PREGUNTAS TEORICO-PRACTICAS (a desarrollar en 1 hora)

1.- Definición de deficiencia, discapacidad y minusvalía

2.- ¿Qué nervio o nervios periféricos inervan el músculo bíceps braquial?

3.- Estudios diagnósticos en osteoporosis.
- anamnesis y exploración física
- laboratorio
- pruebas de imagen:
  - a.- radiología
  - b.- densitometría. Cribado
- indicaciones de la densitometría
- otros indicadores: IMC. Frax

4.- Escala de valoración de Oswestry.

5.- ¿Cuáles son las inserciones en el pie del tendón del tibial anterior?

6.- ¿Que es un pie Sach?

7.- ¿Qué nivel radicular explora el reflejo bicipital del miembro superior?

8.- Describa brevemente en que consiste el síndrome del empujador tras un ictus.

9.- Osteoporosis. Intervenciones terapéuticas: rehabilitación ortopédica. Dolor. Cifoplastia. Vertebroplastia.

- tratamiento rehabilitador
  - . Agentes físicos
  - . Sistemas de reeducación de equilibrio
  - . Ejercicio terapéutico y recuperación de fuerza/coordinación
  - . Corsés
- dolor
- cifoplastia. Vertebroplastia

10.- Osteoporosis: recomendaciones generales y prevención de riesgo
- recomendaciones universales
  - . Prevención
  - . Calcio
  - . Vitamina D
  - . Ejercicio
  - . Alcohol y tabaco
  - . Riesgo de caídas

1.- DEFINCIÓN DE DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD Y MINUSVALÍA

- Deficiencia: Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

- Discapacidad: Restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad (debido a una deficiencia) en la forma o dentro del margen que se considera normal para una persona.

- Minusvalía: Situación de desventaja para un individuo como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que le impide desempeñar un rol que es esperado en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física, pagina 8, tabla 1

2 ¿Qué nervio o nervios periféricos inervan el músculo bíceps braquial?

N. músculocutáneo

4.- ESCALA DE VALORACIÓN DE OSWESTRY

La escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry es, junto con la escala de Roland-Morris, la más utilizada y recomendada a nivel mundial

Escala de valoración de incapacidad para dolor lumbar moderado-severo.

Consta de 10 items: Intensidad de dolor, Cuidado personal, Levantar peso, Andar, Estar sentado, Estar de pie, Dormir, Actividad sexual, Vida social y Viajar.

Cada item consta de 6 opciones que puntuan de 0 a 5 en función de la afectación: 0 sin afectación y 5 puntos afectación grave o severa.

Una vez completado se suman todas las puntuaciones y se multiplica la cifra por 2.
Nos da el % de discapacidad

Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física, Pagina 393, Tabla 4

5.- ¿Cuáles son las inserciones en el pie del tendón del tibial anterior?

Superficie medial de la base del primer metatarsiano y la primera cuña

6.- ¿QUE ES UN PIE SACH?

Es un pie protésico convencional que ofrece amortiguación y absorbe energía, pero no la almacena ni la libera.

Significa: solid ankle-cushion heel // tobillo sólido-talón amortiguado.

Esta formado por una quilla central de madera recubierta de material flexible desde el talón hasta la punta de los dedos. Al cargar sobre el talón, éste se deforma y al comprimirse hace el efecto del movimiento del tobillo.

Es simple y estético.

REHABILITACIÓN MÉDICA, Pagina 70,

7.- ¿Qué nivel radicular explora el reflejo bicipital del Miembro Superior?

C5

8. Describa brevemente en que consiste el S. del empujador tras un Ictus

Consiste en una conducta desconcertante o paradójica de algunos pacientes hemipléjicos que empujan o inclinan su tronco hacia el lado hemipléjico y oponen fuerte resistencia a cualquier intento de corrección pasiva de la postura que pueda mover el peso hacia o a través de de la línea media del cuerpo hasta el lado no afectado. Esta relacionado con las agnosias espaciales unilaterales.
Dificulta los progresos iniciales de la fisioterapia pero suele desaparecer después de un periodo de entrenamiento del equilibrio.

