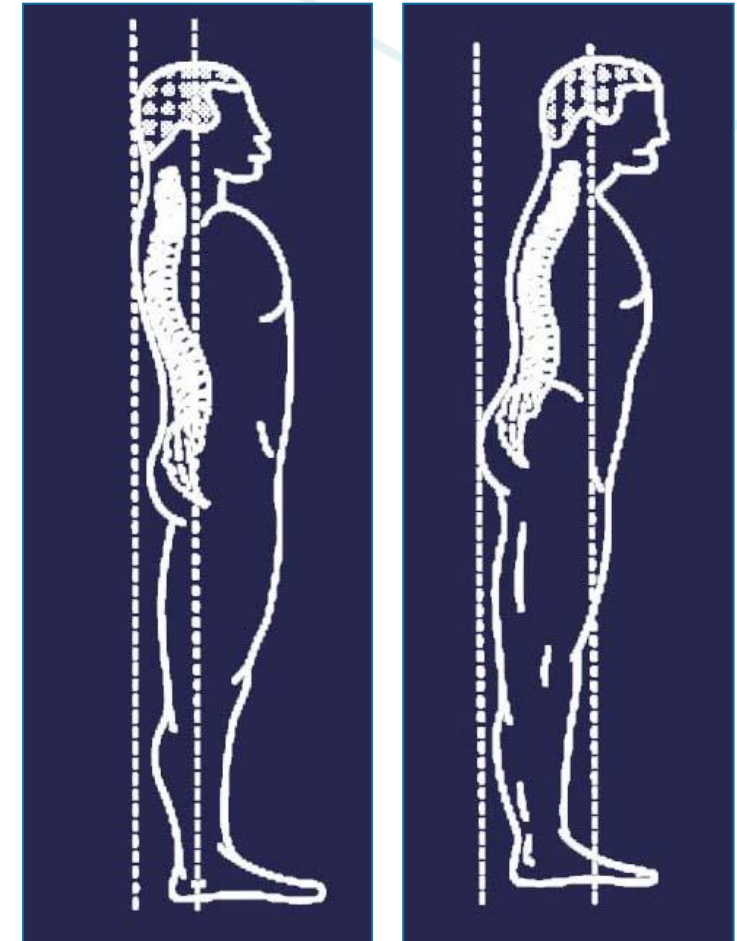
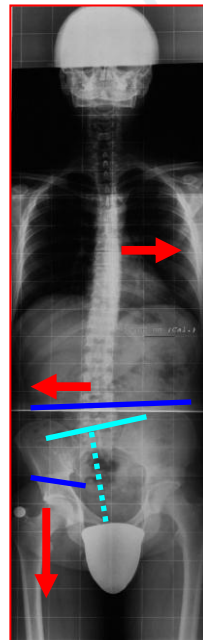
Reposo e inactividad es un error porque:

- Disminuye las actividades placenteras
- Disminuye la movilidad y la actividad muscular
- Genera kinesiofobia



