

Examen del concurso-oposición para optar a plazas de la categoría

FACULTATIVO/FACULTATIVA ESPECIALISTA DE ÁREA

DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN del Servicio de Salud de las Islas Baleares

Observaciones:

- El tiempo para completar el ejercicio es de dos horas (120 minutos).
- Esta prueba consta de cinco casos prácticos, de los cuales tiene que elegir solo uno para responder las preguntas que se formulan. A cada pregunta se le ha asignado una puntuación propia.
- La valoración global de la prueba es de 60 puntos; para superarla hay que lograr la puntuación mínima de 30 puntos.
- Las páginas de este cuaderno están numeradas; compruebe su contenido hasta la última página.
- Si detecta alguna anomalía en la impresión del cuaderno, pida que se lo cambien.

Advertencias:

- No abra el cuestionario hasta que se lo indiquen.
- En las hojas de respuesta, pegue las pegatinas que les hayamos facilitado (una en cada hoja blanca).
- Escriba claramente el número de caso práctico que haya decidido responder y numere todas las hojas por ambas caras.
- No escriba en el apartado «Categoría».
- No haga ningún tipo de marca que pueda desvirtuar los principios de igualdad, mérito y capacidad.
- Únicamente puede utilizar bolígrafo negro o azul.
- Durante la prueba tiene que mantener apagados el teléfono móvil y cualquier otro aparato que permita la comunicación telemática.
- Incumplir cualquiera de estas advertencias puede suponer la exclusión del examen.

CASO PRÁCTICO 1: hombre de 60 años de edad alérgico a la penicilina y exfumador desde los 25 años

ANTECEDENTES PERSONALES

- Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial y dislipemia mixta en tratamiento farmacológico.
- Diabetes *mellitus* en tratamiento con antidiabéticos orales.
- Neumonía bilateral adquirida en la comunidad en 2018.
- Sin criterios de bronquitis crónica.
- Fractura del codo izquierdo en 2017, intervenida.
- Situación basal: independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Índice de Barthel: 100.
- Otros datos: conductor de maquinaria pesada; vive con su mujer en un primer piso sin ascensor.

TRATAMIENTO HABITUAL

- Enalapril 20 mg1 comprimido cada 12 horas
- Bisoprolol 2,5 mg1 comprimido cada 24 horas
- Atorvastatina 10 mg1 comprimido cada 24 horas
- Fenofibrato 200 mg1 comprimido cada 24 horas
- Empagliflozina 10 mg1 comprimido cada 24 horas
- Gliclazida retard 30 mg1 comprimido cada 24 horas
- Sitagliptina/metformina 50/1.000 mg1 comprimido cada 12 horas

INGRESO EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

- Se mantiene eupneico; requiere oxigenoterapia con gafas nasales, a 2 litros por minuto.
- Durante la tarde del 17 de abril presenta un rápido empeoramiento de la disnea, con taquipnea de 35 respiraciones por minuto, mala mecánica ventilatoria y aumento de las necesidades de la fracción inspirada de oxígeno (FiO₂).
- Se llevan a cabo pruebas complementarias, que muestran un empeoramiento radiológico y analítico, por lo que se decide que ingrese en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para hacerle una intubación orotraqueal y instaurarle ventilación mecánica.

INGRESO EN LA UCI

- Respiración:
 - Presenta una evolución tórpida, por lo que requiere estar en la posición de decúbito prono, pero finalmente, el 11 de mayo, se le hace una traqueotomía percutánea.



- A partir del 17 de mayo se inician progresivamente las desconexiones; el 22 de mayo, tras mantenerlo más de 48 horas desconectado, se cambia la cánula a fenestrada sin balón, con resultado de buena tolerancia.
- El 25 de mayo se retira la cánula sin incidencias.
- Desde el punto de vista hemodinámico, requiere tratamiento con noradrenalina, que se retira el 4 de mayo.
- Presenta otras complicaciones, como una sepsis de origen desconocido, tratada con antibioticoterapia empírica, con resultados de buena evolución y cultivos negativos a los diez días.