RESPUESTA 3. Estudios diagnósticos en OP

Anamnesis y exploración física

- Edad y sexo femenino. Herencia (Historia fractura osteoporótica en familiar 1er grado). Etnia caucasoide.
- Talla (estatura pequeña, peso bajo, IMC < 20%)
- Fracturas previas por traumatismos leves
- Edad menarquia
- Menopausia precoz (<45 años, natural o quirúrgica) Dieta
- Ingesta reducida de calcio (durante la vida)
- Ingesta reducida de proteínas y/o fosfatos
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol,cafeína?
- Ejercicio físico (sedentarismo, discapacidad física)
- Niveles hormonales (hipogonadismo, amenorrea)
- Otros factores
  - Medicamentos (corticoides, litio, heparina, anticonvulsivantes, etc.)
  - Enfermedades (hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, gastrectomía, malabsorción intestinal, hepatopatías,...)

. Exploración física, cuestiones básicas.

- Peso y altura
- Equilibrio y agilidad
- TA, cardiovascular, audición y visión
- Exploración del raquis
  - Deformidad cifoescoliótica dorso-lumbar
  - Maniobras de carga vertebral
  - Existencia de hiperextensión cervical
  - Protusión abdominal

Laboratorio

En el **estudio inicial** de todo paciente con sospecha de osteoporosis es útil la realización de hemograma completo, VSG, perfil bioquímico que incluya calcio, fosfato, fosfatasa alcalina, función hepática y renal y calciuria de 24 horas (normal de 100-320 mg/día), además incluirá determinación de TSH. En ocasiones se observan elevaciones transitorias de la fosfatasa alcalina tras la aparición de una fractura.

Según los datos clínicos o analíticos iniciales se pueden añadir otros estudios: testosterona y LH en pacientes varones, cortisol en orina de 24 horas si se sospecha síndrome de Cushing, PTH para excluir hiperparatiroidismo, 25-OH vit D si se sospecha osteomalacia.

En el seguimiento del tratamiento se aconseja control de calcemia, fosfatemia, fosfatasa alcalina, creatinina y calciuria de 24 horas cada 4-6 meses, especialmente cuando se administra calcio y vitamina D.

. Estudios analíticos básicos.

Hemograma
VSG
Perfil bioquímico (glucosa, lípidos hepático, renal y fósforo, calcio)
TSH
Proteínas/Albúmina
Calciuria de 24 horas

Incluir electroforesis proteica en sangre y orina si posibilidad de mieloma múltiple

En el seguimiento calcio, fosfato, fosfatasa alcalina, creatinina y calciuria de 24 horas cada 4-6 meses.

Aunque no se utilizan de forma rutinaria, existe una evidencia cada vez mayor de que los marcadores bioquímicos de formación y resorción ósea son una ayuda útil a la hora de predecir la tasa de pérdida de masa ósea y la respuesta al tratamiento. Son marcadores de formación: osteocalcina, fosfatasa alcalina específica de hueso y péptidos terminales de procolágeno tipo I. Entre los marcadores de resorción encontramos: lisilpirridinolina, desoxilisilpirridinolina y N- y C-telopéptidos de colágeno tipo I. Sin embargo, debemos saber que los resultados de grandes estudios clínicos o epidemiológicos con estos marcadores son a veces difíciles de extrapolar a las situaciones clínicas diarias.

Pruebas de imagen:

Indicación de estudio radiológico vertebral y proyecciones radiológicas según la clínica

Dorso lumbalgia aguda	- Valorar fractura, osteopenia y otros diagnósticos - Proyección a-p y lateral de columna dorsal y lumbar
Dorso lumbalgia crónica, disminución de altura y/o deformidad raquídea	- Valorar osteopenia, fractura previa, deformidad vertebral y considerar otros diagnósticos - Proyección a-p y lateral de columna dorsal y lumbar
Pacientes asintomáticos y diagnóstico de osteoporosis mediante densitometría.	- Radiografía lateral de columna dorso lumbar (valorar fractura previa que incremente el riesgo de nueva fractura: 2.6 veces)

Signos radiológicos de osteoporosis.