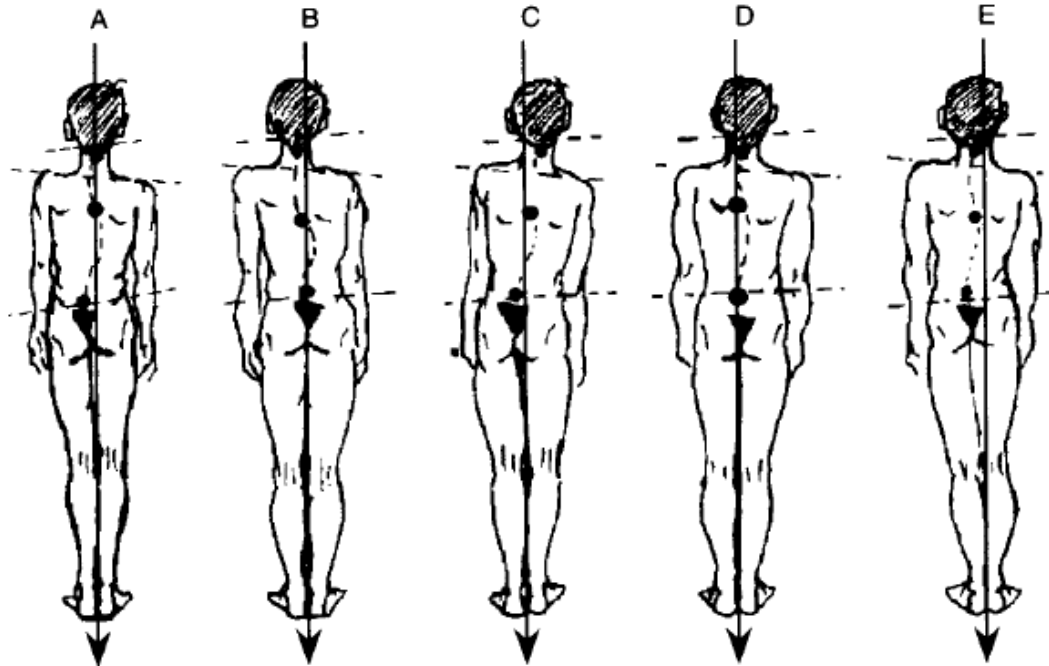
OBSERVACIÓN

- Evaluar la Lordosis Lumbar y su altura
- Estabilidad pélvica y piernas cortas



VERTICAL DE BARRÉ

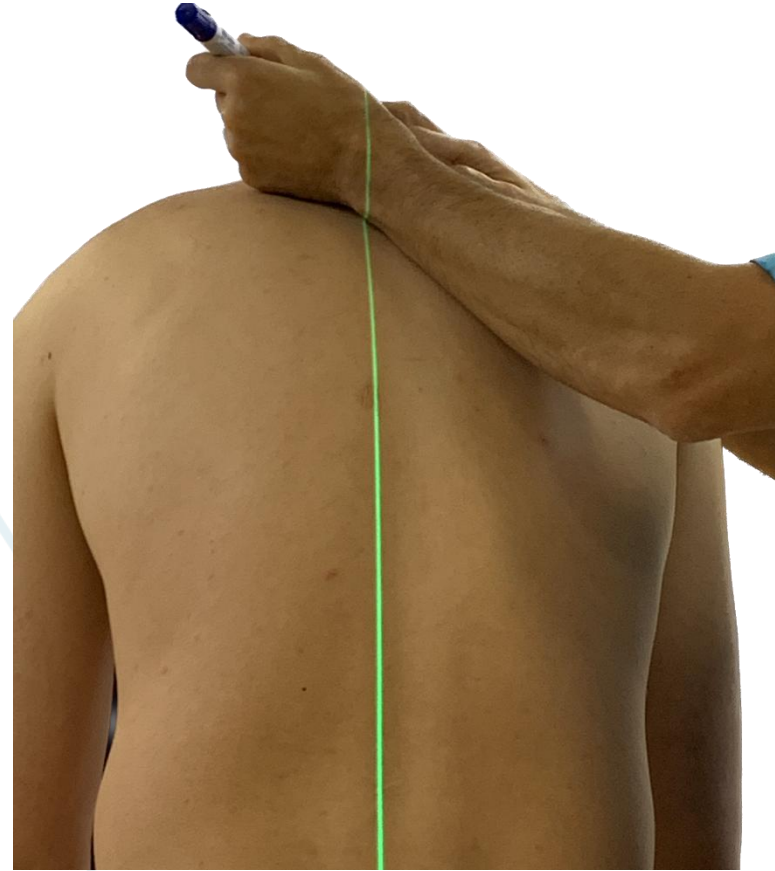
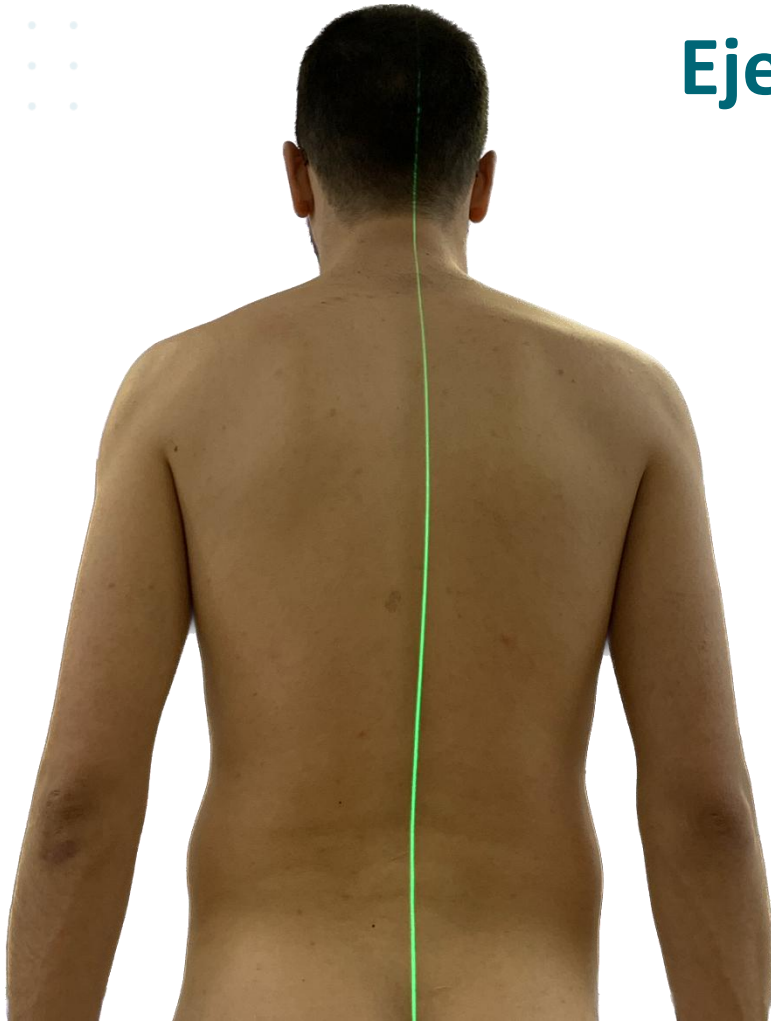
VERTICAL DE BARRÉ



- A. Desalineación L3 – **Problema bajo**
- B. Desalineación a partir de T4/T6 – **Problema alto**
- C. Desalineación cruzada – **Problemas mixtos**
- D. No hay desvío de las referencias – **Ojo a prismas**
- E. Desalineación de las referencias del mismo lado – **Síndrome disarmónico**