VALORACIÓN DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN (6 de mayo)

- Neurológica:
 - Paciente con sedoanalgesia con perfusión continua: morfina a 0,01 mg/kg/h y dexmedetomidina a 0,5 mg/kg/min.
 - Presenta un RASS de 0.
 - Colaborador; obedece órdenes sencillas.
- Respiratoria:
 - Conectado a ventilación mecánica en modo de ventilación controlada por presión.
 - FiO₂: 35 %; presión positiva al final de la espiración (PEEP): 4; frecuencia respiratoria: 20 rpm; presión inspiratoria: 20; SatO₂: > 96 %.
 - Secreciones moderadas, espesas y purulentas.
- Cardiovascular:
 - Hemodinámicamente estable sin drogas vasoactivas.
 - Normotenso (presión arterial: 140 -70 mmHg).
 - Ritmo sinusal.
 - Frecuencia cardíaca: 75 lpm.
- Movilización: buena tolerancia a los cambios posturales.
- Articular: sin limitación del balance articular pasivo.
- Muscular: escala modificada MRC (Medical Research Council) = 18.
- La valoración clínica es compatible con un síndrome de debilidad adquirida en la UCI, por lo que es incluido en un programa de tratamiento rehabilitador.

Dada la mejoría progresiva del paciente, el 2 de junio recibe el alta de la UCI y pasa a la planta de hospitalización, donde continúa el tratamiento de rehabilitación durante el resto del ingreso (hasta el 10 de junio), cuando recibe el alta hospitalaria con la situación funcional siguiente: marcha con andador, disnea según la escala MRC = 1, índice de Barthel = 70.

PREGUNTAS

1. Concepto de *síndrome de debilidad adquirida en la UCI*. Factores de riesgo asociados al desarrollo de dicho síndrome. Instrumentos y escalas de valoración en la UCI. Implicaciones evolutivas. (20 puntos)
2. Movilización precoz en la UCI: concepto, objetivos y beneficios . Tipos de intervención según el estado del paciente. Criterios de interrupción. (20 puntos)
3. Dada la situación clínica en el momento del alta, describa el nivel asistencial de atención y seguimiento desde el punto de vista rehabilitador. (20 puntos)



CASO PRÁCTICO 2: mujer de 40 años remitida a la consulta de rehabilitación de suelo pélvico desde el servicio de ginecología por incontinencia urinaria y cistocele de grado I

ANTECEDENTES GENERALES

- Sin alergias medicamentosas; sin diabetes *mellitus*; sobrepeso.
- Ansiedad; fumadora de 10 cigarrillos/día.
- Tratamientos actuales: lorazepam 1 mg a demanda.
- Empleo: camarera de pisos. Actividad deportiva: ninguna.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y GENITOUROLÓGICOS

- Tres embarazos:
 - Primer parto, a los 20 años por la vía vaginal con episiotomía; peso del recién nacido: 3.500 g.
 - Segundo parto, a los 25 años por la vía vaginal con fórceps; peso del recién nacido: 3.800 g.
 - Tercer parto, por cesárea; peso del recién nacido: 4.100 g.
- Normorreica.
- Sin infecciones genitourinarias.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Sin otras intervenciones quirúrgicas.

ANAMNESIS

- Frecuencia miccional aumentada, urgencia miccional con ocasionales pérdidas de orina antes de llegar al baño. Pérdidas de orina al reír y al toser. Por las noche tiene que levantarse dos veces para orinar. Sin síntomas de disfunción de vaciado.
- Inicio hace cuatro años, después del tercer parto, y progresivamente en aumento. Interfiere en el descanso nocturno y en la actividad laboral.
- Aporta análisis de la orina, que no muestra alteraciones en el sedimento ni infección.

PREGUNTAS

1. Complete la anamnesis. Orientación diagnóstica del tipo de incontinencia. (10 puntos)
2. Describa la exploración física. (20 puntos)
3. ¿Qué pruebas complementarias considera necesarias para completar el diagnóstico y orientar el tratamiento? (10 puntos)
4. Descripción y objetivos del tratamiento rehabilitador, conductual y farmacológico. (20 puntos)

CASO PRÁCTICO 3: niño de 11 años y 8 meses con parálisis cerebral valorado en la consulta externa de rehabilitación tras ser derivado por su pediatra para iniciar un seguimiento

David es un niño de 11 años y 8 meses que es valorado en la consulta externa de rehabilitación por primera vez tras ser derivado por su pediatra para iniciar un seguimiento, ya que recientemente él y su familia se han mudado a Palma. En esta primera visita le acompaña su madre. David fue diagnosticado de una parálisis cerebral en la primera infancia; en los informes que su madre aporta constan los antecedentes personales siguientes y el desarrollo psicomotor del niño en los primeros años.