- Adelgazamiento de la cortical en huesos largos
- Aumento de transparencia de los cuerpos vertebrales
- Disminución de la trabeculación horizontal
- Resalte de los platillos vertebrales
- Aumento de la trabeculación vertical
- Disminución de altura de los cuerpos vertebrales
    - Acuñamiento anterior
    - Vértebra bicóncava
    - Hundimiento del platillo superior
    - Vértebra en "galleta"

Indicaciones de la densitometría

Se proponen las siguientes indicaciones:

- Mujeres menores de 65 años con uno o más factores de riesgo para osteoporosis además de la menopausia

- Todas las mujeres mayores de 65 años independientemente de los factores de riesgo
- Deformidad vertebral u osteopenia radiológica
- Mujeres con deficiencia estrogénica y riesgo de osteoporosis en las que estaría indicado el uso de estrógenos o una terapia alternativa y la densidad ósea facilitará esta decisión
- Osteoporosis secundaria (corticoides, hiperparatiroidismo)
- Valoración de la respuesta al tratamiento

En la actualidad la técnica más ampliamente utilizada es la densitometría por absorciometría radiológica de doble energía **(DEXA)** de la columna lumbar o de la cadera, por su buena sensibilidad, elevada precisión, rapidez de medición y baja dosis de radiación. En 1994, auspiciada por la OMS, surgió una definición operativa de osteoporosis[1] como todo valor de la densidad mineral ósea inferior a –2,5 desviaciones estándar del valor medio de la población adulta joven (puntuación T); además se definieron los conceptos de normalidad y osteopenia densitométrica.

En sujetos ancianos la medición en columna puede resultar artefactada por la presencia de cambios degenerativos y calcificación aórtica, por lo que recomienda la medición en cadera. En pacientes más jóvenes, en el periodo posmenopáusico inmediato, se podría limitar el estudio a columna lumbar. En el resto de los casos se recomienda estudio de columna y fémur proximal.

Cribado de Osteoporosis

La estrategia más recomendable es la búsqueda selectiva de casos. Con ella, se pueden detectar casos en los que el médico puede aplicar los diferentes algoritmos de intervención. La confirmación diagnóstica se establecerá por la presencia de fracturas o, en su ausencia, por técnicas densitométricas. No se recomienda el cribado poblacional por no estar demostrado su balance coste/efectividad

Otros indicadores: IMC. FRAX (Definirlos)

RESPUESTA 9. Osteoporosis: Recomendaciones generales y prevención de riesgo

Recomendaciones universales:

Algunas intervenciones para optimizar y preservar la masa ósea tienen multitud de beneficios y son suficientemente "coste-eficaces" para ser recomendadas a toda la población. Estas recomendaciones incluyen:

Adecuada ingesta de calcio y vitamina D.

Ejercicio regular soportando carga.

Supresión del tabaco y exceso de alcohol.

Tratamiento de otros factores de riesgo de fractura (los implicados en disminuir el riesgo de caídas), como la disminución de la visión y otros.

A.- INGESTA ADECUADA DE CALCIO Y VITAMINA D: Debe recomendarse el aumento de la ingesta de calcio a nivel general, para garantizar el pico máximo de masa ósea (al menos 1200 mg/día e incluir suplementos sí fueran necesarios), y de vitamina D.

Pico de masa ósea. La masa ósea máxima se alcanza entre los 30-35 años (pico de masa ósea). A partir de este momento se inicia una pérdida progresiva y gradual. Esta pérdida, en las mujeres, se ve acelerada durante los 5-10 años posteriores a la menopausia.