Ejemplo 1:

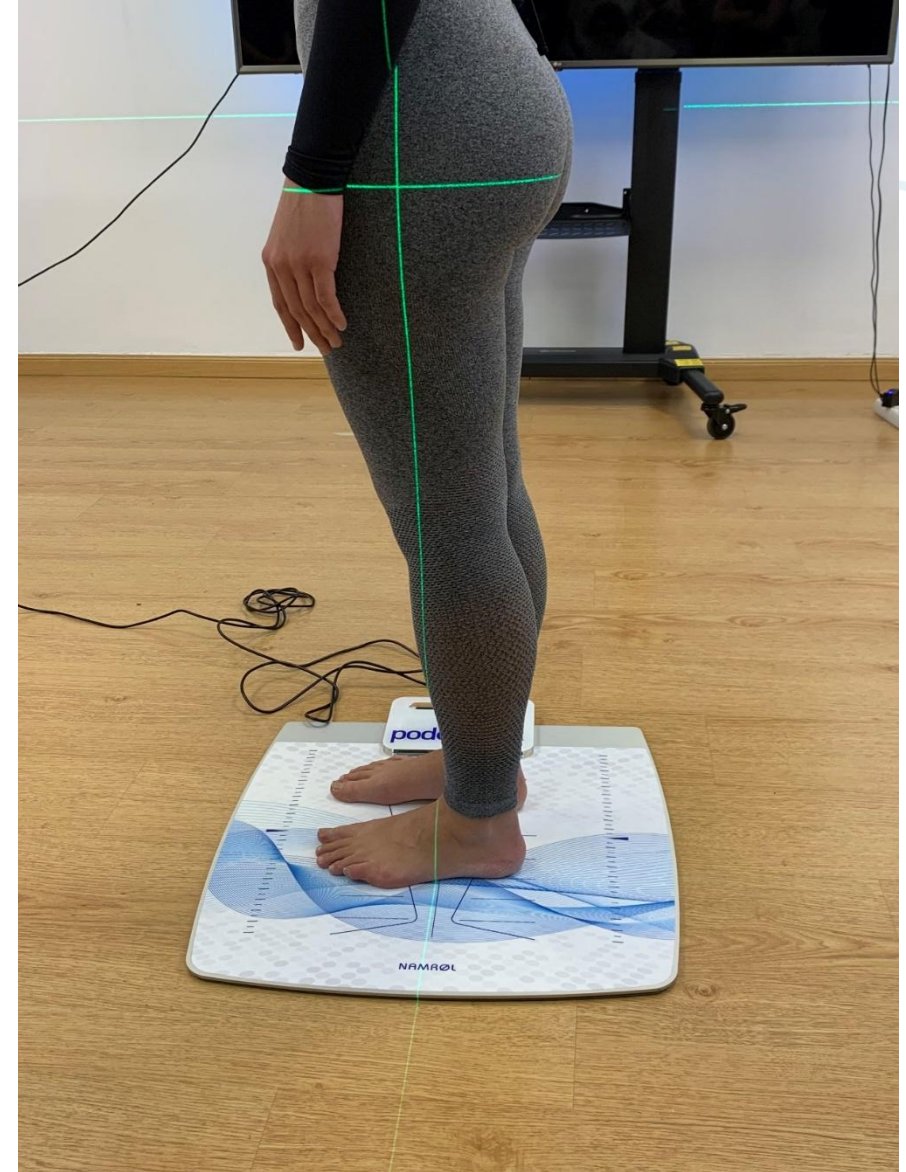
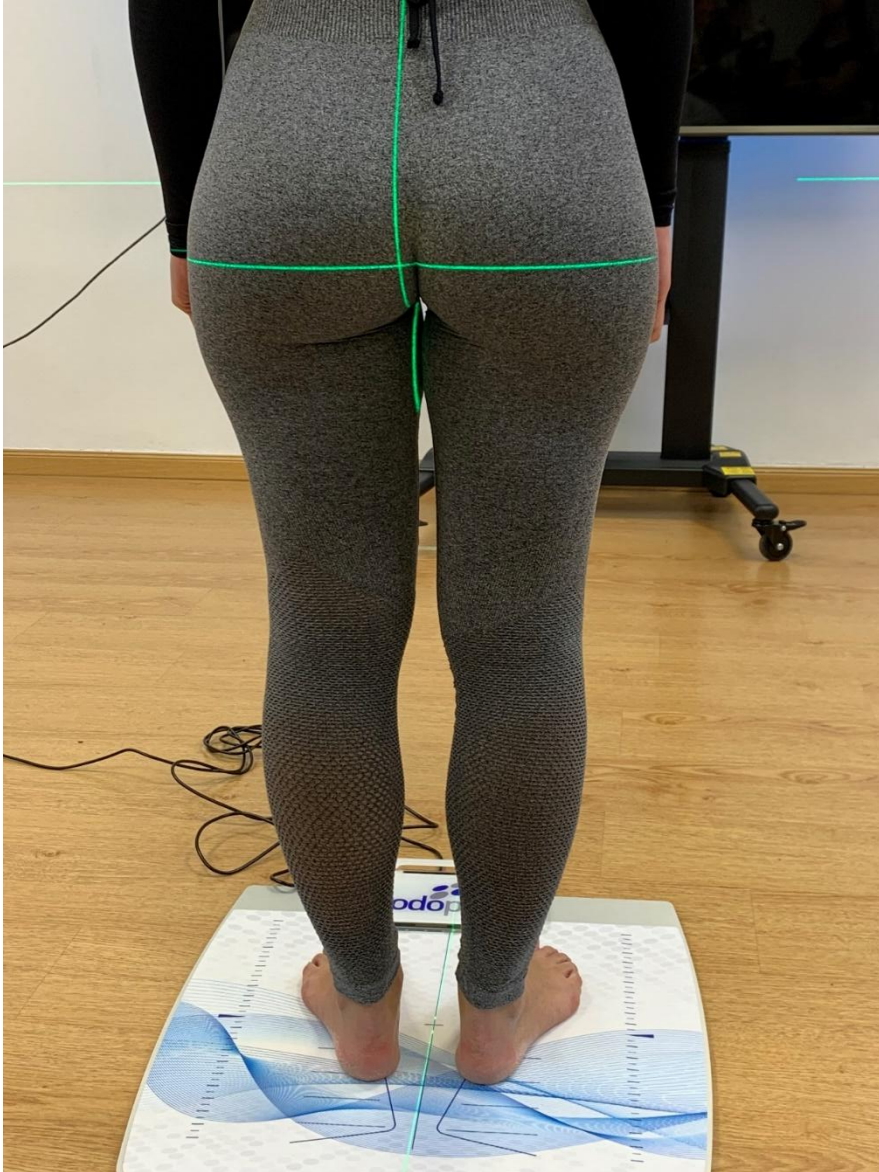