ANTECEDENTES PERSONALES

- Recién nacido pretérmino (semana de la gestación 27+3).
- Peso al nacer: 1.300 gramos.
- Enfermedad de membrana hialina.
- Hemorragia intraparenquimatosa de grado IV izquierda.
- Hipocalcemia transitoria.
- Fosa oval permeable resuelta.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- Gestación: 27 controlada.
- Número de fetos: 1.
- Cribado de cromosomopatías: normal.
- Ecografías prenatales en el segundo y en el tercer trimestre: normales.
- Incidencias en la primera mitad del embarazo: no se refieren.
- Incidencias en la segunda mitad del embarazo: no se refieren.
- Líquido amniótico: claro.
- Fiebre materna: sí.
- Sospecha de corioamnionitis: sí.
- Maduración fetal: completa.
- Presentación: cefálica.
- Tipo de parto: cesárea electiva por sospecha de pérdida del bienestar fetal.
- Puntuación de Apgar en el minuto 1 = 4.
- Puntuación de Apgar en el minuto 5 = 9.

DESARROLLO PSICOMOTOR

- Sostén cefálico: 3 meses de edad cronológica.
- Volteo: 9-10 meses de edad cronológica.
- Sedestación: 13 meses de edad cronológica.
- Gateo: no.
- Bipedestación: 14 meses de edad cronológica.
- Marcha: 28 meses de edad cronológica.
- Preferencia manual: mostró dominancia izquierda a los 7 meses.



La madre de David refiere que desde que el niño nació, por los problemas y por los resultados de las pruebas complementarias que presentó y las consultas en los primeros meses de los diferentes especialistas que lo controlaban, le habían avisado del riesgo de que padeciera problemas en el desarrollo. Por este motivo durante los primeros años lo sometieron a múltiples tratamientos de estimulación: terapia Bobath, terapia Vojtia, hipoterapia, Therasuit, terapia ocupacional, logopedia, terapia por restricción del movimiento (CIMT), etc. Desde que se trasladaron a Mallorca, un terapeuta ocupacional se desplaza a domicilio una vez a la semana para trabajar con David y su familia. El niño también hace natación adaptada dos días a la semana.

Está escolarizado en un colegio ordinario, en el que no requiere adaptaciones curriculares y presenta un buen rendimiento escolar.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS APORTADAS

- Ecografía transfontanelar a los 6 días de vida: hemorragia intraventricular de grado IV izquierda con hidrocefalia posthemorrágica.
- Resonancia magnética craneomedular (a los 2 años y 8 meses): encefalomalacia frontoparietal izquierda secundaria a una hemorragia de la matriz germinal de grado IV.
- Telemetría de la columna y radiografía de las caderas: sin alteraciones.

EXPLORACIÓN

- Parálisis cerebral (hemiplejia derecha espástica), GMFCS II.
- Marcha autónoma, aunque puede presentar dificultades para la marcha estable si el terreno es irregular.
- Capaz de subir y bajar escaleras, pero tiene que usar el pasamanos.
- Hasta los 9 años usaba una ortesis tobillo-pie por una marcha en equino, que actualmente no necesita gracias a una intervención quirúrgica cuando tenía 10 años que consistió en una tenotomía de los gastrocnemios.
- Flexión dorsal de tobillo de 10°, un Tardieu positivo a 5° y un clonus agotable con apoyo plantígrado durante la marcha.
- Extremidades superiores: dominancia izquierda.
- Dificultades para manipular los objetos (llega a necesitar ayuda).
- Ejecución lenta en la manipulación; en determinadas actividades requiere adaptaciones de la actividad.
- Tendencia a la pronación del antebrazo, con dificultad para la supinación activa, con supinación pasiva completa y un pulgar con tendencia a la inclusión en la palma.