Uno de los objetivos de la prevención primaria consiste en alcanzar el máximo pico de masa ósea en la edad adulta, ya que éste es un determinante importante en la predisposición a Osteoporosis. El pico de masa ósea está determinado por factores genéticos, raciales, ambientales y endocrinos. Para optimizar el pico de masa ósea se recomienda una dieta rica en calcio, ejercicio y evitar factores de riesgo.

Dieta usual y cálculo de ingesta de calcio. El calcio se absorbe en duodeno y yeyuno por transporte activo que depende de la vitamina D; cuando hay más ingesta de calcio éste difunde a través del intestino. La habilidad para la absorción de calcio disminuye con la edad y con la disminución de estrógenos en la menopausia. La ingesta ideal de calcio se realiza a través de los productos lácteos (otras buenas opciones son conservas de pescado y algunos vegetales

---

Necesidades de calcio. Están alrededor de 1200 mg./día. Existen épocas determinadas de la vida donde estas necesidades aumentan hasta los 1500 mg, como son: pubertad, embarazo, lactancia, postmenopausia y en la edad anciana. Estas necesidades de calcio se obtendrán preferentemente mediante la dieta, aunque si no se consiguen debemos recurrir a suplementos farmacológicos.

B.- SALES DE CALCIO: Disponemos de una serie de suplementos de sales de calcio a utilizar como complemento al tratamiento de la osteoporosis:

- Carbonato cálcico (calcio elemental 40%).
- Fosfato cálcico (39%).
- Gluconato cálcico (9%).
- Citrato cálcico (21%).
- Pidolato cálcico (13%).

C.- VITAMINA D: Recomendaciones de aporte. La vitamina D regula la síntesis de otras hormonas calciotropas, como la paratohormona (PTH), y actúa en diversos órganos implicados en la homeostasis cálcica, sobre todo en el intestino, favoreciendo la absorción intestinal de calcio, siendo el principal regulador de su absorción activa.

Los estudios de Chapuy et al y de Dawson Hugues et al, establecen que un valor de 40 ng/ml, óptimo para la salud ósea, se consigue con 400-800 U/día de vitamina D.

D.- EJERCICIO: Se recomienda ejercicio físico que implique sobrecarga mecánica (caminar, correr, subir y bajar escaleras, saltar y bailar, etc.) de forma regular mejorando el estado general, potenciando la musculatura y mejorando la movilidad del individuo. Con esto se consigue reducir el riesgo de caídas.

Además, el ejercicio puede aumentar discretamente la masa ósea, aunque no se ha establecido la intensidad ni la periodicidad óptimas para conseguirla. La práctica de programas específicos para la potenciación de la musculatura requiere supervisión con el fin de evitar los que sean nocivos para la columna.

E.- ABUSO DE TABACO Y ALCOHOL: Se debe advertir a los pacientes que abandonen el uso del tabaco y que beban alcohol de forma moderada.

F.- PREVENCIÓN DE CAÍDAS: Ha demostrado ser la medida más eficiente, ya que una caída depende de la zona del impacto y conlleva RR (Riesgo relativo) = 10. Esto supone que hay muchas actuaciones, en relación con el medio y protección de la zona de cadera, que no estamos llevando a cabo y que reducen en un 50% el riesgo de fractura. Un ejemplo serían los protectores de cadera, de los que tenemos recomendaciones con evidencias de tipo A.

RESPUESTA10.- Otras intervenciones: Rehabilitación ortopédica. Dolor. Cifoplastia. Vertebroplastia

Tratamiento rehabilitador: Los objetivos del tratamiento rehabilitador en la osteoporosis son en primer lugar la prevención de la aparición de nuevas fracturas, mediante sistemas de mejora del equilibrio y la propiocepción, de la masa ósea y muscular y de la repuesta funcional. Entre los agentes físicos de empleo común en la prevención y tratamiento se emplean los campos electromagnéticos pulsantes –CEM-, la cinesiterapia de reeducacion postural y del equilibrio, los agentes físicos analgésicos y antiinflamatorios como los ultrasonidos y electroterapia interferencial. Empleados fundamentalmente para el tratamiento del dolor

