



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

**ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:**

**“CUADRIPLÉJIA A CAUSA DE UNA SEPSIS ORGÁNICA POSTERIOR  
A UNA APENDICECTOMÍA”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Terapia Física

**Autora:** Pila Cando, Blanca Maribel

**Tutor:** Dr. Jerez Camino, Carlos Milton

**Ambato – Ecuador**

**Mayo, 2016**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“CUADRIPLÉJIA A CAUSA DE UNA SEPSIS ORGÁNICA POSTERIOR A UNA APENDICECTOMIA”** de Blanca Maribel Pila Cando estudiante de la Carrera de Terapia Física considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud

Ambato, Febrero 2016

**EL TUTOR**

---

Dr. Jerez Camino, Carlos Milton

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“CUADRIPLÉJIA A CAUSA DE UNA SEPSIS ORGÁNICA POSTERIOR A UNA APENDICECTOMÍA”**, como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero 2016

### **LA AUTORA**

---

Pila Cando, Blanca Maribel

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este análisis de caso parte de un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi análisis de caso con fines difusión pública; además apruebo su reproducción, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Febrero 2016

## **LA AUTORA**

---

Pila Cando, Blanca Maribel

## **APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“CUADRIPLÉJIA A CAUSA DE UNA SEPSIS ORGÁNICA POSTERIOR A UNA APENDICECTOMÍA”**, de Blanca Maribel Pila Cando, estudiante de la Carrera de Terapia Física

Ambato, Mayo 2016

**Para constancia firman:**

.....  
**PRESIDENTE/A**

.....  
**1er VOCAL**

.....  
**2do VOCAL**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de graduación principalmente a Dios guía incondicional de mi vida, a mis padres por su apoyo incondicional que me han brindado durante este tiempo, por su infinito amor, consejos, dedicación y constante guía hacia el camino de una profesión para llegar a ser una mujer útil a la sociedad.

## **AGRADECIMIENTO**

El presente Análisis de Caso es un trabajo investigativo en donde participaron múltiples personas a quienes quiero llegar mi gratitud, por sus conocimientos, experiencias, opiniones y sugerencias en el transcurso del desarrollo del presente trabajo investigativo.

En especial a mi Tutor, Dr. Carlos Jerez por permitirme recurrir a sus conocimientos científicos y experiencia profesional.

A la vez hago extensivo mi agradecimiento a mis hermanos y amigos que fueron un sostén en los momentos de adversidad y supieron darme fortaleza.

## ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR .....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	x
ÍNDICE DE TABLAS .....	x
RESUMEN.....	xi
SUMMARY .....	xiii
INTRODUCCIÓN .....	1
1. TEMA:.....	3
2. OBJETIVOS .....	3
2.1. GENERAL .....	3
2.2. ESPECÍFICOS .....	3
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES.....	3
4. DESARROLLO.....	4
4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO: .....	4
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO: .....	8



4.2.1. Factores de riesgo biológicos .....	9
4.2.2. Estilo de vida.- .....	9
4.3. ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD .....	10
4.3.1. Oportunidad en la solicitud de la consulta.....	10
4.3.2. Acceso.....	10
4.3.3. Características de la atención.....	10
4.3.4. Oportunidades de remisión .....	10
4.3.5. Trámites administrativos.....	10
4.6. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS .....	10
4.7. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA .....	12
4.8. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO .....	13
5. CONCLUSIONES .....	23
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	24
6.1. BIBLIOGRAFÍA .....	24
6.2. LINKOGRAFÍA .....	25
6.3. CITAS BIBLIOGRAFICAS – BASE DE DATOS UTA.....	27
ANEXOS .....	28
Anexo 1. Ingreso a Cirugía.....	28
Anexo 3. Informe radiológico .....	31
Anexo 4. Transferencia .....	32
Anexo 5. Estudio de TC de cráneo.....	33
Anexo 6. Estudios coprológicos .....	34
Anexo 7. Eco abdominal .....	35
Anexo 8. Consentimiento informado .....	36
Anexo 9 Evaluación del trofismo.....	37

Anexo 10 Valoración de la Independencia AVD.....	38
--	----

### **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Posiciones para prevenir escaras.....	15
Gráfico 2: Movilizaciones pasivas .....	16
Gráfico 3 Técnica del huff .....	20
Gráfico 4 Terapia en sedestación .....	21
Gráfico 5 Almohadón circular. ....	22
Gráfico 6 Almohadón neumático .....	22

### **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA ..	12
Tabla 2. Musculatura preservada según el nivel de la lesión. ....	19
Tabla 3 Asistencia Respiratoria según el nivel de la lesión.....	20
Tabla 4 Características de la posición sedente según la lesión. ....	21

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

**“CUADRIPLÉJIA A CAUSA DE UNA SEPSIS ORGÁNICA POSTERIOR  
A UNA APENDICECTOMÍA”**

**Autora:** Pila Cando, Blanca Maribel

**Tutor:** Dr. Jerez Camino, Carlos Milton

**Fecha:** Febrero 2016

**RESUMEN**

“La cuadriplejia es un estado de parálisis que afecta a las cuatro extremidades, afecta a la médula espinal y la transmisión del influjo nervioso no se puede realizar a nivel de las raíces nerviosas situadas por debajo. La parálisis, representada por la falta de cualquier movimiento, va acompañada de una falta de sensibilidad en las mismas zonas con pérdida de la sensación de dolor y del tacto”. (1)

Se presenta un caso de salud pública de un niño de 13 años de edad, sin antecedentes prenatales y natales de importancia, como referencia importante tenemos cuadriplejía por sepsis orgánica posterior a una apendicetomía a los 10 años de edad.

Paciente acude al Hospital de Pujilí presentando alza térmica, se realizan exámenes y diagnostican proceso gripal viral, 24 horas después el cuadro clínico inicial persiste acompañándose de dolor abdominal decaimiento y malestar general por lo que es llevado nuevamente al Hospital de Pujilí el 10 de diciembre del 2012, es evaluado clínicamente, se solicita traslado al Hospital Provincial General de Latacunga, retorna al Hospital de Pujilí, en donde ante la persistencia del dolor abdominal se decide realizar ecografía abdominal a lo que diagnostican

Abdomen Agudo Inflamatorio, por lo que es referido al Hospital Provincial General de Latacunga en el cual ingresa a quirófano con diagnóstico preoperatorio de peritonitis

El presente trabajo de investigación busca identificar paso a paso la evolución del paciente desde su primer contacto con el servicio de salud hasta su diagnóstico definitivo, además se identificarán los factores de riesgo y la importancia de un diagnóstico diferencial.

También se analizará la manera de actuar de la atención de Salud y se identificará los puntos críticos a través de los niveles de atención; por medio de la revisión de la historia clínica. De esta manera se propone opciones de mejora en el manejo y tratamiento de pacientes que padezcan Cuadriplejia espástica.