Ejemplo 2

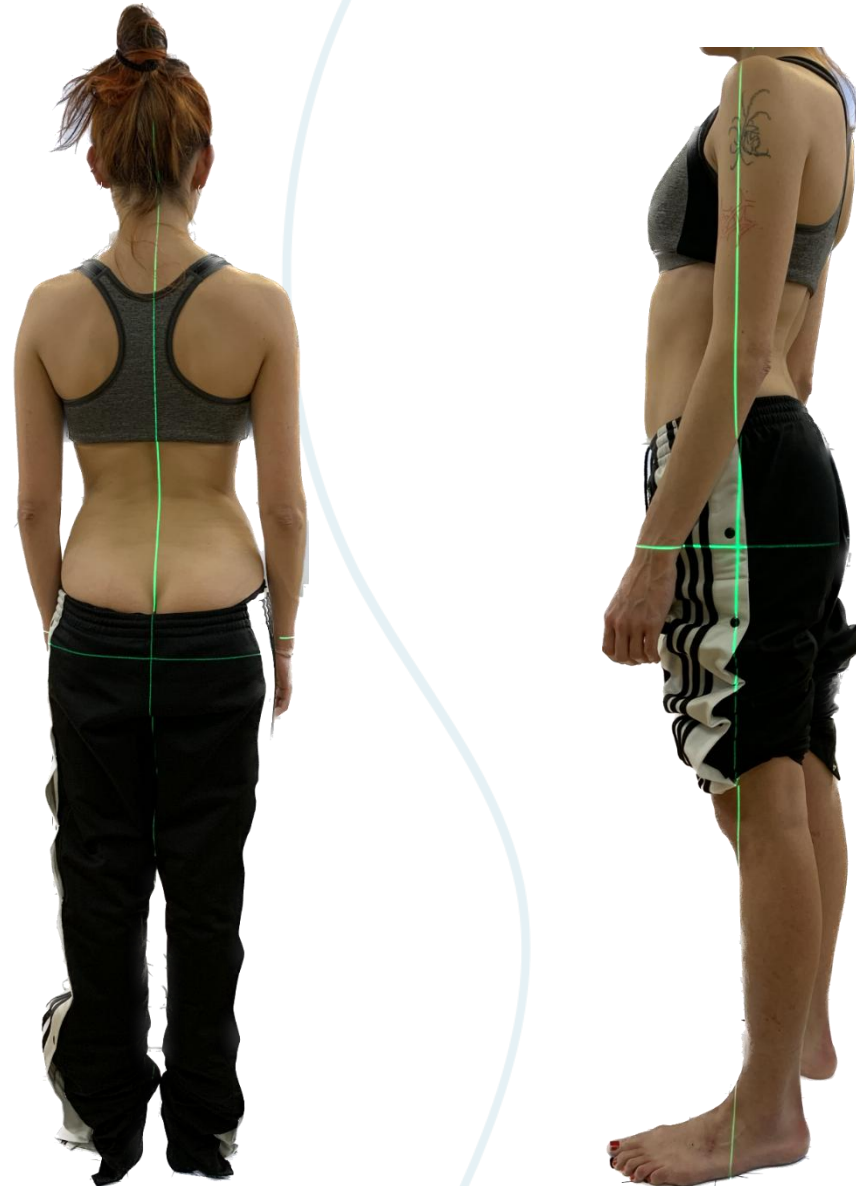
Ubicación del
paciente con
ángulo de Fick

