

## CASO CLINICO 1

Paciente de 63 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulino dependiente y síndrome de isquemia crónica grado IV de miembro inferior izquierdo (MII). Funciones cognitivas preservadas. Vida previa autónoma y activa.

Se realizó amputación transtibial de MII por mala evolución de lesiones necróticas en el pie siendo remitido posteriormente al Servicio de Rehabilitación. Tras una primera fase de tratamiento, ante el deseo del paciente de protetizarse y cumpliendo criterios clínicos se prescribe una prótesis.

1.-Respecto al encaje, indique qué zona del muñón no es necesario liberar de presión.

- a. Tendones isquiotibiales
- b. Zonas blandas del muñón
- c. Cabeza de peroné
- d. Cresta tibial

2.- Respecto a las prótesis para amputados transtibiales, indique cuál de las siguientes respuestas es la correcta:

- a. Las prótesis que utilizan liners con "pin" como sistema de suspensión resultan cómodas y son fáciles de poner/quitar por el paciente amputado
- b. Las prótesis con sistema de suspensión por vacío pueden utilizar liners con membrana de sellado hipobárico.
- c. Los sistemas de suspensión por vacío generan menos pistoneo que los sistemas con "pin".
- d. Todas son correctas.

3.- Respecto a la utilización de escalas y test de valoración realizadas en las revisiones de este paciente. ¿Cuál de las siguientes opciones considera falsa?:

- a. El índice de Barthel mide la independencia funcional y evalúa 7 actividades consideradas como básicas en la vida diaria.
- b. El “Timed Up and Go test” (TUGT) y el test de marcha de los 2 minutos (2-WMT) podrían tener utilidad en el seguimiento de estos pacientes.
- c. La escala de Houghton es una herramienta usada en la valoración de pacientes amputados protetizados.
- d. Para medir el dolor se utiliza la escala EVA.

4.- El paciente acude a consulta refiriendo dolor localizado en muñón que le dificulta la utilización de la prótesis. Tras realizar la exploración, la sospecha clínica es la presencia de un neuroma. ¿Cuál de las siguientes respuestas considera falsa?

- a. Podríamos solicitar una Resonancia magnética nuclear (RMN) para confirmar el diagnóstico
- b. La gabapentina es una opción de tratamiento farmacológico.
- c. El tratamiento quirúrgico no es una alternativa terapéutica.
- d. Podría tratarse con infiltraciones locales de corticoides.

## CASO CLINICO 2

Mujer de 54 años que acude a la consulta por Incontinencia Urinaria (IU) de 6 años de evolución y disuria en las últimas semanas.

Antecedentes personales: Un parto vaginal eutócico y otro parto con cesárea. Menopausia a los 48 años sin tratamiento hormonal sustitutivo. Estreñimiento crónico. Síndrome ansiosodepresivo en tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos. Sobrepeso con un índice de Masa Corporal de 29.

5. De la historia previa, ¿cuál no considera factor de riesgo para la IU que presenta?:

- a. Toma de antidepresivos y ansiolíticos
- b. Parto con cesárea
- c. Estreñimiento crónico
- d. Sobrepeso

6. ¿Cuál de las siguientes pruebas no recomendaría en la evaluación básica inicial de esta mujer?

- a. Cistoscopia
- b. Diario miccional
- c. Urocultivo
- d. Test miccional de esfuerzo (con salto, tos)

7. La IU que presenta la paciente repercute en su autoestima y Calidad de vida (CV) de forma que cada vez está más retraída socialmente. Qué escala de las siguientes emplearía para valorar su CV?

- a. Test de Sandvik
- b. Q Tip Test
- c. ICIQ-SF
- d. Test de la compresa

8. Con los siguientes datos recogidos:

- Exploración física: atrofia de la mucosa vaginal, cistocele grado II, test de esfuerzo negativo, Oxford musculatura suelo pélvico 2/5
- Diario miccional: ingesta 1500 ml líquidos al día (500ml con la cena) incluidos tres cafés, 12 micciones en 24 horas de 80 a 250 ml, 2 micciones a la noche, dos/tres episodios diarios de IU (uno con urgencia y dos al levantar peso, toser)
- Análisis de orina y residuo postmiccional normal.