**PALABRAS CLAVES:** CUADRIPLEJIA, APENDICITIS, SEPSIS \_  
ORGÁNICA, PERITONITIS, ABDOMEN \_ AGUDO.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**  
**FACULTY HEALTH SCIENCES**  
**CAREER OF PHYSICAL THERAPY**

**"QUADRIPLEGIA SEPSIS ORGANIC POST APPENDECTOMY"**

**Author:** Pila Cando, Blanca Maribel

**Tutor:** Dr. Jerez Camino, Carlos Milton

**Date:** February 2016

**SUMMARY**

"The quadriplegia is a state of paralysis affecting all four limbs, affects the spinal cord and the transmission of nerve impulses can not be performed at the level of nerve roots below. Paralysis, represented by the lack of any movement, accompanied by a lack of sensitivity in the same areas with loss of pain sensation and touch. " (1)

a case of public health of a 13-year-old has no natal prenatal history and importance as an important reference for further organic quadriplegia have sepsis appendectomy at 10 years old.

Patient goes to hospital Pujilí presenting thermal rise, tests are done and diagnose viral bout of flu, 24 hours after the initial symptoms persist accompanied by abdominal pain decay and malaise so it is taken back to the hospital Pujilí 10 December 2012 is evaluated clinically, requested transfer to General Provincial Hospital of Latacunga, he returns to the Hospital of Pujilí, where at the persistence of abdominal pain was decided to perform abdominal ultrasound to diagnosing abdomen acute inflammatory, so it is referred to the Hospital provincial General of Latacunga in which enters the operating room with a preoperative diagnosis of peritonitis.

This research seeks to identify stepping patient outcomes from their first contact with the health service to its definitive diagnosis also risk factors and the importance of differential diagnosis were identified.

how to act in health care and identify critical points across levels of care will also be analyzed; through review of the clinical history. Thus enhancement options proposed in the management and treatment of patients suffering from spastic quadriplegia.

**KEYWORDS:** QUADRIPLEGIA, AOENDICITIS, SEPSIS \_ ORGANIC, PERITONITIS \_ ACUTE ABDOMEN.

## INTRODUCCIÓN

El estudio del presente análisis de caso concierne a una cuadriplejia por sepsis orgánica posterior a apendicetomía de un paciente pediátrico en un hospital público de la zona central del Ecuador, el cual, está sujeto a la aplicación de metodologías de investigación para identificar las posibles causas que llevaron al paciente a presentar como consecuencia una cuadriplejia.

Se estima que la apendicitis aguda es uno de los cuadros quirúrgicos más frecuentes en urgencia abdominal. Según las estadísticas es considerada como la principal causa de abdomen quirúrgico a nivel mundial. Presentando así dificultad para su diagnóstico. Del 7 al 12% de la población en general sufre apendicitis aguda. Esta es una enfermedad poco frecuente en menores de 7 años mientras que en personas entre 10 y 25 años es más usual, las apendicitis pediátricas aparece en lactantes y muy rara vez en neonatos representando así el 2 %, en neonatos presentara mayor mortalidad y morbilidad puesto que el índice de la ruptura será más alto. (2)

Por otro lado la apendicitis aguda es la patología que más frecuentemente requiere una laparotomía exploradora de urgencia, más en niños varones y entre 11 y 12 años de edad. (3), según Farreras Rozman indica que. “La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente. Constituye alrededor del 60% de todos los cuadros de abdomen quirúrgico. Entre el 5% y 15% de la población padece del cuadro en algún momento de su vida. La máxima incidencia tiene lugar en la segunda y terceras décadas de vida para disminuir en edades extremas no hay diferencia entre sexos. Dicha enfermedad ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo debido a un tratamiento y prescripción temprana. En la actualidad la mortalidad a nivel global es de 0.1% ascendiendo hasta el 0,6%-5% en caso de apendicitis perforada siendo más vulnerables los adultos mayores y lactantes”. (4)

El proceso quirúrgico conocido como apendicetomía que se realiza en la cavidad peritoneal provoca una alteración refleja de motilidad intestinal nombrada como ileopostoperatorio cuya duración del mismo varía dependiendo del segmento del

tubo digestivo en tanto la peristalsis yeyunoileal perdura por las primeras 24 horas mientras que la motilidad colónica será de tres a cinco días. La dificultad más habitual después de una apendicetomía es la infección de sitio quirúrgico, representando el 3,6 % para cirugía laparoscópica, 7,3% para cirugía abierta el 1,6 % representa el absceso intraabdominal por último la cirugía laparoscópica y abierta muestran 0.6%.

Al encontrarse con una apendicitis aguda complicada estamos ante la presencia de una apendicitis perforada o necrosada con presencia de peritonitis generalizada o localizada en general los microorganismos presentes serán mixtos, cocos, gran positivos, enterobacterias y microorganismos anaeróbicos

El control del foco de infección intraabdominal debe presentar un manejo definitivo, en el tratamiento quirúrgico de apendicetomía sea esta laparoscópica o convencional. (5)

Se han reportado las siguientes complicaciones postapendicetomía serosidad sanguinolenta en la herida quirúrgica por cuerpo extraño o hemostasia deficiente, abscesos parietal e intraabdominal, hemorragia, flebitis, obstrucción intestinal, fistulas, epiploitis, obstrucción intestinal, fistulas estercoreas, evisceración y eventración siendo las más frecuentes la infección del sitio operatorio, abscesos intraabdominales y de las gastrointestinales. (6)

Este caso corresponde a un problema de salud pública, y aportará información guía para futuras investigaciones, además, brindará resultados que favorezcan una atención integral y humanista, de calidad y calidez con el fin de mejorar y facilitar a los sujetos un mejor servicio de salud.



## **CASO CLÍNICO**

### **1. TEMA:**

#### **“CUADRIPLÉJIA A CAUSA DE UNA SEPSIS ORGÁNICA POSTERIOR A UNA APENDICECTOMÍA”**

### **2. OBJETIVOS**

#### **2.1.GENERAL**

- Evaluar el estado general de un paciente con cuadriplejia a causa de una sepsis orgánica posterior a una apendicetomía para mejorar su calidad de vida.

#### **2.2.ESPECÍFICOS**

- Examinar las causas por las cuales se produjo la sepsis orgánica
- Detallar las intervenciones fisioterapéuticas que se realizaron al sujeto.
- Proponer un plan de tratamiento fisioterapéutico en un paciente con cuadriplejia.

### **3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES.**

### **3.1.DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE**

La información se obtuvo de la historia clínica que se encuentra como archivo permanente del Hospital Provincial General de la Latacunga.

### **3.2.DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN NO DISPONIBLE**

No existió información no disponible ya que se contó con una historia clínica completa.