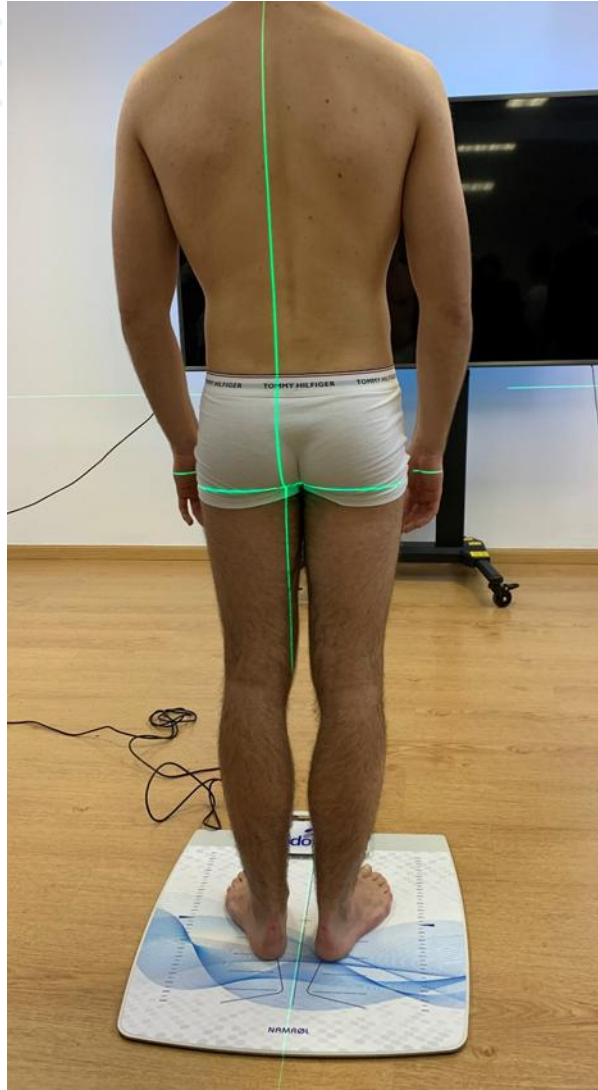


Ejemplo 3:



Ejemplo 4:





Ejemplo 5:

- Cadena ascendente
- Cadena descendente
- Desalineaciones cruzadas

Ejemplo 6





ÁNGULO DE FICK



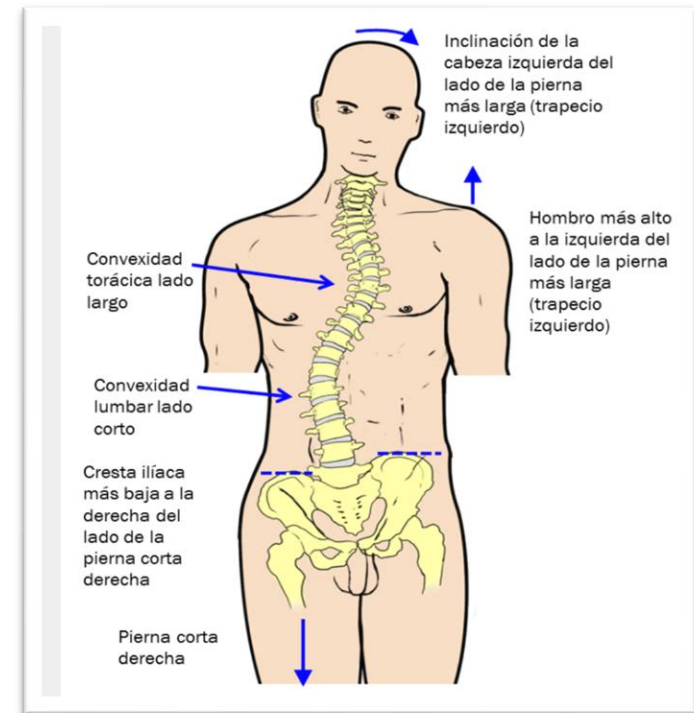
PELVIMETRO



ALTERACIONES DE LA POSTURA

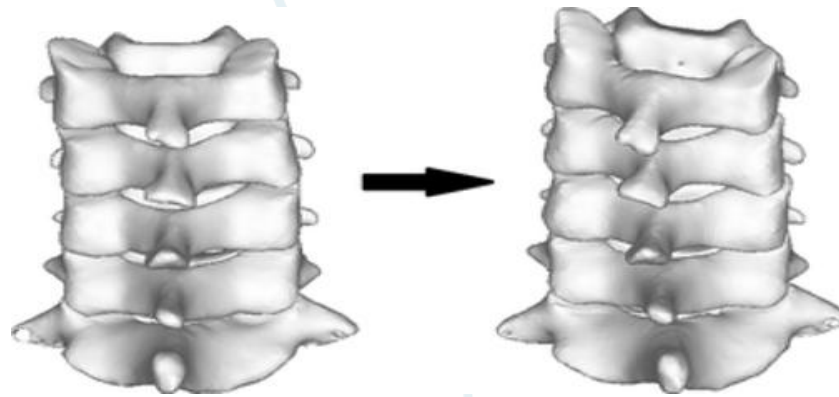
La desigualdad de longitud de los miembros inferiores produce torsión pélvica, asimetría de ángulos de las carillas lumbosacras, escoliosis postural (Giles et al, 1981 ; McCaw et al,1991).