Sistemas de reeducación de equilibrio: Posturología, posturografía, Reeducacion vestibular y propioceptiva. Ejercicio terapéutico y recuperación de fuerza/coordnación. Corses: De hiperextensión en las fase agudas postfractura. De sosten y reeducacion posicional de columna

Cifoplastia. Vertebroplastia: Definición

CASO CLINICO NUM. 1

Paciente de 56 años diagnosticada de cáncer de mama derecha hace 5 años, tipo de intervención quirúrgica Madden derecho, posteriormente tratada con QT, en la actualidad continúa con hormonoterapia
Refiere desde hace dos años aumento progresivo del volumen del brazo que no se reduce con el descanso, siente sensación de pesadez y dolor desde la mama hasta el hueco axilar a veces nota que tiene "algo" que le impide estirar bien el codo, así mismo comenta que en este último año ha tenido dos episodios de enrojecimiento y aumento de la temperatura en la extremidad afecta y desde hace dos meses tiene parestesias en 2 y 3 dedo de la mano derecha
Es enviada por su Medico de Cabecera para valoración y tto , nunca ha sido valorada en un Servicio de Rehabilitación

Exploración

MA de C Cervical normal
MA de ambos hombros normal, escápula alada derecha
Disestesia en hueco axilar derecho
Cicatriz retraida y dolorosa
No brida axilar
Edema de consistencia dura localizado sobre todo en el antebrazo siendo muy manifiesto a nivel de dedos y dorso de la mano
Perimetria de 27 cm en ESD
El aspecto de las manos es de uñas mordidas y poco cuidadas, se le aprecian multiples arañazos en ambos brazos

Diagnóstico Linfedema postmastectomia derecha

PREGUNTAS

1. **ESTADIOS DEL LINFEDEMA**
2. **TTO DEL LINFEDEMA**
3. **CONTRAINDICACION DEL DLM**
4. **COMPLICACIONES DEL LINFEDEMA**
5. **COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA CIRUGÍA**

CASO CLINICO num. 1

Paciente de 56 años diagnosticada de cáncer de mama derecha hace 5 años, tipo de intervención quirúrgica Madden derecho, posteriormente tratada con QT, en la actualidad continúa con hormonoterapia
Refiere desde hace dos años aumento progresivo del volumen del brazo que no se reduce con el descanso, siente sensación de pesadez y dolor desde la mama hasta el hueco axilar a veces nota que tiene "algo" que le impide estirar bien el codo, así mismo comenta que en este último año ha tenido dos episodios de enrojecimiento y aumento de la temperatura en la extremidad afecta y desde hace dos meses tiene parestesias en 2 y 3 dedo de la mano derecha
Es enviada por su Medico de Cabecera para valoración y tto , nunca ha sido valorada en un Servicio de Rehabilitación

Exploración

MA de C Cervical normal
MA de ambos hombros normal, escápula alada derecha
Disestesia en hueco axilar derecho
Cicatriz retraida y dolorosa
No brida axilar
Edema de consistencia dura localizado sobre todo en el antebrazo siendo muy manifiesto a nivel de dedos y dorso de la mano
Perimetria de 27 cm en ESD
El aspecto de las manos es de uñas mordidas y poco cuidadas, se le aprecian multiples arañazos en ambos brazos

Diagnóstico Linfedema postmastectomia derecha

PREGUNTAS

1. **ESTADIOS DEL LINFEDEMA**

ESTADÍO 0 ó LATENTE El linfedema no está presente pero el paciente se clasifica como de riesgo de linfedema	▪ Los vasos linfáticos están lesionados pero no es aparente. ▪ Hay reducción de la capacidad de transporte* pero ésta es suficiente para la cantidad de linfa a drenar. ▪ Puede haber quejas subjetivas del paciente. ▪ No hay evidencia clínica de linfedema, aunque por linfoescintigrafía se detecta un flujo linfático más lenta con retorno dérmico.	