## **4. DESARROLLO**

### **4.1.DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO:**

Paciente masculino de 10 años de edad, nacido en Latacunga residente en el cantón Pujilí que el día 9 de diciembre del 2012 acude al Hospital de Pujilí presentando alza térmica, tos, malestar general, realizan exámenes y diagnostican proceso gripal viral, se prescribe ampicilina intramuscular, paracetamol y antigripal en jarabe, 24 horas después el cuadro clínico inicial persiste acompañándose de dolor abdominal decaimiento y malestar general por lo que es llevado nuevamente al Hospital de Pujilí el 10 de diciembre del 2012, es evaluado clínicamente, se solicita realizar RX de Tórax para lo cual se le traslado al Hospital Provincial General de Latacunga (no se especifica resultados de Radiografía), retorna al Hospital de Pujilí, en donde ante la persistencia del dolor abdominal se decide realizar ecografía abdominal observando en Fosa Iliaca derecha una imagen hipoecogénica en forma de dedo de guante que mide 9mm de diámetro transversal y ausencia de peristaltismo con dolor a la presión y al rebote, diagnosticando Abdomen Agudo Inflamatorio, por lo que es referido al Hospital Provincial General de Latacunga.

#### **Primer día de hospitalización 10 de diciembre del 2012**

El 10 de diciembre del 2012; a las 8 pm ingresa al Hospital Provincial General por el servicio de emergencia, encontrándose paciente algico, febril, poco hidratado, tórax simétrico, abdomen tenso doloroso a la palpación superficial y profundo a nivel de la fosa iliaca derecha con Bloomberg y McBurney (+), GLASGOW 15/15, FC 150/MIN, FR: 32/MIN T°: 38.7°C PESO: 34KG en los exámenes complementarios se encuentra GLÓBULOS BLANCOS 25.9 K/UL; NEUTRÓFILOS 90%; RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS 4'280; HEMOGLOBINA 11.4G/DL; PLAQUETAS 166 10<sup>3</sup>/<sup>3</sup> ; BUN 36ML/DL; TP 15 SEG; TTP 36 SEG, Además se le realizo los siguientes exámenes; coprológicos encontrando MOCO (+); PARASITARIO AMEBA HISTOLÓGICA (QUISTES) (+); FLORA BACTERIANA: LIGERAMENTE DISMINUIDO, se prescribe Hidratación LR. 1780 ML IV 24H, también se efectuó una **TAC DE CRANEO** en el informe radiológico detalla lo siguiente:

Hemisferios cerebrales y cerebelo de densidad conservada, al momento no se observan procesos ocupativos tampoco desviación de la línea media. La morfología y el diámetro del sistema ventricular están conservados, los núcleos de la base no muestran signos de patología, no hay signos evidentes de lesión ósea diagnosticándose abdomen inflamatorio Agudo Apendicitis.

### **Segundo día de Hospitalización 11 de diciembre del 2012.**

Ingresa al servicio de hospitalización para su tratamiento a las 20h se pasa el parte operatorio e ingresa al quirófano el 11 de diciembre del 2012 HIDRATACIÓN LACTATO RINGER 2000UL IV 24H LR: 320CC UN BOLO STAT, METROMINIDAZOL 500MG, a las 11h30 con diagnostico preoperatorio de peritonitis; en el acto quirúrgico se halló lo siguiente: Liquido inflamatorio de características biliosas +- 100cc vesícula biliar de paredes engrosadas, distendida, aumentada de tamaño 12cm de longitud; Liquido inflamatorio pericolecistico, con estos hallazgos se realiza colecistectomía y apendicetomía incidental. No se registran complicaciones algunas durante la cirugía y se realizan exámenes histopatológico para su análisis. En el posquirúrgico inmediato paciente presenta dolor a nivel de la herida no se registran signos y síntomas de complicaciones. En horas de la noche ya en el servicio de pediatría se registran cambios en la

saturación de oxígeno llegando a 83%, AUMENTO DE LA FC A 125/MIN, AUMENTO DE LA T A 36.8°, se coloca O2 A 2LT POR BIGOTERA, LACTATO RINGER 1800 CC, IV C/24H, AMPICILINA, METAMIZOL 400MG IV C/8H, RANITIDINA 40MG IV C/8H.

### **Tercer día de hospitalización 12 de diciembre del 2012.**

Evolución del paciente post cirugía del 12/12/2012 se prescribe O2 2Lt por bigotera, METROMINIDAZOL 500 MG IV C/8H, METAMIZOL 40MG IV C/8H, RANITIDINA 40 MG, presenta dolor a nivel de la herida quirúrgica suave, apósitos limpios, sonda vesical permeable, tos leve, paciente despierto consiente la auscultación cardiopulmonar normal; a las 11 am se realizó Eco de tórax encontrando derrame pleural derecho en poca cantidad, a las 11:15 paciente se encuentra en mal estado general, presenta sensación de ahogo, palidez generalizada, corazón taquicardico( 130lpm), SATO2 88%, DIURESIS DE 23CC EN 4 HORAS, SCORE DE SEPSIS 8, ruido apagado se ausculta tercer ruido, pulmones buena ventilación, abdomen tenso no palpable por dolor se establece furosemida 30mg, balance hídrico estricto, semiflower, dopamina 200.

A la 1:20 pm paciente se encuentre somnoliento, desorientado en tiempo y espacio, facies pálidas O2 3Lt SatO2 88%, vía en miembro superior derecho con DOPAMINA 1.9 M/H Y DX/ 5%, abdomen suave doloroso a la palpación con herida quirúrgica apósito limpio seco y seco con sonda vesical permeable, miembros inferiores con edema. A las 20h50 el paciente se encuentra hipotenso en mal estado general se decide administrar una unidad de plasma fresco congelado durante la noche mantiene temperaturas en 35.5 y 36 SatO2 entre 90 y 96 FC entre 94-128; FR 35-41Rpm.

En hospitalización recibe ABT en base a ceftriaxone y analgesia con metamizol sin embargo persiste fiebre, presenta dificultad respiratoria, disminución de la diuresis decaimiento generalizado y desorientación en tiempo y espacio.

12 de Diciembre paciente en malas condiciones generales taquipneico FR32/MIN; FC 116/MIN paciente en anasarca, con cuadro franco de sepsis abdominal, eco abdominal se encuentran los siguientes hallazgos: Hígado de

ecogenicidad homogénea; ausencia quirúrgica de vesícula biliar, se observa colección líquida en escasa cantidad en el lecho vesicular; páncreas no visible por interposición de abundante gas intestinal; riñones sin evidencia de patología. Se rastrean las fosas iliacas y los flancos pero el abundante gas intestinal impide su valoración, espacio de Morrison y Esplenorenal libres, existe líquido en la cavidad pleural en escasa cantidad en forma bilateral predominantemente en la base derecha del tórax se solicita interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos por varias ocasiones, quienes deciden su ingreso a esta dependencia; paciente ingresa con deterioro neurológico importante con Glasgow de 4/15 con pronóstico vital y funcional reservado para continuar en tratamiento en servicio de Pediatría con indicaciones de los servicios de Cirugía Pediátrica, Neuropediátrica y Neumología. Paciente se mantiene estacionario en su evolución, con autonomía respiratoria, signos vitales inalterables de cuadro neurológico, el 13 de diciembre familiares deciden solicitar transferencia al Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas en Quito.