Desequilibrio postural lateral por pierna corta derecha



Biomecánica Clínica

El cuerpo humano es capaz de adaptar la posición de la cabeza para mantener la horizontalidad de la mirada y del plano oclusal, sea cual sea la postura del resto del cuerpo



Patwardhan, A.G., Khayatzadeh, S., Havey, R.M., Voronov, L.I., Smith, Z.A., Kalmanson, O., Ghanayem, A.J. y Sears, W. (2018): "Cervical sagittal balance: a biomechanical perspective can help clinical practice", Eur Spine J, 27(1), pp. 25-38.

Para ello involucra:

- columna cervical superior (C0-C1-C2)
- columna cervical inferior (C3-C7)

Esto convierte a la región cervical en una de la de mayor amplitud de movimientos desde el punto de vista biomecánico, más concretamente la región cervical superior

Kang, J., Chen, G., Zhai, X. y He, X. (2019): "In vivo three-dimensional kinematics of the cervical spine during maximal active head rotation". PLOS ONE, 14(4), pp. 1-16.



Regional Interdependence: A Musculoskeletal Examination Model Whose Time Has Come

ROBERT S. WAINNER, PT, PhD, ECS, OCS, FAAOMPT¹

JULIE M. WHITMAN, PT, DSc, OCS, FAAOMPT²

JOSHUA A. CLELAND, PT, DPT, PhD, OCS, FAAOMPT³

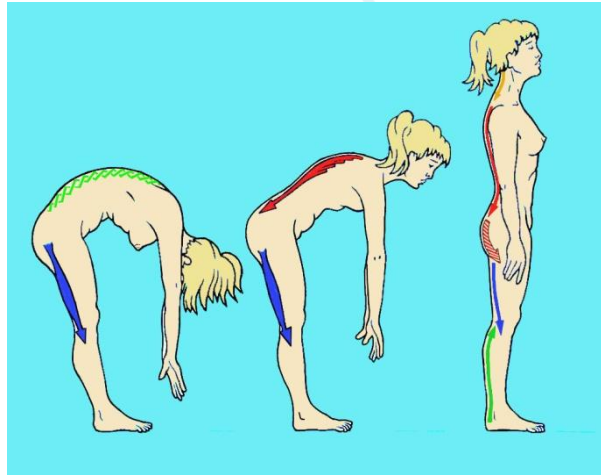
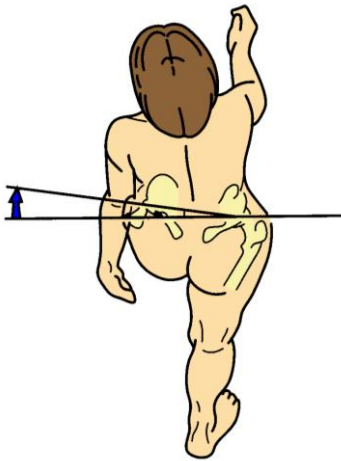
TIMOTHY W. FLYNN, PT, PhD, ECS, OCS, FAAOMPT⁴

The term *regional interdependence* may conjure up in the minds of readers the thought of interrelated geography, culture, or commerce, whereby one event in one of these areas affects events in a separate and possibly distant region. With respect to musculoskeletal problems, regional interdependence refers to the concept that seemingly unrelated impairments in a remote anatomical region may contribute to, or be associated with, the patient's primary complaint.²⁵



EXAMEN ACTIVO

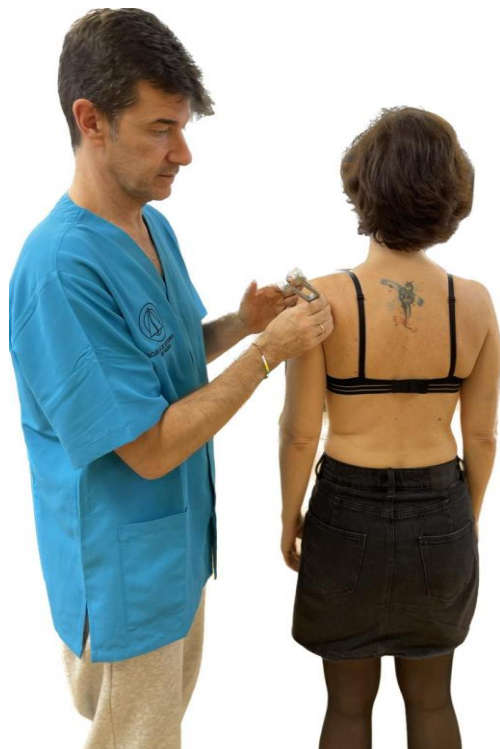
- Ritmo Lumbopélvico
- La marcha



- Valoración en Flx-Ext, S y R



Diapasón tipo Rydel-Seiffer



COMPÁS DE WEBER

El compás de Weber es un dispositivo que se emplea para valorar la discriminación táctil de 2 puntos:





Ambas exploraciones, la del compás de Weber y la del diapasón tipo Rydel-Seiffer, son exploraciones complementarias que se deberían hacer durante la valoración neurológica del paciente para comprobar ambos tipos de sensibilidad.

