

# SUPUESTO PRÁCTICO Nº 1

**Fecha del informe:** 27/11/2017

Varón de 22 años de edad que ingresa en el H.N.Parapléjicos por traumatismo cervical tras una accidentada zambullida el 26/09/2017.

La radiografía de columna cervical nos muestra fractura con compactación de C5 con retroceso del muro posterior.

La resonancia magnética muestra presencia de edema medular de C4-C7.

Se le interviene de urgencias el 26/09/2017.

El estado hemodinámico ha permanecido estable aunque presentó atelectasias basales en ambos pulmones requiriendo fibroscopias y posteriormente intubación nasotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Trasladado a planta el 22/10/2017.

## **Exploración física:**

Paciente colaborador, orientado, actualmente destetado con **traqueotomía y tapón en cánula**. Los episodios de atelectasias resueltos. Inició tratamiento en gimnasio el 22/10/2017 comenzando la reeducación del ortostatismo en **plano inclinado**, superándolo en 10 sesiones con lo que se decide sentarlo en silla de ruedas y comenzar con la **fase de sedestación**.

- **Abdomen** timpánico, blando y depresible, ruidos intestinales escasos.
- **Extremidades:** no edemas, no signos de trombosis venosa profunda, pulsos periféricos presentes.
- **Neurológico:** tetraplejía de los 4 miembros, pupilas normoreactivas.
- **Urológico:** portador de sonda vesical permanente.
- **Respiratorio:** el paciente realiza respiración espontánea con tapón en cánula de traqueostomía, sin necesidad de aporte de O<sub>2</sub> y saturación del 97%. La espirometría forzada nos muestra los siguientes valores: CVF 1700 ml (23% del predicho) FEV1 80%. FEP 150 l/min. A la auscultación encontramos RRN (ruido respiratorio normal) conservado en todos los campos pulmonares y crujidos de media y baja frecuencia en territorios del pulmón derecho.
- **Balance articular:** libre
- **Balance muscular:** bíceps 4/5 bilateral; extensor del carpo derecho 3/5, izquierdo 3/5; tríceps 1/5 bilateral; resto 0/5. También importante destacar el balance muscular de músculos como el pectoral mayor 2/5 bilateral, serrato anterior 2/5 bilateral y dorsal ancho 2/5 derecho y 1/5 izquierdo.
- **Sensibilidad táctil:** Normoestesia hasta C6, hipoestesia C7-C8, normoestesia D1-L3, anestesia L4-S2, hipoestesia S3-S5.
- **Sensibilidad pinchazo:** Normoestesia hasta C6, hipoestesia C7-D12, anestesia L1-S2, hipoestesia S3-S5.
- **Tacto rectal:** No contracción voluntaria del esfínter anal, sensibilidad táctil y pinchazo presente.
- **Reflejos osteotendinosos:** Estilorrádial normal, tricipital abolido y ausentes en tronco y miembros inferiores.
- **Reflejos patológicos:** No clonus, no Hoffman, sí Babinski.

## RESPONDA LAS SIGUIENTES CUESTIONES:

- 1- Según la exploración física anteriormente expuesta y atendiendo a la **Escala de clasificación ASIA sobre lesión medular**, ¿Cuál sería el diagnóstico de nuestro paciente? Razona la respuesta
- 2- Exponga los **objetivos fisioterápicos** a corto, medio y largo plazo en la fase en la que se encuentra actualmente el paciente (**fase de sedestación**)
- 3- En base a los objetivos anteriormente marcados, explique el **plan de tratamiento fisioterápico** que realizaría con este paciente.
- 4- Atendiendo a los valores obtenidos en la exploración respiratoria (disminución de flujos y volúmenes) ¿Cuáles serían los **objetivos y el tratamiento de fisioterapia respiratoria** para mejorar la mecánica ventilatoria del paciente?
- 5- **Electroterapia**: explique qué tipo de corrientes utilizaría, en qué músculos y con qué finalidad.
- 6- ¿En qué consiste el **efecto tenodesis**? ¿lo trabajaría en este paciente? ¿Qué gestos funcionales conseguiríamos?
- 7- ¿Considera importante el trabajo del **equipo multidisciplinar**? Razónelo y explique las pautas que daría a la familia y al propio paciente para realizar en el domicilio.
- 8- Describa brevemente las **ayudas técnicas** que podrían ayudar al paciente a conseguir la máxima funcionalidad en las actividades de la vida diaria.

## **SUPUESTO PRACTICO N° 2**

**Fecha del informe: 26/09/2017**

Niño de 6 años de edad cronológica, diagnosticado de parálisis cerebral infantil en forma de diplejía espástica que cursa 1° de Primaria en un Colegio Público (CPIP).

Acude al colegio acompañado de su padre, el cual le lleva de la mano hasta que, una vez dentro del centro, el niño camina con una mano apoyada en la pared hasta su clase. Dentro del aula es capaz de caminar sin apoyarse pequeñas distancias entre la mesa y el perchero, y mantenerse en bipedestación sin apoyo mientras se quita el abrigo. Permanece en el centro la jornada ordinaria y se queda a comer en el comedor escolar. Por las tardes está en casa con los padres y acude dos días a nadar a la piscina municipal.

### **Observación:**

Se observan acortamientos en flexores, aductores y rotadores internos de ambas caderas, en flexores de rodilla y plantiflexores de ambos miembros inferiores.

En sedestación, el tronco tiende a la flexión y a la retroversión de la pelvis y en bipedestación se incrementan los acortamientos musculares y se observa hiperlordosis lumbar.

Según el último informe médico, su cadera izquierda presenta un porcentaje de migración del 30%, mientras que la derecha se encuentra dentro de los límites normales.

En el aula suele utilizar la mano derecha para pintar y escribir y presenta dificultades para las actividades manipulativas que requieren mayor destreza.

Su capacidad cognitiva está dentro de la normalidad de acuerdo a su edad.

Es un niño alegre pero introvertido y le cuesta hacer amigos.

Le gusta mucho la música, bailar, el fútbol y los juegos de la wii para pasar un buen rato en casa con sus padres.

Está muy ilusionado con participar en el baile que su tutora está preparando para la función de Navidad.