### **Ingreso al Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas 13 de diciembre del 2012**

Paciente en mención es ingresado al Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas el 13 de diciembre del 2012 por cuadro clínico referido anteriormente, se requiere manejo de cuidados intensivos, ingresando por servicio de emergencia con mala mecánica ventilatoria en la unidad de salud se cataloga como choque séptico de foco abdominal secundario a peritonitis en su evaluación destaca.

Respiratorio.- A su ingreso fue orointubado en emergencia, se realizó Rx evidenciándose gran derrame pleural por lo que se coloca tubo de drenaje torácico bilateral obteniéndose aproximadamente 300cc de líquido seroso en ambos lados, lo que mejora la mecánica ventilatoria permitiendo reducir aporte de FIO<sub>2</sub>, por producción escasa se procede a retirar un tubo torácico derecho el 20 del 12 del 2012 e izquierdo el 22 del 12 del 2012.

Abdominal.- Sexto día de hospitalización incremento de pía hasta 11 a predominio de la fracción directa, se realizaron evaluaciones ecográficas en las que demostraban presencia de vesícula biliar, ante estos hallazgos se decide nueva valoración por pediatría y el 18 de diciembre es intervenido quirúrgicamente encontrando bilioperitoneo de 2000cc, con fuga a nivel del muñón del conducto cístico, el mismo que fue nuevamente ligado, además se exploró vía biliar sin encontrarse lesión, se colocó drenaje el mismo que se retiró el 23 de diciembre del 2012 e izquierdo el 22 de diciembre del 2012.

Infecioso: Catalogado como choque séptico de foco abdominal que se corrobora en procedimiento quirúrgico. La ris inicialmente estaba dada por leucocitosis, fiebre, taquicardia, se inició abt de amplio espectro con ampicilina + ibl, amikasina + metronidazol durante 4 días, esquema que se cambió por persistencia a la ris, el nuevo esquema fue en base a meropenem, vancomicina metronidazol, persiste leococitosis.

Metabolismo renal: Oglanuria a su ingreso que revierte en las 6 primeras horas, los azoados incrementaron progresivamente hasta 1,7 de creatinina

Neurológico: Al ingreso Glasgow 13/15 m5v404, luego orointubado por fallo respiratorio, bajo efectos de sedoanalgesia retirada el 20 de diciembre del 2012, no responde a estímulos dolorosos, pupilas 5mm Glasgow 3t evidencia de edema cerebral en tac de cráneo, eeg actividad cerebral lenta grado III con mal pronóstico.

Paciente en mención es transferido al Hospital General Provincial de Latacunga el 22 Enero del 2013 dos meses después piden se le realice fisioterapia respiratoria, aspiración de secreciones, drenaje postural, mantener en posición semifowler, este tratamiento fue el mismo durante su estadía en dicho establecimiento.

#### **4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO:**

**4.2.1. Factores de riesgo biológicos:** Según lo antes expuesto, el paciente presentó parasitosis siendo este uno de los factores de riesgo descritos en la apendicitis aguda, según González Odalys indica que “La apendicitis aguda es una complicación frecuente en la práctica médica sus causas pueden ser múltiples y entre ellas está la parasitosis” esta es más frecuente en nuestro medio, en la etapa escolar, la literatura sugiere tratamiento antiparasitario conjuntamente con el antibacteriano en el postoperatorio inmediato para disminuir complicaciones asociadas. (7)

- Una de las complicaciones que el paciente presentó fue peritonitis secundaria a apendicitis aguda perforada, dando como resultado una infección intraabdominal, Sepsis, Síndrome de Respuesta Inflamatorio Sistémico y finalmente un shock séptico dejando al paciente con cuadriplejia espástica según BRICEÑO INDIRA indica que “En sus formas de sepsis grave, shock séptico y síndrome de disfunción orgánica, la sepsis constituye en la actualidad la primera causa de mortalidad en cuidados intensivos”. (8)
- Entre los factores de riesgo que presenta el paciente está la edad ya que según las estadísticas a nivel mundial del 7 al 12% de la población en general sufre apendicitis aguda. Esta es una enfermedad poco frecuente en menores de 7 años mientras que en personas entre 10 y 25 años es más usual según Beltrán Marcelo. (9)

**4.2.2. Estilo de vida.-** Se estima que la apendicitis aguda es uno de los cuadros quirúrgicos más frecuentes en urgencia abdominal entre los factores de riesgo sugeridos en la apendicitis esta la mala alimentación, en un estudio realizado por Maldonado Paulina en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca. (10)

#### **4.3. ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:**

**4.3.1. Oportunidad en la solicitud de la consulta.-** Paciente tuvo la oportunidad de ser atendido en una casa de salud, en primer lugar fue atendido siendo diagnosticada con una Infección Respiratoria Aguda

**4.3.2. Acceso.-** Paciente tuvo acceso a tres unidades de salud como fueron: Hospital de Pujilí, Hospital Provincial General de Latacunga, Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas.

**4.3.3. Características de la atención.-** La calidad de atención en estas dos unidades de salud no fue la adecuada ya que no realizaron de manera rápida y oportuna un diagnóstico diferencial, confundiendo apendicitis aguda por proceso gripal viral, según MARCELO BELTRÁN A. indica que “Las puntuaciones diagnósticas constituyen métodos sistemáticos para evaluar pacientes con sospecha de apendicitis, ayudan a ordenar el cuadro clínico y buscan los elementos que lo componen para llegar al diagnóstico acertado y oportuno”. (9)

**4.3.4. Oportunidades de remisión.-** Paciente en mención fue referido del Hospital Provincial General de Latacunga al Hospital en primera instancia, y al Hospital Especialidades de Las Fuerzas Armadas cuando ya se encontraba en estado crítico.

**4.3.5. Trámites administrativos.-** Los exámenes complementarios fueron realizados en las unidades de salud ya mencionadas, que eran pedidas por los médicos tratantes.

#### **4.6. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS**

- El sujeto presenta al ingreso a la unidad de salud desnutrición, la OMS año indica que “los niños es de suma importancia el derecho a la



alimentación puesto que ellos se encuentran vulnerables y más expuestos a enfermedades.”