En el enfoque inicial del caso, ¿Cuál de las siguientes pautas no incluiría?:

- a. Pautar estrógenos locales.
- b. Recomendar cambio en sus hábitos de ingesta de líquidos, disminuir ingesta de café,...e intentar reeducación vesical para prolongar el intervalo entre micciones
- c. Ejercicios de rehabilitación muscular del suelo pélvico.
- d. Remitir al servicio de ginecología para intervención del cistocele.

### CASO CLINICO 3

Varón de 66 años, fumador activo incluido en un programa de deshabituación tabáquica, diagnosticado de EPOC moderado, con una FEV1 de 55%. Acude a consulta de rehabilitación, derivado por su neumólogo. Tras la entrevista, la valoración de las pruebas complementarias y una exploración musculoesquelética, no se objetivan contraindicaciones para participar en un programa de rehabilitación respiratoria (RR).

9. Se le realiza una prueba de 6 minutos marcha (6MWT) antes del inicio del programa. Respecto a esta prueba, señala la afirmación correcta:

- a. Ha de realizarse siempre con oxígeno
- b. Se controla la saturación de O<sub>2</sub> y la frecuencia cardíaca y se registran los niveles de cansancio y disnea usando la escala de Borg
- c. Es una prueba válida para medir la capacidad funcional y la tolerancia al ejercicio únicamente en pacientes EPOC
- d. Una mejoría de 50 metros (comparando la prueba inicial y la posterior al programa) no se considera significativa

10. Respecto a los programas de RR, señala la correcta:

- a. El cuestionario CRQ-SAS es un instrumento válido para medir la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes EPOC
- b. Fragilidad e hipercapnia por EPOC avanzada son contraindicaciones absolutas para participar en estos programas
- c. Habría que posponer el inicio de la RR hasta el abandono definitivo del hábito tabáquico
- d. Si la saturación de O<sub>2</sub> baja de 90% se ha de suspender inmediatamente el entrenamiento

11. Sobre las características de un programa de RR; señala la opción correcta:

- a. La piedra angular del programa de RR es el aprendizaje de ejercicios respiratorios con el objetivo de mejorar el aclaramiento mucociliar y la expansión torácica
- b. El entrenamiento de fuerza de la musculatura inspiratoria no se debe utilizar por el elevado riesgo de desaturación que presenta
- c. Programas con duración menor de 20 semanas no son eficaces
- d. Todas las anteriores son falsas

12. Tras el programa, no se espera observar mejoría significativa en:

- a. Calidad de vida percibida
- b. Capacidad y tolerancia al esfuerzo
- c. Disnea
- d. FEV1

## CASO CLINICO 4

Lactante de 3 semanas de edad, remitida por neonatología por dificultad para movilizar extremidad superior derecha (ESD).

Antecedentes Personales: Embarazo controlado. Parto a término, instrumentado (ventosa y fórceps). Distocia de hombro. Peso al nacimiento: 3.470 gr. Apgar 8/8. Fractura de clavícula derecha.

Exploración Física: Actitud de ESD en aducción y rotación interna de hombro, extensión de codo, pronación de antebrazo y flexión de muñeca. Moro asimétrico. Reflejo de prensión positivo. Arreflexia bicipital y estiloradial.

13. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha?

- a. Parálisis braquial de Duchenne Erb
- b. Parálisis braquial de Dejerine Klumpke
- c. Parálisis braquial completa.
- d. Ninguna de las anteriores

14- El tratamiento inicial no debería incluir.

- a. Tratamiento postural
- b. Movilizaciones articulares suaves.
- c. Ortesis postural para hombro en abducción y rotación externa.
- d. Masoterapia.

15-Respecto al tratamiento quirúrgico señale la respuesta incorrecta.

- a. El músculo guía es el bíceps.
- b. Se debe valorar sobre los 3-4 meses de edad.
- c. Es preciso realizar tratamiento rehabilitador tras la cirugía.
- d. El estudio neurofisiológico previo tiene un valor predictivo significativo de la evolución.