3. CONTRAINDICACION DEL DLM

Infecciones agudas :linfangitis
Insuficiencia cardiaca descompensada
Infecciones generalizadas
Tromboflebitis

4. COMPLICACIONES DEL LINFEDEMA

linfangitis /erisipela

Es una celulitis aguda superficial, que afecta a los vasos linfáticos, causada por infección del estreptococo del grupo A y caracterizada por una zona roja, caliente , brillante, edematosa. Se prevee su resolución a los 8-10 dias. Normalmente hay una puerta de entrada que suele ser un pinchazo, herida etc. Se trata con antibioterapia, Amoxicilina-Clavulánico 875/125 mg. durante 8-10 dias. Si durante un año sufre tres o más episodios de linfangitis o dos linfangitis en un periodo de tres meses se le tratará con Penicilina Benzatina 1.200.000u.i. cada 28 días durante 6 meses como mínimo. Durante el tiempo que dure la infección está contraindicado todo tipo de tratamiento fisioterápico.

Sindrome del túnel carpiano

Es una compresión del nervio mediano a nivel del túnel del carpo debido al aumento de volumen producido por el linfedema, su resolución en ultima estancia es quirúrgica

5. COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA CIRUGÍA

Trastornos de sensibilidad

Se localizan en la pared costal, región axilar y cara interna del brazo del lado intervenido. La descripción más frecuente en las consultas es la sensación de "pesadez y acorchamiento" debajo del brazo. Se producen por lesión de los nervios axilares. En general mejoran con el paso del tiempo pero en algunos casos son alteraciones permanentes.

Lesiones nerviosas

Se relacionan con la afectación de uno de estos nervios periféricos:

- **Intercostobraquial**: produce dolor en la pared costal que en ocasiones limita las actividades de vida diaria y requiere tratamiento farmacológico analgésico.
- **Torácico largo**: apreciamos en la exploración clínica una escápula alada y una alteración en la movilidad de la articulación escapulotorácica, puede evolucionar con dolor. Generalmente se va recuperando a lo largo del tiempo pero en

ocasiones es preciso tratamiento tanto del dolor como de la alteración de la dinámica articular.

Complicaciones cicatriciales

En la consulta de rehabilitación se evalúan, por si es preciso tratarlas, cicatrices dolorosas, adheridas a planos profundos o retraídas que produzcan limitación de la movilidad articular del hombro. También se valoran retracciones tendino-musculares, fundamentalmente del pectoral, que pueden estar involucradas en una restricción de la capacidad de movimiento articular.

Cordón

Los pacientes afectados por esta alteración refieren dolor localizado en un trayecto de la extremidad superior en el que se palpa un fino cordón en la exploración. Si se localiza en una zona articular puede producir además limitación de la movilidad.

CASO CLINICO NUM. 1

Paciente de 56 años diagnosticada de cáncer de mama derecha hace 5 años, tipo de intervención quirúrgica Madden derecho, posteriormente tratada con QT, en la actualidad continúa con hormonoterapia
Refiere desde hace dos años aumento progresivo del volumen del brazo que no se reduce con el descanso, siente sensación de pesadez y dolor desde la mama hasta el hueco axilar a veces nota que tiene "algo" que le impide estirar bien el codo, así mismo comenta que en este último año ha tenido dos episodios de enrojecimiento y aumento de la temperatura en la extremidad afecta y desde hace dos meses tiene parestesias en 2 y 3 dedo de la mano derecha
Es enviada por su Medico de Cabecera para valoración y tto , nunca ha sido valorada en un Servicio de Rehabilitación