- Error en el diagnóstico, falta de diagnóstico diferencial
- Ante la ausencia de espacio físico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Provincial de Latacunga, hubo necesidad de transferir al paciente al Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas
- Falta de espacio en UCI, el sujeto no tiene accesibilidad a una camilla en cuidados intensivos aunque de acuerdo con el artículo 42(32) de la Constitución política de la República del Ecuador dispone que el “Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la salud alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e interrumpido a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia; el artículo 45(359) de la constitución Política de la Republica, establece que se integrara con las entidades públicas, autónomas privadas y comunitarias del sector, el mismo que funcionara de manera descentralizada, desconcentrada y participativa”
- El sujeto de estudio fue sometido una práctica quirúrgica no segura ya que según la Unidad de Calidad del Hospital Provincial de Latacunga cumple lo dispuesto por el Ministerio de Salud Pública. Para lo cual cuenta con un protocolo de practica quirúrgica segura, efectúa con la lista de verificación de seguridad quirúrgica del paciente establecido por la OMS consiste en: “Una verificación preoperatoria profunda para recaudar información respecto a patologías del paciente antes de iniciar el procedimiento, realizar un marcado del sitio de la cirugía, y tiempo fuera antes de iniciar el procedimiento aplica la lista de chequeo basada en la de la OMS en todo paciente sometido a una intervención quirúrgica”.
- No se realizó de inmediato reporte del evento centinela conociéndose así a un “evento adverso que conduce a la muerte o en este caso a una pérdida importante y perdurable de la función para el paciente; es decir el paciente

muere o es afectado gravemente por el cual es un incidente inesperado e indeseable relacionado directamente con la atención o los servicios prestados al paciente, el resultado es una lesión o complicación para el paciente, Hospital Provincial de Latacunga tiene un sistema de reporte de seguimiento de eventos adversos, eventos centinelas y cuasi eventos, amparado en la legislación de acuerdo con el Art. 32 de la Constitución de la República del Ecuador”.

- Paciente ingresa en desnutrición pese que el Estado establece una “política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y practicas alimentarias tradicionales, así como es el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantiza a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos variados, nutritivos, inocuosos y suficientes, (maltrato infantil)”.

#### 4.7. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

**Tabla 1. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA**

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
<b>Realizar un diagnóstico adecuado para un tratamiento óptimo, buscando siempre el bienestar del paciente.</b>	Capacitar a los profesionales de la salud. Evaluar las cargas laborales de los profesionales de la salud.
<b>Agilizar transferencia de manera oportuna cuando no se cuente con el espacio adecuado.</b>	Activar de inmediato red de salud.
<b>Exigir el cumplimiento de protocolos</b>	Sanciones a personal medico

**Fuente:** Autora

#### **4.8. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO**

Después de la investigación realizada observando cada uno de los déficits en el paciente y sabiendo que presenta como diagnóstico final, cuadriplejia espástica mostrando una instauración lenta se manifiesta la lesión medular a través de una paresia presentando alteración en la función vesical, rectal, impotencia, alteraciones vegetativas y de la sensibilidad, presentando lesión a nivel de C4.

Propongo el siguiente tratamiento.

##### **Objetivos a Corto Plazo**

- Vigilar y tratar el estado neurológico.
- Educar a los familiares y cuidadores sobre como manipular al paciente.
- Disminuir la espasticidad.

##### **Objetivos a Mediano Plazo**

- Evitar ulceraciones por presión
- Prevenir la OPA( Osificación para-articular)
- Conservar elasticidad musculotendinosa

##### **Objetivos a Largo Plazo**

- Reducción del reflejo postural
- Mayor independencia
- Potenciación de la musculatura

#### **FASE AGUDA**

En la fase que continua a la lesión, el tratamiento implicara básicamente la prevención de las complicaciones respiratorias y circulatorias, y el cuidado de zonas de presión

La evaluación del paciente al momento de su ingreso se debe llevar acabo lo más pronto posible, para obtener una medición justa inicial de las funciones.

**Valoración al inicio de la fase:**

- Estado respiratorio
- Amplitud del movimiento pasivo en todas sus articulaciones
- Funcionamiento muscular
- Alteraciones sensitivas y propioceptivas

**Terapia rotacional continua.-** La terapia rotacional continua se refiere al uso de camas especializadas sobre su eje longitudinal a un máximo de un ángulo de 60° a cada lado en forma continua, la terapia puede ser lograda con camas que utilizan una plataforma rotacional (terapia de movimiento) o camas que utilicen colchones con compartimientos que se inflan y desinflan

**Objetivos:**

- Evitar el cierre de las vías aéreas dependientes
- Evitar la disminución de distensibilidad.
- Disminución en la acumulación de secreciones bronquiales.
- Infecciones secundarias.

**a) Tratamiento postural:**

- Teniendo los siguientes objetivos.
- Evitar deformidades situando las extremidades en posición funcional.
- Evitar ulceraciones por presión
- Inhibir la espasticidad severa.

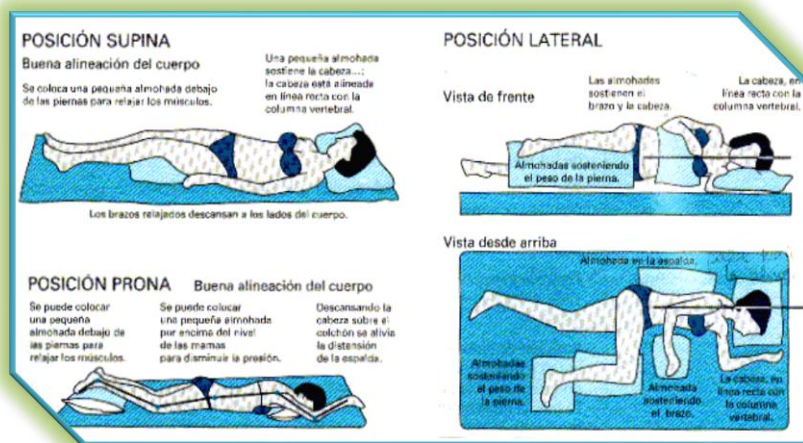
En cuanto a los cambios de postura en esta fase se colocara en diferentes posiciones que se irán alternando como las manecillas del reloj.

- Decúbito supino
- Decúbito lateral derecho
- Decúbito prono
- Decúbito lateral izquierdo

### Frecuencia de los giros

Los cambios de posición frecuentes, regulares y programados, constituyen la regla de oro de la prevención de la yatrogenia del encamamiento. Al principio, los cambios posturales deben hacerse cada 2-3 horas, y ajustarlos gradualmente según la tolerancia del paciente. Si no se observa una hiperemia cutánea, se aumenta el tiempo de permanencia en la misma posición, hasta un máximo de 4 horas. Con la intención de incomodar lo menos posible al paciente, deben destinarse los periodos más prolongados para las horas nocturnas y aprovechar los cambios posturales para inspeccionar la piel de las zonas más vulnerables

**Gráfico 1:**  
**Posiciones**  
**para**  
**prevenir**  
**escaras**



**Fuente:** <http://ataquecerebralenchile.bligoo.cl/escaras-en-personas-inmovilizadas>

Cambios serán de cada 2-3 horas hay que vigilar el estado de la piel.