No obstante a nivel lumbar, ya que la sensibilidad entre 2 puntos es muy pobre, es poco utilizado el compás de Weber.

TEST DE SLUMP

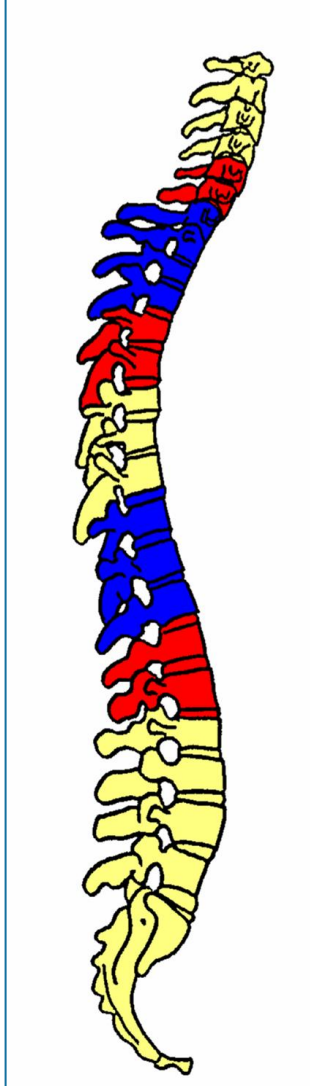




TEST DE MONTERO



HIPERMOVILIDAD E HIPOMOVILIDAD A NIVEL TORÁCICO

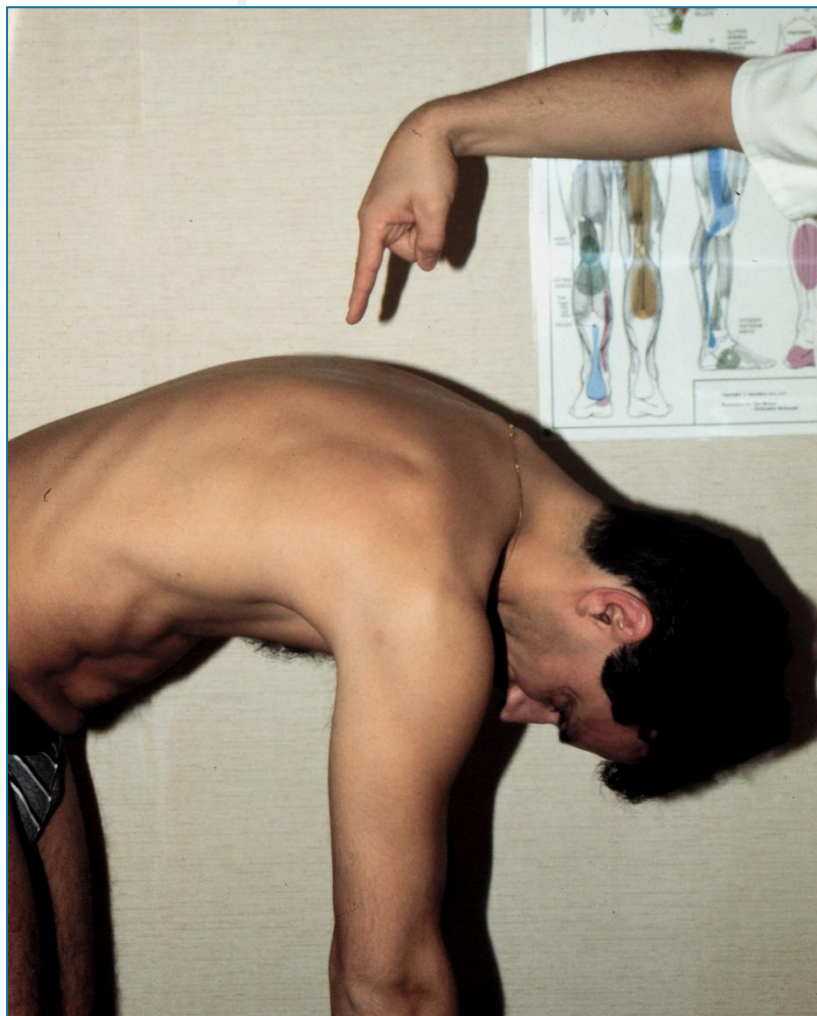


ZONA RIGIDA T10 A T12

*LUMBALGIAS ALTAS/
NEURALGIAS FEMORALES*



ZONA PLANA TORÁCICA BAJA



EXAMEN PASIVO (palpación)

NIVEL	ESCLEROTOMA	MIOTOMA	DERMATOMA
T10-T12	T12: sínfisis	Abdominales	región inguinal
T12-L1-L2-L3	L3: cóndilo interno	Psoas y add	Región antero-interna del muslo
L4 ROT rotuliano	Tuberosidad anterior tibial	Cuádriceps y tibial anterior	Región anterior del muslo y medial de pierna y pie
L5	Trocánter mayor y cabeza del peroné	Extensores de los dedos	Región anterior pierna y dorso, planta y lateral del pie
S1 ROT aquiles	Calcáneo	Isquiosurales, glúteos y peroneos	Región lateral del pie
S1-S2	Calcáneo	Triceps sural	Región posterior del MI