16- En esta patología se utilizan las siguientes escalas. Señale la respuesta incorrecta.

- a. Escala de Gilbert
- b. Escala de sensibilidad de Narakas.
- c. Escala de movilidad funcional (Functional Movility- Scale.) F.M.S.
- d. Escala funcional de Mallet.



## CASO CLINICO 5

Varón de 70 años, con factores de riesgo cardiovascular conocidos (hipertensión, fibrilación auricular, hipercolesterolemia familiar) que presenta hemiparesia izquierda de predominio braquial por ictus isquémico ocurrido hace 6 semanas.

El paciente presenta una actividad voluntaria en extremidad superior proximal 1-2/5, con nula actividad a nivel distal y déficit de sensibilidad superficial asociado. Mantiene buen estado cognitivo, colabora y ha iniciado marcha con apoyo en muleta por terreno regular, con buena tolerancia al ejercicio. No déficit visual ni disfagia. Lenguaje fluido. Bajo estado anímico.

17. En relación al pronóstico funcional de los pacientes con ictus, señala la afirmación incorrecta:

- a. El curso evolutivo está sólidamente relacionado con la severidad y la discapacidad iniciales.
- b. El tamaño de la lesión no parece influir en la recuperación neurológica y funcional.
- c. La edad parece tener un efecto pequeño pero significativo en la recuperación ( a mayor edad, recuperación menor y más lenta).
- d. La mayoría de los pacientes logran la máxima recuperación funcional en las 12 primeras semanas.

18.Cuál de las siguientes terapias no indicaría en este momento para este paciente:

- a. Terapia de movimiento inducido por restricción del miembro sano.
- b. Ejercicio aeróbico.
- c. Entrenamiento de fuerza progresivo y equilibrio.
- d. Terapia ocupacional.

19. El paciente presenta un importante componente espástico en la extremidad inferior parética, con patrón en flexo de rodilla. Se plantea infiltración muscular con toxina botulínica para mejorar este patrón. Indique cuál de los siguientes músculos no infiltraría:

- a. Semimembranoso.
- b. Recto femoral.
- c. Bíceps femoral.
- d. Gastrocnemio.

20.- Respecto a la depresión post-ictus, señala la incorrecta:

- a. Afecta, aproximadamente, a 1 de cada 10 pacientes.
- b. Puede interferir en el resultado funcional final.
- c. Ante la sospecha, no se debería demorar el inicio de tratamiento farmacológico.
- d. El citalopram es una buena opción terapéutica.

## CASO 6

Paciente de 69 años valorado por lumbociática izquierda. Refiere dolor de 5 meses de evolución que irradia por cara posterior de miembro inferior izquierdo hasta primer dedo. Inicialmente dolor nocturno importante. En el momento de la valoración no toma medicación analgésica, aunque persiste dolor de menor intensidad y refiere pérdida de fuerza en la pierna que le ha hecho coger un bastón.

Antecedentes Personales: Hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento. ACFA anticoagulada con Sintrom. Fractura L1 hace 6 años. Traumatismo craneoencefálico hace 20 años en tratamiento con Kepra por epilepsia postraumática.

Exploración. Columna dorsolumbar: dolor a la flexión con buena movilidad para la edad. No dolor a la palpación. Lassegue positivo. Balance muscular tibial anterior izquierdo: 4/5.

Resonancia Magnética: espondilosis anterior. Deshidratación discal lumbar generalizada. Nivel L4-L5: estenosis de los recesos laterales sin clara afectación radículo foraminal. Nivel L5-S1: abombamiento discal, fisura anular y pequeña hernia protuida dorsocentral sin compromiso radículo foraminal. Espondiloartrosis moderada con hipertrofia ósea y sinovitis L3-S1.

21.- Señale qué es cierto sobre la degeneración de la hernia discal

- a. Los niveles ácidos de pH pueden aumentar la síntesis de la matriz del núcleo pulposo.
- b. El oxígeno no es imprescindible para mantener la viabilidad de las células discales.
- c. Se forma una zona de tejido de granulación vascularizada que se extiende desde el anillo fibroso hasta el interior del núcleo pulposo, con presencia de fibras nerviosas.
- d. La degeneración del disco, especialmente de su zona anular anterior, contribuye a la sobrecarga y artrosis de las carillas articulares.