**b) Movilizaciones pasivas:**

**Objetivos**

- Favorecer el retorno venoso
- Prevención de problemas circulatorios
- Mantener el recorrido articular.
- Reducir la espasticidad.
- Conservar la elasticidad del musculo.

**Gráfico 2: Movilizaciones pasivas**



**Fuente:** <https://www.youtube.com/watch?v=IVOai68AXvs>

**Técnica**

Se movilizara las articulaciones en todos los ejes y planos se realizara de dos veces a tres por día

**Tratamiento postural en decúbito supino**

Es una postura muy bien tolerada, en la que se detectan fácilmente las deformidades corporales.

- Cabeza en la línea media, sobre una almohada plana que se adapte debajo del cuello.
- Tronco recto, alineado con la cabeza y con la columna en posición neutra.
- La cintura escapular y pélvica equilibradas y horizontales.
- Las extremidades inferiores deben mantenerse en extensión completa, evitando la rotación externa de la cadera. Esto puede lograrse mediante la colocación de saquitos de arena o cilindros de tela debajo del trocánter mayor. Las rodillas en ligera flexión  $10^{\circ}$  -  $15^{\circ}$ , colocando una almohada o cojín bajo el hueco de la rodilla.
- El tobillo en ángulo recto, en rotación neutra, y apoyando toda la planta del pie. Para ello nos ayudamos de cilindros de tela o férulas antiequino.

- Los miembros superiores se colocan en diferentes posiciones:

Hombro en  $90^{\circ}$  de abducción y ligera rotación interna, codo  $90^{\circ}$  de flexión y antebrazo en ligera pronación.

Hombro en  $90^{\circ}$  de abducción y ligera rotación externa, codo a  $90^{\circ}$  de flexión y antebrazo en pronación completa.

Hombro en ligera abducción, codo en extensión y antebrazo en supinación.

En lo referente a la muñeca y la mano, se coloca un rodillo en la palma para facilitar una posición de la muñeca en ligera extensión, las articulaciones metacarpofalángicas en ligera flexión y el pulgar en oposición, abducción y ligera flexión.

### **Tratamiento postural en decúbito lateral**

- Cabeza alineada, almohada casi plana bajo el cuello.
- Tronco recto y cintura bien equilibradas.

- El miembro en contacto con la cama debe tener la cadera y la rodilla extendida, y el tobillo a 90°.
- El hombro en contacto con la cama debe estar en antepulsión de 60° - 80° y en rotación externa, el codo en ligera flexión y el antebrazo en supinación.
- La cadera y rodilla del lado superior del cuerpo, deben estar flexionadas, con una almohada entre las piernas para evitar roces.
- El miembro superior apoyado en una almohada con el hombro en antepulsión, codo en ligera flexión, muñeca en extensión y mano alrededor de un rodillo.

Esta postura no debe mantenerse mucho tiempo, pues provoca una elevada presión sobre la zona de los trocánteres mayores. Para evitar esto se usa una variante más cómoda, el **decúbito lateral modificado a 30°**, que consiste en la misma postura del decúbito lateral pero la cadera forma un ángulo de 30° con el plano de la cama.

### **Tratamiento postural en decúbito prono**

Es una postura poco utilizada. Suele reservarse para conseguir la extensión completa de las caderas y aliviar la presión en el región posterior del cuerpo.

Además, es una posición utilizada para intentar mejorar el intercambio gaseoso en los pacientes críticamente enfermos con grave compromiso pulmonar.

- Cabeza lateralizada hacia uno de los lados.
- Miembros superiores a lo largo del cuerpo.
- Hombros en ligera abducción y con un rodillo debajo para evitar su caída.
- Codos extendidos.
- Antebrazos en supinación.
- Muñecas extendidas y los dedos flexionados alrededor de rodillos.
- Tronco recto y miembros inferiores alineados.



- Las caderas y rodillas en extensión completa, con los pies ligeramente elevados mediante un rodillo pretibial.
- Los tobillos en ángulo recto.

### **Tratamiento postural en sedestación**

- Planta de los pies apoyados sobre un plano duro.
- Pies protegidos para evitar posiciones viciosas.
- Rodillas orientadas siempre hacia delante y en flexión.
- Caderas en flexión pero no más de 90°.
- Reposo brazos a la altura para que los brazos puedan descansar sin necesidad de encoger los hombros.
- Almohadas bajo las axilas.
- Almohada o cojín detrás de la espalda.

### **FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN ENCAMADOS.**

La fisioterapia respiratoria en pacientes encamados tiene como objetivo:

- Drenar vías respiratorias
- Movilizar vías respiratorias para evitar obstrucciones

Se realizara cambios de posiciones continuas:

Drenaje postural tres veces al día durante 20 minutos; ayudados por la percusión y vibración.

Humidificación con equipo de aerosoles o vaporaciones.

Aspiraciones traqueó bronquial de secreciones extremado las medidas de asepsia.

Ejercicio de tos asistida.

### **Tabla 2. Musculatura preservada según el nivel de la lesión.**

Musculatura preservada según el nivel de la lesión	
C1-C2-C3	Músculos accesorios- ECMT, Trapecio.
<b>C3-C4-C5</b>	<b>Diafragma y músculos accesorios</b>
C6-C7-C8	Diafragma, Accesorios y Escalenos
D1-D5	Diafragma, Accesorios y Escalenos e intercostales
D6-D10	Diafragma, Accesorios y Escalenos, Intercostales y Abdominales

**Fuente:** La autora

**Tabla 3 Asistencia Respiratoria según el nivel de la lesión**

Asistencia Respiratoria según el nivel de la lesión	
C1-C2	Ventilación mecánica
C3	Ventilación mecánica
<b>C4-C5</b>	<b>Ventilación mecánica, ventilación espontanea posteriormente</b>
C6	Traqueotomía

**Fuente:** La autora

- Enseñar a toser y expectorar a través del reflejo tusígeno o la maniobra del huff, ayudar a (11)

### **Grafico 3 Técnica del huff**



**Fuente:** <http://beyerfisio.com/fisioterapia-respiratoria/>

## TERAPIA EN SEDESTACIÓN

El objetivo principal es conseguir una correcta posición en posición sedente:

Según la lesión tendremos.