PREGUNTAS

1. Enumere los factores de riesgo de la parálisis cerebral que presenta David y qué pruebas diagnósticas y pruebas o datos exploratorios son útiles en el diagnóstico precoz de la parálisis cerebral. (15 puntos)
2. ¿Qué es la GMFCS? ¿Qué valor pronóstico/predictivo aporta a nivel funcional y de complicaciones musculoesqueléticas? (15 puntos)
3. ¿Cuáles son las terapias que actualmente tienen mayor evidencia científica a la hora de obtener mejores resultados funcionales? (20 puntos)
4. Enumere las diferentes opciones terapéuticas en el tratamiento de la espasticidad en la parálisis cerebral. Con los datos del caso clínico y la evidencia científica actual, ¿qué pauta de tratamiento dictaría? (10 puntos)



CASO PRÁCTICO 4: mujer de 63 años con una fractura distal del radio derecho

Mujer de 63 años que acude a la consulta remitida por el servicio de traumatología a causa de una fractura distal del radio derecho provocada por una caída de bajo impacto en la vía pública, que ha sido tratada conservadoramente con una férula dorsal de yeso durante ocho semanas tras reducir la fractura por medio de tracción manual.

ANTECEDENTES

- Hipotiroidismo y dislipemia tratados médicamente.
- Fractura de la muñeca izquierda cinco años antes, tratada quirúrgicamente.

PREGUNTAS

1. Valoración en la primera visita del servicio de rehabilitación; anamnesis y exploración clínica dirigida a la patología. Escalas de valoración, si procede. Petición de pruebas complementarias relacionadas con la patología y que sean relevantes para planificar el tratamiento. (10 puntos)
2. Planteamiento terapéutico y justificación según los objetivos para este caso. (10 puntos)
3. Tras dos semanas de tratamiento, la paciente refiere aumento del dolor con interferencia nocturna y parestesias, hinchazón, dificultad para los movimientos y gran limitación funcional.

Diagnóstico diferencial de las posibles causas de esta evolución y pruebas complementarias pertinentes, si se requieren. (10 puntos)

4. En caso de que se diagnostique síndrome del dolor crónico complejo de tipo I, describa la clínica, la etiopatogenia, la diferencia con el síndrome del dolor crónico complejo de tipo II, las pruebas diagnósticas, el tratamiento y el pronóstico. (30 puntos)

CASO PRÁCTICO 5: mujer de 50 años que acude a la consulta externa remitida desde la atención primaria para hacer un seguimiento de la hemiparesia braquiocrural izquierda secundaria a una hemorragia intraparenquimatosa

ANTECEDENTES PERSONALES

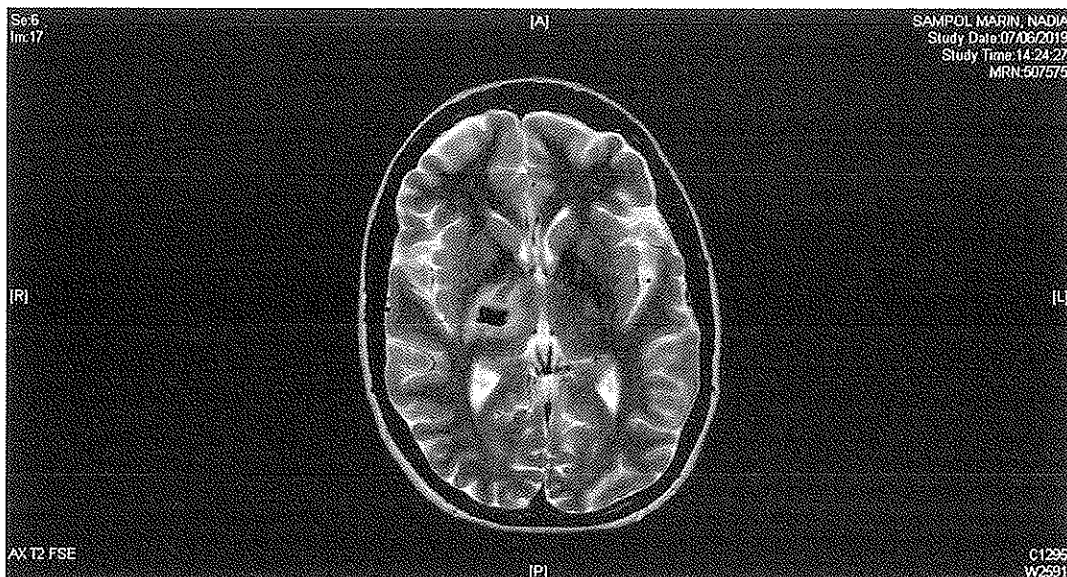
- Sin alergias medicamentosas.
- Hipertensión arterial, en tratamiento con enalapril.
- Nivel funcional previo al ingreso: independiente para todas las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.
- Datos sociolaborales: casada; vive con su marido y con dos hijos, de 15 y 13 años.
- Dominancia derecha.
- Trabajadora por cuenta ajena, con estudios superiores; ha retomado su actividad laboral en la modalidad de teletrabajo.