22.- Para este paciente, de los datos señalados, indique cuál considera que es una alerta roja en el dolor lumbar:

- a. Pérdida de fuerza en tibial anterior.
- b. Antecedente de fractura L1.
- c. Dolor nocturno.
- d. Antecedente de traumatismo craneoencefálico.

23.- Según la evidencia actual, ¿cuál es la afirmación correcta?

- a. En la ciática, no existe evidencia de que los AINE sean más efectivos que el placebo.
- b. En este caso, la indicación de reposo no es una opción favorable. Con la recomendación de mantenerse activo, no se ha demostrado una diferencia significativa en la intensidad del dolor, aunque sí para el estado funcional.
- c. Los ejercicios de McKenzie en la ciática, o mejor dicho, en el comportamiento del disco como causa de dolor lumbar, son una técnica que ha demostrado resultados eficaces como herramienta para controlar el dolor.
- d. La infiltración perirradicular con esteroides es claramente mejor para tratar las hernias contenidas en relación coste eficacia.

24.- La escala de incapacidad de dolor lumbar de Oswestry incluye las siguientes dimensiones, excepto:

- a. Dormir.
- b. Caminar.
- c. Actividad sexual.
- d. Actividad deportiva.

## CASO CLINICO RESERVA

Varón de 67 años que acude por dolor en hombro derecho de instauración brusca sin traumatismo previo desde hace aproximadamente 6 meses.

El dolor inicial fue muy agudo y se mantuvo durante un par de semanas, ahora refiere molestia ocasional con la actividad y limitación funcional dolorosa en los últimos grados. Previamente había presentado episodios recurrentes de dolor nocturno en dicho hombro.

Antecedentes Personales: En tratamiento con sintrom por fibrilación auricular.

Exploración: Dolor a la palpación de articulación acromioclavicular. Imposibilidad dolorosa para completar la abducción. Neer, Hawkins, Yocum y Jobe +. Movilidad pasiva completa.

25. ¿Qué prueba de imagen nos aporta información esencial para decidir el manejo inicial de este caso?

- a. Radiografía.
- b. Resonancia Magnética.
- c. TAC.
- d. Ninguna. El manejo inicial se puede realizar correctamente sin pruebas de imagen.

26.Cuál de estos tratamientos deberíamos evitar en este caso por el elevado riesgo de efectos secundarios:

- a. Infiltración subacromial con corticoides.
- b. Diclofenaco oral.
- c. Láser.
- d. Bloqueo del nervio supraescapular.

27. Ante la mala evolución se realiza ecografía, apreciándose: irregularidad cartílago cabeza humeral, así como defecto hipoecoico intrasustancia del tendón supraespinoso sin datos de hipervascularización. Además tendón adelgazado focalmente.

Según la clasificación de Neer, ¿en qué estadio de lesión se encuentra el paciente?

- a. Estadio I
- b. Estadio II
- c. Estadio III
- d. Estadio IV

28. ¿Qué escala o cuestionario no está indicado en la valoración de este paciente?

- a. Cuestionario Constant- Murley.
- b. Cuestionario DASH.
- c. Escala MACS.
- d. Escala EVA.

29.- ¿Cuál de los siguientes exámenes clínicos orienta a una rotura completa del manguito?

- a. Maniobra de Hawkins positiva
- b. Balance articular pasivo limitado en todos los arcos
- c. Atrofia del deltoides
- d. Maniobra de Empty can test positiva.

30. Apoyándonos en las pruebas complementarias y en la exploración, ¿cuál sería el diagnóstico actual?

- a. Rotura parcial tendón supraespinoso.
- b. Rotura completa tendón supraespinoso.
- c. Tendinosis calcificada del supraespinoso + rotura parcial del tendón supraespinoso.
- d. Lesión del nervio supraespinoso.