Exploración

MA de C Cervical normal
MA de ambos hombros normal, escápula alada derecha
Disestesia en hueco axilar derecho
Cicatriz retraida y dolorosa
No brida axilar
Edema de consistencia dura localizado sobre todo en el antebrazo siendo muy manifiesto a nivel de dedos y dorso de la mano
Perimetria de 27 cm en ESD
El aspecto de las manos es de uñas mordidas y poco cuidadas, se le aprecian multiples arañazos en ambos brazos

Diagnóstico Linfedema postmastectomia derecha

PREGUNTAS

1. **ESTADIOS DEL LINFEDEMA**
2. **TTO DEL LINFEDEMA**
3. **CONTRAINDICACION DEL DLM**
4. **COMPLICACIONES DEL LINFEDEMA**
5. **COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA CIRUGÍA**

CASO CLINICO NUM. 2

Paciente varon de 79 años de edad que es traido en ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital, tras sufrir un cuadro de dolor intenso de cabeza y vomitos intensos, seguido de caida al suelo sin golpearse en la cabeza e imposibilidad para levantarse. Su esposa refiere que ha transcurrido media hora desde el comienzo de los síntomas hasta su llegada al hospital. El paciente no toma ninguna medicacion de forma habitual y al ser preguntado por sus antecedentes personales patologicos niega enfermedad alguna.

Exploracion Física: (a su llegada a Urgencias)

Temperatura: 37 ºC. T.Art.: 170/95. F.C.: 96 x´ arrítmico. ECG: F.A.
Consciente. Desorientado en tiempo y espacio. Mal estado general. No alteraciones del lenguaje comprensivo ni expresivo.
Plejia completa en MSI y en MII con flacidez completa. Hipoestesia discreta en ambas extremidades izdas. No alteraciones campimetricas.
Heminegligencia izda. Hemisomatognosia izda. Anosognosia.
Equilibrio de Tronco no explorable.
ROT abolidos en extremidades izdas. RCP indiferente en lado izdo.

Valorado por el Neurologo de Guardia indica la realización de TAC cerebral urgente y es informado así: "imagen hiperdensa ovalada intraparenquimatosa, en región de ganglios basales izquierdos, con un volumen de 8 cc. Moderada atrofia cortical de predominio frontal. Sistema ventricular no dilatado. Línea media centrada". Tras su visualizacion, el Neurologo ordena el ingreso en la Unidad de Ictus, explicando al paciente y su familia que no hay indicacion de fibrinolisis. Las exploraciones complementarias descartan la existencia de lesiones aneurismaticas y fistulas arteriovenosas asi como otras malformaciones A-V intracerebrales

A los dos días del ingreso y una vez que se ha estabilizado clínicamente el paciente es consultado el Servicio de Rehabilitación.

PREGUNTAS:

1) Cual es el diagnostico mas probable de este paciente
HEMORRAGIA INTRACEREBRAL INTRAPARENQUIMATOSA DE PROBABLE ETIOLOGIA HIPERTENSIVA

PODRIA TRATARSE DE UN INFARTO CEREBRAL SECUNDARIO A LA F.A. CON TRANSFORMACION HEMORRAGICA POSTERIOR PERO HAN PASADO MUY POCO TIEMPO DESDE EL COMIENZO DEL ICTUS Y LAS TRANSFORMACIONES HEMORRAGICAS EN AUSENCIA DE FIBRINOLISIS SUELEN APARECER A LOS POCOS DIAS (NO EN LOS PRIMEROS MINUTOS)

CENTRO ESPECIALIZADO CON SERVICIO DE REHABILITACION NEUROLOGICA PARA VALORACION DE POSIBLES MEJORIAS

-SI EL PACIENTE HA MEJORADO CLINICAMENTE, TIENE CAPACIDAD DE APRENDIZAJE Y DE ENTENDER LO QUE REQUERIMOS DE EL, INICIA ACTIVIDAD MUSCULAR EN EXTREMIDADES IZDAS, E INICIA REACCIONES DE EQUILIBRIO EN SEDESTACION:
SE PROPONDRA INGRESO EN CENTRO ESPECIALIZADO CON SERVICIO DE REHABILITACION NEUROLOGICA PARA CONTINUAR ALLI SU TRATAMIENTO REHABILITADOR ALTAMENTE ESPECIALIZADO EN REGIMEN DE INGRESO (LAS PRIMERAS SEMANAS, DESPUES CONTINUARA EL TRATAMIENTO AMBULATORIAMENTE).