**Tabla 4 Características de la posición sedente según la lesión.**

<b>C4</b>	No conseguirá sedestación independiente
<b>C5-C6</b>	Sera inestable
<b>C7</b>	Podrá conseguir una correcta sedestación

**Fuente:** Autora

- Tratar que siempre mantenga la espalda, los antebrazos y los pies bien apoyados, manteniendo una postura simétrica.
- Evitar que se deslice hacia adelante

- En pacientes con poca movilidad se recomienda usar algún tipo de almohadón a nivel de apoyo de los glúteos
- En posición sentado las prominencias óseas que pueden generar úlceras o incomodidad son los isquiones (huesos bajo los glúteos) y el sacro (final de la columna).

#### **Grafico 4 Terapia en sedestación**



**Fuente:**

[http://www.lesionadomedular.com/archivos/almacen/guia\\_fisioterapialm.pdf](http://www.lesionadomedular.com/archivos/almacen/guia_fisioterapialm.pdf)

ALMOHADONES ORTOPÉDICOS PARA EL CUIDADO DEL APOYO SENTADO:

**Almohadón circular:** Siliconado, previene la descarga de peso en los isquiones y el sacro, si ya hay una herida deja completamente libre esa zona. Si hay una herida se puede utilizar tanto sentado como acostado boca arriba.

**Gráfico 5 Almohadón circular.**



**Almohadón neumático:** puede ser de PVC o de alta densidad, su utiliza para prevenir la descarga de peso mantenido en un punto de apoyo, mínimos movimientos logra cambiar y distribuir la descarga de peso hacia varios puntos.

## Gráfico 6 Almohadón neumático



Almohadón neumático: puede ser de PVC o de alta densidad, su utiliza para prevenir la descarga de peso mantenido en un punto de apoyo, mínimos movimientos logra cambiar y distribuir la descarga de peso hacia varios puntos.

## 5. CONCLUSIONES

- Al terminar con la descripción de este análisis de caso, se concluye que el paciente en estudio obtuvo en primera instancia un diagnóstico equivocado confundiendo proceso gripal con apendicitis aguda además la intervención fisioterapéutica fue tardía por la cual empeoro su estado en general.
- Se realizó fichas de observación como fueron el índice de barthel y evaluación del trofismo detallando así el estado actual del paciente encontrando espasticidad en miembros superiores e inferiores, presencia de clonus en miembros inferiores y total dependencia en el índice de Barthel
- Se detalló las intervenciones fisioterapéuticas que se realizaron al sujeto las cuales fueron cambios de posiciones y aspiración de secreciones estas fueron pedidas en estadios tardíos.
- Se propuso un plan de tratamiento fisioterapéutico alternativo en el cual consta con objetivos a corto, mediano y largo plazo realizando dicho procedimiento en las siguientes etapas, de encamamiento, terapia

respiratoria, cambios de posiciones, buscando mejorar la condición de vida del paciente

## **6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **6.1. BIBLIOGRAFÍA**

- Alejandro V Gómez-Alcalá \*DJAZGDRLP. Recuperación de la motilidad intestinal después de apendicetomía en niños. Cirugía y cirujanos. 2001; 69(3).
- A MB. Puntuación diagnóstica de apendicitis aguda en niños realizada por pediatras de las Unidades de Emergencia. Scielo. 2007 Diciembre; 78(6).
- Briceño I. Sepsis Definiciones y Fisiopatología. Medica Interna y Medicina critica. 2005 Abril; 2(8).
- Carlos Baeza-Herrera DFVPDCEBM. Apendicetomía abierta en programa de corta estancia hospitalaria. Acta pediátrica. 2011 julio; 32(3).

- Fernández ZR. Complicaciones de la apendicetomía por apendicitis aguda. Scielo. 2010 junio; 49(2): p. 2.
- Herrera GR. Revisión de casos operados con diagnóstico clínico. Comité Editorial Acta Medica Costarricense. 2003 junio; 45(2).
- Pérez c. Apendicitis en niños. 3rd ed. PASCAL , editor. Quito: Elveiser; 189.
- Rozman F. Medicina Interna. In Elsevier , editor. España: Elveiser; 2009. p. 168 ISBN 978-84-8086-351-3.
- Stokes M. Fisioterapia en la rehabilitación neurológica. In Stokes M. Fisioterapia en la Rehabilitación Neurológica. Madrid: Elsevier; 2006. p. 136-155.

## **6.2.LINKOGRAFÍA.**

- Acad. Dr. Alejandro V Gómez-Alcalá,\* Dr. José Antonio Zamudio-González,\*\* Dr. Rafael López-Pérez. Recuperación de la motilidad intestinal después de apendicectomía en niños. Hidratación oral vs parenteral 2001. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2001/cc013c.pdf>
- Ataques cerebrales en Chile. Escaras En Personas Inmovilizadas. 2011. Disponible en: <http://ataquecerebralenchile.bligoo.cl/escaras-en-personas-inmovilizadas>
- Baeza Herrera. Apendicetomía abierta en programa de corta estancia hospitalaria 2011. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4236/423640329002.pdf>

- Beltrán. Puntuación diagnóstica de apendicitis aguda en niños realizada por pediatras de las Unidades de Emergencia. 2007. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000700003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000700003&script=sci_arttext)
- El Congreso Nacional. Ley Orgánica De Salud. 2012. Disponible en: [http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY\\_ORGANICA\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf)
- García P., Jorge castillo M. y Castillo C. Complicaciones respiratorias de la tetraplejia: Una mirada a las alternativas terapéuticas actuales. 2007. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482007000200005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482007000200005)
- Maldonado, López. Factores de riesgo en apendicitis aguda complicada en pacientes del hospital Vicente corral moscoso de cuenca. Años: 2006, 2007 y 2008. 2008 Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3483/1/MED20.pdf>
- Odalys M González Díaz,\* Fidel Ángel Núñez Fernández. Apendicitis parasitarias. 2000. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ptol/pt-2001/pt011g.pdf>
- Odalys G. medigrafic.com. [Online].; 2000 [cited 2016 enero 13. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ptol/pt-2001/pt011g.pdf>.
- Paulina M. [Online]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3483/1/MED20.pdf>.  
Ramírez Castro, Acta Médica Costarricense. 2008. Disponible en: [http://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta\\_Medica/article/viewFile/465/437](http://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/viewFile/465/437)
- Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud. 2012. Disponible en: [http://revistalatinamericanaumanizales.cinde.org.co/wp-content/uploads/2014/03/Vol\\_12\\_n\\_1/Vol\\_12\\_n1.pdf](http://revistalatinamericanaumanizales.cinde.org.co/wp-content/uploads/2014/03/Vol_12_n_1/Vol_12_n1.pdf)



- Rozman. Compendio de medicina interna. 2006. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?isbn=8481748501>
- Rodríguez Fernández. Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda. 2010. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281223017006>
- Stokes & Stack. Fisioterapia en la rehabilitación neurológica, 3rd Edition. 2013. Disponible en: <http://store.elsevier.com/Fisioterapia-en-la-rehabilitaci%C3%B3n-neurol%C3%B3gica/isbn-9788490223833/>