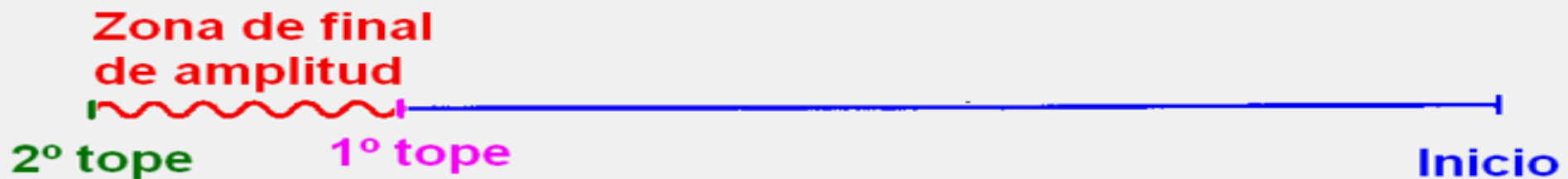


- **EXAMEN PASIVO (palpación)**
 - **Temperatura**
 - **Edema**
 - **Densidad de tejido**
 - **Puntos gatillo**
 - **Dermalgias reflejas**
 - **Esclerotomas**



Test específicos osteopáticos

- Test de movilidad (articular, muscular, fascial, visceral)



Test específicos osteopáticos

Test de inhibición de:

- Captor ocular
- Captor podal
- Captor estomatognático
- Cicatrices
- Vísceras



Osteoarticular

Miofascial



REPERCUSIONES

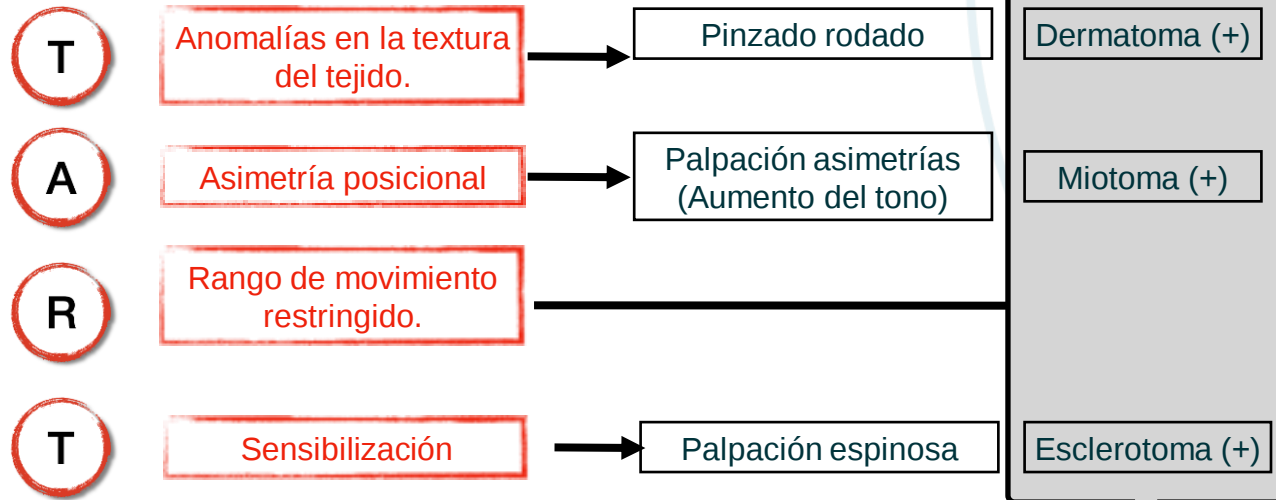
**ANALIZAR LOS RESULTADOS Y RELACIONARLO CON LOS SÍNTOMAS Y
VERIFICARLOS CON LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**



TESTS	ICC	KAPPA
<i>Altura crestas ilíacas</i>	52	0.26
<i>Altura EIPS</i>	75	0.54
<i>TFD</i>	82	0.62
<i>TFS</i>	63	0.26
<i>Gillet</i>	60	0.18
<i>Elev. activa pierna extendida</i>	93	0.81
<i>Joint play</i>	75	0.61
<i>Thigh thrust</i>	81	0.73
<i>Separación</i>	58	0.17
<i>Gaenslen</i>	80	0.51
<i>Patrick</i>	80	0.65
<i>Sacral thrust</i>	68	0.38
<i>Sensibilidad ligamento SI.</i>	91	0.83
<i>Compresión</i>	85	0.59



Diagnóstico de una Disfunción Vertebral



Nota:

- Las tres pruebas deben ser positivas.
- Los síntomas TART se pueden deber a muchas causas y hay que tener a todas en consideración.
- En las hipermovilidades, el test de movilidad puede ser normal y el de provocación ser positivo en imbricación y desimbricación

Movilidad Test a utilizar

Disfunción Hipomovilidad

Movilidad Reducida

Test Quick Scanning

Movilidad Aumentada

Disfunción Hipermovilidad

Provocación Test a utilizar

Disfunción de imbricación

En el lado de la imbricación:

- Extensión
- Lateroflexión Homolateral

En el lado de la desimbricación:

- Flexión
- Lateroflexión Contralateral

Disfunción desimbricación

Lo dos test son positivos