## CASO CLINICO 1

Paciente de 69 años valorado por lumbociática izquierda. Refiere dolor de 5 meses de evolución que irradia por cara posterior de miembro inferior izquierdo hasta primer dedo. Inicialmente dolor nocturno importante. En el momento de la valoración no toma medicación analgésica, aunque persiste dolor de menor intensidad y refiere pérdida de fuerza en la pierna que le ha hecho coger un bastón.

Antecedentes Personales: Hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento. ACFA anticoagulada con Sintrom. Fractura L1 hace 6 años. Traumatismo craneoencefálico hace 20 años en tratamiento con Kepra por epilepsia postraumática.

Exploración. Columna dorsolumbar: dolor a la flexión con buena movilidad para la edad. No dolor a la palpación. Lassegue positivo. Balance muscular tibial anterior izquierdo: 4/5.

Resonancia Magnética: espondilosis anterior. Deshidratación discal lumbar generalizada. Nivel L4-L5: estenosis de los recesos laterales sin clara afectación radiculo foraminal. Nivel L5-S1: abombamiento discal, fisura anular y pequeña hernia protuida dorsocentral sin compromiso radiculo foraminal. Espondiloartrosis moderada con hipertrofia ósea y sinovitis L3-S1.

1.- Señale qué es cierto sobre la degeneración de la hernia discal

- a. Los niveles ácidos de pH pueden aumentar la síntesis de la matriz del núcleo pulposo.
- b. El oxígeno no es imprescindible para mantener la viabilidad de las células discales.
- c. Se forma una zona de tejido de granulación vascularizada que se extiende desde el anillo fibroso hasta el interior del núcleo pulposo, con presencia de fibras nerviosas.
- d. La degeneración del disco, especialmente de su zona anular anterior, contribuye a la sobrecarga y artrosis de las carillas articulares.

2.- Para este paciente, de los datos señalados, indique cuál considera que es una alerta roja en el dolor lumbar:

- a. Pérdida de fuerza en tibial anterior.
- b. Antecedente de fractura L1.
- c. Dolor nocturno.
- d. Antecedente de traumatismo craneoencefálico.

3.- Según la evidencia actual, ¿cuál es la afirmación correcta?

- a. En la ciática, no existe evidencia de que los AINE sean más efectivos que el placebo.
- b. En este caso, la indicación de reposo no es una opción favorable. Con la recomendación de mantenerse activo, no se ha demostrado una diferencia significativa en la intensidad del dolor, aunque sí para el estado funcional.
- c. Los ejercicios de McKenzie en la ciática, o mejor dicho, en el comportamiento del disco como causa de dolor lumbar, son una técnica que ha demostrado resultados eficaces como herramienta para controlar el dolor.
- d. La infiltración perirradicular con esteroides es claramente mejor para tratar las hernias contenidas en relación coste eficacia.

4.- La escala de incapacidad de dolor lumbar de Oswestry incluye las siguientes dimensiones, excepto:

- a. Dormir.
- b. Caminar.
- c. Actividad sexual.
- d. Actividad deportiva.



## CASO CLINICO 2

Varón de 70 años, con factores de riesgo cardiovascular conocidos (hipertensión, fibrilación auricular, hipercolesterolemia familiar) que presenta hemiparesia izquierda de predominio braquial por ictus isquémico ocurrido hace 6 semanas.

El paciente presenta una actividad voluntaria en extremidad superior proximal 1-2/5, con nula actividad a nivel distal y déficit de sensibilidad superficial asociado. Mantiene buen estado cognitivo, colabora y ha iniciado marcha con apoyo en muleta por terreno regular, con buena tolerancia al ejercicio. No déficit visual ni disfagia. Lenguaje fluido. Bajo estado anímico.

5. En relación al pronóstico funcional de los pacientes con ictus, señala la afirmación incorrecta:

- a. El curso evolutivo está sólidamente relacionado con la severidad y la discapacidad iniciales.
- b. El tamaño de la lesión no parece influir en la recuperación neurológica y funcional.
- c. La edad parece tener un efecto pequeño pero significativo en la recuperación (a mayor edad, recuperación menor y más lenta).
- d. La mayoría de los pacientes logran la máxima recuperación funcional en las 12 primeras semanas.