-SI EL PACIENTE HA MEJORADO MUCHO Y ES CAPAZ ADEMAS DEL NIVEL ANTERIOR DE AYUDAR EN LA TRANSFERENCIA SEDESTACION-BIPEDESTACION, MANTIENE BIPEDESTACION CON AYUDA DE UNA O DOS PERSONAS Y ES CAPAZ DE DAR UNOS PASOS POR LA HABITACION CON DICHA AYUDA:
ALTA A DOMICILIO (SIEMPRE Y CUANDO HAYA APOYO SOCIOFAMILIAR ADECUADO) Y TRATAMIENTO AMBULATORIO EN CENTRO ESPECIALIZADO CON SERVICIO DE REHABILITACION NEUROLOGICA

-SI EL PACIENTE HA MEJORADO MUCHO MAS Y YA ES CAPAZ DE MANEJAR SU MIEMBRO SUPERIOR EN TAREAS FUNCIONALES CON PARECIDA DESTREZA A ANTES DEL ICTUS Y HA RECUPERADO CASI TOTALMENTE SU NIVEL PREVIO DE MARCHA Y SUS TRASTORNOS PERCEPTIVOS:
ALTA A DOMICILIO, CON ENSEÑANZA DE EJERCICIOS DOMICILIARIOS Y REVISIONES PERIODICAS EN CENTRO ESPECIALIZADO CON SERVICIO DE REHABILITACION NEUROLOGICA

6) Defina en que puede consistir la heminegligencia que presenta este paciente, así como la hemisomatognosia y la anosognosia.

HEMISOMATOGNOSIA: IMPOSIBILIDAD DE MAYOR O MENOR GRADO PARA RECONOCER COMO PROPIAS SUS EXTREMIDADES IZDAS
ANOSOGNOSIA: IMPOSIBILIDAD DE MAYOR O MENOR GRADO PARA RECONOCER LA PERDIDA DE FUERZA EN SUS EXTREMIDADES IZDAS. EL PACIENTE ESTA CONVENCIDO DE QUE PUEDE MOVER SUS EXTREMIDADES PLEJICAS
HEMINEGLIGENCIA: IMPOSIBILIDAD DE MAYOR O MENOR GRADO PARA RECONOCER ESTIMULOS VISUALES, ACUSTICOS, VERBALES, TACTILES QUE PROVENGAN DEL HEMIMUNDO IZDO DEL PACIENTE

7) Que pronostico funcional de marcha tiene este paciente suponiendo que a las dos semanas del ingreso sea capaz de mantener sedestacion al borde de la cama, sin alteraciones sensitivas, con un BM global a 3 tanto en M.Superior como en miembro inferior izdos, con buena movilidad distal en la mano (funcional en

pinzas termino-terminales) y logrando dorsiflexion activa de tobillo izdo, persistiendo una leve heminegligencia.

REALMENTE BUENO. TRATANDOSE DE UN PACIENTE HEMORRAGICO, CON UNA HEMORRAGIA PEQUEÑA, SIN DATOS DE RESANGRADO Y QUE EN TAN SOLO DOS SEMANAS HA PASADO DE ESTAR PLEJICO Y FLACIDO Y CON IMPORTANTES TRASTORNOS PERCEPTIVOS A TENER LA EXPLORACION QUE SE DESCRIBE EN LA PREGUNTA ES ALTAMENTE PROBABLE QUE EL PACIENTE VOLVERA A CAMINAR, PERO ES IMPOSIBLE DETERMINAR EL GRADO DE AYUDA QUE PRECISARA Y SI NECESITARA ALGUN TIPO DE AYUDA TECNICA