ANAMNESIS

- Hemorragia intraparenquimatosa en septiembre de 2020, de etiología hipertensiva. Ingreso posterior en una unidad de neurorrehabilitación durante tres meses, donde siguió un programa de rehabilitación intensiva; fue dada de alta con mejoría clínica y funcional con la exploración siguiente:
 - Índice de Barthel: 90/100; Rankin: 1.
 - Sin afectación de las funciones ejecutivas cerebrales.
 - Hemiparesia braquiocrural 4+/5, sin aumento del tono muscular.
 - Leve hiperestesia táctil en el hemicuerpo izquierdo.
 - Hiperreflexia de las extremidades izquierdas, con reflejo cutáneo plantar en extensión.
 - Brunnstrom: 6, en todos los niveles.
 - Índice motor global: 167.
 - Miembro superior izquierdo: prensión, 26; flexión del codo, 25; abducción del hombro, 25.
 - Miembro inferior izquierdo: flexión de la cadera, 33; extensión de la rodilla, 33; dorsiflexión del tobillo, 25.
 - Marcha autónoma con ligero arrastre de un pie, que corrige con ortesis antiequino de tipo *foot-up*.
- Refiere que en el último mes, tras el alta, «sensación de agarrotamiento y dolor» en el hemicuerpo izquierdo, con dificultad para elevar el hombro y extender el codo —lo cual interfiere para alcanzar objetos—, además de fallos al caminar por desviación del tobillo izquierdo y dolor por el roce del dedo gordo.
- En las últimas semanas ha aumentado la sensación desagradable al tacto: «Es como una quemazón» al maquillarse y cuando la sábana le roza la hemicara y el hemicuerpo izquierdo, incluso de forma espontánea.

EXPLORACIONES

- Resonancia magnética cerebral:
 - Hematoma capsulotalámico derecho, que se acompaña de edema vasogénico periférico, el cual se extiende por la corona radiada y por el pedúnculo cerebral.
 - Condiciona un desplazamiento de la línea media de 0,3 cm, aproximadamente.
 - No se identifican otros focos de sangrado o de depósito de hemosiderina.
 - Sistema ventricular: tamaño y morfología normales para la edad.
 - No se observan otras alteraciones significativas en la intensidad de la señal del parénquima cerebral, del cerebelo ni en el tronco encefálico.
 - Conclusión diagnóstica: hematoma agudo capsulotalámico derecho. Sin otros hallazgos destacables.



- Exploración física
 - Consciente y orientada.
 - Pares craneales: normales.
 - Hiperestesia y alodinia en la hemicara y el hemicuerpo izquierdos.
 - Hemiparesia braquial 4+/5 izquierda, con patrón en el miembro superior izquierdo de aducción y rotación interna del hombro y tendencia al flexo del codo; y en el miembro inferior izquierdo, pie equinovaro.
 - Espasticidad: 2/5 en la escala de Ashworth en grupos musculares.
 - Balances articulares pasivos: conservados.
 - Hiperreflexia de las extremidades izquierdas, con reflejo cutáneo plantar en extensión.
 - Marcha sin ortesis, con pie equinovaro y estriatal; marcha con ortesis en varo.

PREGUNTAS

1. Dado que se trata de una paciente en la fase subaguda, haga la planificación, presente el nivel asistencial y defina los objetivos del tratamiento rehabilitador, y resuma su evidencia científica. (10 puntos)
2. Haga la valoración diagnóstica del tipo de dolor descrito y enumere las opciones terapéuticas. (20 puntos)
3. Abordaje de la espasticidad: propuesta de tratamiento, músculos implicados en los patrones descritos y enumeración de los métodos recomendados de localización muscular. (20 puntos)
4. Haga el diagnóstico diferencial del hombro doloroso tras un ictus. (10 puntos)