6.Cuál de las siguientes terapias no indicaría en este momento para este paciente:

- a. Terapia de movimiento inducido por restricción del miembro sano.
- b. Ejercicio aeróbico.
- c. Entrenamiento de fuerza progresivo y equilibrio.
- d. Terapia ocupacional.

7. El paciente presenta un importante componente espástico en la extremidad inferior parética, con patrón en flexo de rodilla. Se plantea infiltración muscular con toxina botulínica para mejorar este patrón. Indique cuál de los siguientes músculos no infiltraría:

- a. Semimembranoso.
- b. Recto femoral.
- c. Bíceps femoral.
- d. Gastrocnemio.

8.- Respecto a la depresión post-ictus, señala la incorrecta:

- a. Afecta, aproximadamente, a 1 de cada 10 pacientes.
- b. Puede interferir en el resultado funcional final.
- c. Ante la sospecha, no se debería demorar el inicio de tratamiento farmacológico.
- d. El citalopram es una buena opción terapéutica.

### CASO CLINICO 3

Lactante de 3 semanas de edad, remitida por neonatología por dificultad para movilizar extremidad superior derecha (ESD).

Antecedentes Personales: Embarazo controlado. Parto a término, instrumentado (ventosa y fórceps). Distocia de hombro. Peso al nacimiento: 3.470 gr. Apgar 8/8. Fractura de clavícula derecha.

Exploración Física: Actitud de ESD en aducción y rotación interna de hombro, extensión de codo, pronación de antebrazo y flexión de muñeca. Moro asimétrico. Reflejo de prensión positivo. Arreflexia bicipital y estiloradial.

9. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha?

- a. Parálisis braquial de Duchenne Erb
- b. Parálisis braquial de Dejerine Klumpke
- c. Parálisis braquial completa.
- d. Ninguna de las anteriores

10- El tratamiento inicial no debería incluir.

- a. Tratamiento postural
- b. Movilizaciones articulares suaves.
- c. Ortesis postural para hombro en abducción y rotación externa.
- d. Masoterapia.

11-Respecto al tratamiento quirúrgico señale la respuesta incorrecta.

- a. El músculo guía es el bíceps.
- b. Se debe valorar sobre los 3-4 meses de edad.
- c. Es preciso realizar tratamiento rehabilitador tras la cirugía.
- d. El estudio neurofisiológico previo tiene un valor predictivo significativo de la evolución.

12- En esta patología se utilizan las siguientes escalas. Señale la respuesta incorrecta.

- a. Escala de Gilbert
- b. Escala de sensibilidad de Narakas.
- c. Escala de movilidad funcional (Functional Movelity- Scale.) F.M.S.
- d. Escala funcional de Mallet.

#### CASO CLINICO 4

Varón de 66 años, fumador activo incluido en un programa de deshabituación tabáquica, diagnosticado de EPOC moderado, con una FEV1 de 55%. Acude a consulta de rehabilitación, derivado por su neumólogo. Tras la entrevista, la valoración de las pruebas complementarias y una exploración musculoesquelética, no se objetivan contraindicaciones para participar en un programa de rehabilitación respiratoria (RR).

13. Se le realiza una prueba de 6 minutos marcha (6MWT) antes del inicio del programa. Respecto a esta prueba, señala la afirmación correcta:

- a. Ha de realizarse siempre con oxígeno
- b. Se controla la saturación de O<sub>2</sub> y la frecuencia cardíaca y se registran los niveles de cansancio y disnea usando la escala de Borg
- c. Es una prueba válida para medir la capacidad funcional y la tolerancia al ejercicio únicamente en pacientes EPOC
- d. Una mejoría de 50 metros (comparando la prueba inicial y la posterior al programa) no se considera significativa

14. Respecto a los programas de RR, señala la correcta:

- a. El cuestionario CRQ-SAS es un instrumento válido para medir la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes EPOC
- b. Fragilidad e hipercapnia por EPOC avanzada son contraindicaciones absolutas para participar en estos programas
- c. Habría que posponer el inicio de la RR hasta el abandono definitivo del hábito tabáquico
- d. Si la saturación de O<sub>2</sub> baja de 90% se ha de suspender inmediatamente el entrenamiento

15. Sobre las características de un programa de RR; señala la opción correcta:

- a. La piedra angular del programa de RR es el aprendizaje de ejercicios respiratorios con el objetivo de mejorar el aclaramiento mucociliar y la expansión torácica
- b. El entrenamiento de fuerza de la musculatura inspiratoria no se debe utilizar por el elevado riesgo de desaturación que presenta
- c. Programas con duración menor de 20 semanas no son eficaces
- d. **Todas las anteriores son falsas**

16. Tras el programa, no se espera observar mejoría significativa en:

- a. Calidad de vida percibida
- b. Capacidad y tolerancia al esfuerzo
- c. Disnea
- d. **FEV1**

## CASO CLINICO 5

Mujer de 54 años que acude a la consulta por Incontinencia Urinaria (IU) de 6 años de evolución y disuria en las últimas semanas.

Antecedentes personales: Un parto vaginal eutócico y otro parto con cesárea. Menopausia a los 48 años sin tratamiento hormonal sustitutivo. Estreñimiento crónico. Síndrome ansiosodepresivo en tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos. Sobrepeso con un índice de Masa Corporal de 29.

17. De la historia previa, ¿cuál no considera factor de riesgo para la IU que presenta?:

- a. Toma de antidepresivos y ansiolíticos
- b. Parto con cesárea
- c. Estreñimiento crónico
- d. Sobrepeso

18. ¿Cuál de las siguientes pruebas no recomendaría en la evaluación básica inicial de esta mujer?

- a. Cistoscopia
- b. Diario miccional
- c. Urocultivo
- d. Test miccional de esfuerzo (con salto, tos)

19. La IU que presenta la paciente repercute en su autoestima y Calidad de vida (CV) de forma que cada vez está más retraída socialmente. Qué escala de las siguientes emplearía para valorar su CV?

- a. Test de Sandvik
- b. Q Tip Test
- c. ICIQ-SF
- d. Test de la compresa

20. Con los siguientes datos recogidos:

- Exploración física: atrofia de la mucosa vaginal, cistocele grado II, test de esfuerzo negativo, Oxford musculatura suelo pélvico 2/5
- Diario miccional: ingesta 1500 ml líquidos al día (500ml con la cena) incluidos tres cafés, 12 micciones en 24 horas de 80 a 250 ml, 2 micciones a la noche, dos/tres episodios diarios de IU (uno con urgencia y dos al levantar peso, toser)
- Análisis de orina y residuo postmiccional normal.

En el enfoque inicial del caso, ¿Cuál de las siguientes pautas no incluiría?:

- a. Pautar estrógenos locales.
- b. Recomendar cambio en sus hábitos de ingesta de líquidos, disminuir ingesta de café,...e intentar reeducación vesical para prolongar el intervalo entre micciones
- c. Ejercicios de rehabilitación muscular del suelo pélvico.
- d. Remitir al servicio de ginecología para intervención del cistocele.



## CASO 6

Paciente de 63 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulino dependiente y síndrome de isquemia crónica grado IV de miembro inferior izquierdo (MII). Funciones cognitivas preservadas. Vida previa autónoma y activa.

Se realizó amputación transtibial de MII por mala evolución de lesiones necróticas en el pie siendo remitido posteriormente al Servicio de Rehabilitación. Tras una primera fase de tratamiento, ante el deseo del paciente de protetizarse y cumpliendo criterios clínicos se prescribe una prótesis.

21.-Respecto al encaje, indique qué zona del muñón no es necesario liberar de presión.

- a. Tendones isquiotibiales
- b. Zonas blandas del muñón
- c. Cabeza de peroné
- d. Cresta tibial

22.- Respecto a las prótesis para amputados transtibiales, indique cuál de las siguientes respuestas es la correcta:

- a. Las prótesis que utilizan liners con “pin” como sistema de suspensión resultan cómodas y son fáciles de poner/quitar por el paciente amputado
- b. Las prótesis con sistema de suspensión por vacío pueden utilizar liners con membrana de sellado hipobárico.
- c. Los sistemas de suspensión por vacío generan menos pistoneo que los sistemas con “pin”.
- d. Todas son correctas.

23.- Respecto a la utilización de escalas y test de valoración realizadas en las revisiones de este paciente. ¿Cuál de las siguientes opciones considera falsa?:

- a. El índice de Barthel mide la independencia funcional y evalúa 7 actividades consideradas como básicas en la vida diaria.
- b. El "Timed Up and Go test" (TUGT) y el test de marcha de los 2 minutos (2-WMT) podrían tener utilidad en el seguimiento de estos pacientes.
- c. La escala de Houghton es una herramienta usada en la valoración de pacientes amputados protetizados.
- d. Para medir el dolor se utiliza la escala EVA.

24.- El paciente acude a consulta refiriendo dolor localizado en muñón que le dificulta la utilización de la prótesis. Tras realizar la exploración, la sospecha clínica es la presencia de un neuroma. ¿Cuál de las siguientes respuestas considera falsa?

- a. Podríamos solicitar una Resonancia magnética nuclear (RMN) para confirmar el diagnóstico
- b. La gabapentina es una opción de tratamiento farmacológico.
- c. El tratamiento quirúrgico no es una alternativa terapéutica.
- d. Podría tratarse con infiltraciones locales de corticoides.

## CASO CLINICO RESERVA

Varón de 67 años que acude por dolor en hombro derecho de instauración brusca sin traumatismo previo desde hace aproximadamente 6 meses.

El dolor inicial fue muy agudo y se mantuvo durante un par de semanas, ahora refiere molestia ocasional con la actividad y limitación funcional dolorosa en los últimos grados. Previamente había presentado episodios recurrentes de dolor nocturno en dicho hombro.

Antecedentes Personales: En tratamiento con sintrom por fibrilación auricular.

Exploración: Dolor a la palpación de articulación acromioclavicular. Imposibilidad dolorosa para completar la abducción. Neer, Hawkins, Yocum y Jobe +. Movilidad pasiva completa.

25. ¿Qué prueba de imagen nos aporta información esencial para decidir el manejo inicial de este caso?

- a. Radiografía.
- b. Resonancia Magnética.
- c. TAC.
- d. Ninguna. El manejo inicial se puede realizar correctamente sin pruebas de imagen.

26.Cuál de estos tratamientos deberíamos evitar en este caso por el elevado riesgo de efectos secundarios:

- a. Infiltración subacromial con corticoides.
- b. Diclofenaco oral.
- c. Láser.
- d. Bloqueo del nervio supraescapular.

27. Ante la mala evolución se realiza ecografía, apreciándose: irregularidad cartílago cabeza humeral, así como defecto hipoecoico intrasustancia del tendón supraespinoso sin datos de hipervascularización. Además tendón adelgazado focalmente.

Según la clasificación de Neer, ¿en qué estadio de lesión se encuentra el paciente?

- a. Estadio I
- b. Estadio II
- c. Estadio III
- d. Estadio IV

28. ¿Qué escala o cuestionario no está indicado en la valoración de este paciente?

- a. Cuestionario Constant- Murley.
- b. Cuestionario DASH.
- c. Escala MACS.
- d. Escala EVA.

29.- ¿Cuál de los siguientes exámenes clínicos orienta a una rotura completa del manguito?

- a. Maniobra de Hawkins positiva
- b. Balance articular pasivo limitado en todos los arcos
- c. Atrofia del deltoides
- d. Maniobra de Empty can test positiva.

30. Apoyándonos en las pruebas complementarias y en la exploración, ¿cuál sería el diagnóstico actual?

- a. Rotura parcial tendón supraespinoso.
- b. Rotura completa tendón supraespinoso.
- c. Tendinosis calcificada del supraespinoso + rotura parcial del tendón supraespinoso.
- d. Lesión del nervio supraespinoso.