### 6.3. CITAS BIBLIOGRAFICAS – BASE DE DATOS UTA

**PROQUEST.** Kopáčová M. et. al. Inverted Meckel’s Diverticulum with Ectopic Pancreatic Tissue as a Source of Severe Gastrointestinal Bleeding. J Gastrointest Surg (2010) 14:578–581. Disponible en:<http://search.proquest.com/docview/1112367350/E184183E9D684048PQ/29?accountid=36765>

**PROQUEST.** Sengul I. et. al. Meckel’s diverticulum in a strangulated umbilical hernia. Letters to the Editor. African Journal of Paediatric Surgery. May-August 2011 / Vol 8 / Issue 2 Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/900725402/fulltextPDF/E184183E9D684048PQ/32?accountid=36765>

**PROQUEST.** Baranyai Z. et. al. Carcinoid Tumor in Accidental, Asymptomatic Meckel's Diverticulum. Journal of Surgical Technique and Case Report | Jan-Jun 2013 | Vol-5 | Issue-1 Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1441703880/E184183E9D684048PQ/39?accountid=36765>

**PROQUEST.** Mazo A. et. Al. Ileal Carcinoid in Association with a Meckel's Diverticulum. The American Surgeon August 2010 Vol. 76: 128-130 Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1529935411/fulltextPDF/E184183E9D684048PQ/14?accountid=36765>

**PROQUEST..** Jadlovec C. et. al. Is an Incidental Meckel's Diverticulum Truly Benign? Hindawi Publishing Corporation. Case Reports in Surgery. Volume 2015, Article ID 679097, 4 pages Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1529935411/fulltextPDF/E184183E9D684048PQ/14?accountid=36765>

## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Ingreso a Cirugía**



DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE COTOPAXI  
Hospital Provincial General de Latacunga

Ministerio de Salud Pública

0000379

APellidos Paterno	MATERNO	NOMBRES	N° Historia Clínica Única (008) 5359/267
Servicio Cirugía	Sala		Cama N° 33

DIAGNÓSTICO	OPERACIÓN
PRE-OPERATORIO... Peritonitis	PROYECTADA... Laparotomía
POST-OPERATORIO... Colectitis Aguda + Ap. Incidental	EFFECTIVA <input checked="" type="checkbox"/> EMERGENCIA <input type="checkbox"/> PALEATIVA <input type="checkbox"/>
	REALIZADA POR...

EQUIPO OPERATORIO					
CIRUJANO... Dr. Borja	PRIMER AYUDANTE...		INSTRUMENTISTA...		CIRCULANTE...
SEGUNDO AYUDANTE...	TERCER AYUDANTE...		ANESTESISTA...		AYUDANTE DE ANESTESISTA...

Fecha de Operación			Hora de inicio:	Hora de terminación	Tipo de anestesia
Día 11	Mes Dic	Año 12	11:30	13:00	General

TIEMPO QUIRURGICOS

DIERESIS 1) incisión supra-umbilical de ± 20 cm

EXPOSICIÓN 1) Instrumental de cavidad abdominal.

EXPLORACIÓN Y HALLAZGOS QUIRURGICOS 1) Líquido inflamatorio de características biliares de ± 100cc. 2) Vesícula biliar de paredes engrosadas, distendida, aumentada de tamaño de ± 12 cm de longitud, 3) Líquido inflamatorio pericolectístico.

PROCEDIMIENTO OPERATORIO

- 1) Asepsia y Antisepsia
- 2) Colocación de campos quirúrgicos
- 3) Dieresis descrita
- 4) Exploración y hallazgos quirúrgicos
- 5) Aspiración de líquido inflamatorio + lavado de cavidad con solución Salina
- 6) Identificación de vesícula biliar, lecho biliar y elementos del triángulo de Calot.
- 7) Colectectomía
- 8) Apendicectomía incidental

Anexo 2. Nota de ingreso a UCI

ESTABLECIMIENTO	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO (M-F)	N° de HOJA:	N HISTORIA CLINICA
HE1			M	1	469017

### 1. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

**MC:** TRANSFERENCIA DE UCI

**EA:** Paciente posquirúrgico de laparotomía exploratoria realizada el 11/12/2012 realizándose Apendicectomía y Colectostomía transferido del hospital de Latacunga séptico y con mala mecánica ventilatoria por lo que requiere terapia intensiva donde permanece con ventilación mecánica, soporte vasoactivo y antibióticoterapia por 23 días y por su mal pronóstico es transferida a nuestro servicio para tratamiento paliativo.

**EXAMEN FÍSICO:** FC: 100 X' FR: 20 X' T: 37.4°C (axilar) Sat O2 AA: 96% con O2 a aporte de O2. **CABEZA:** Normocefálica. **OJOS:** Pupilas isocóricas, hiporreactivas a la luz. **NARIZ:** Implantación adecuada, fosas nasales permeables, con sonda nutritubo de alimentación enteral- **BOCA:** Mucosas húmedas. **ORF:** congestiva. **OIDOS:** Pabellón auricular de implantación normal, no secreciones. **TORAX:** Simétrico, sin retracciones subcostales. Corazón: RsCsRs no soplos. Pulmones: MV conservado, no se auscultan estertores. **ABDOMEN:** Suave, depresible, no doloroso a la palpación, RHA presentes. **EXTREMIDADES:** Simétricas, ausencia de movilidad. **RIG:** genitales masculinos normales. **SNC:** Paciente con Glasgow 4/15 (M2, O1, V1), pupilas hiporreactivas a la luz.

### 2. RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

Paciente que viene de UCI con deterioro neurológico importante con Glasgow 4/15 con pronóstico vital y funcional reservado para continuar con tratamiento en nuestro servicio de Pediatría con i indicaciones de los servicios de Cirugía Pediátrica, Neuropediatría y Neumología. Paciente se ha mantenido estacionario en su evolución, con autonomía respiratoria, signos vitales estables sin modificación de cuadro neurológico por lo que familiares solicitan transferencia a hospital del MSP para continuar con su manejo.

### 3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

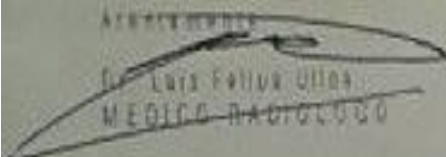
17/01/2012: BH: LEUCOCITOS: 8.330 NEU: 51.7% LYM: 41.4% VSG: 65 PCR: 0.2

### Anexo 3. Informe radiológico

NOMBRES Y APELLIDO: VILLAR  
EDAD: 10 AÑOS SERVICIO: PDT(34) H.CI: 5354  
ESTUDIO: ECO ABDOMINAL  
FECHA: 12 DE DICIEMBRE DEL 2012  
Higado de ecogenidad homogénea, al momento no se observan procesos ocupativos tampoco dilatación de vías biliares.  
Ausencia quirúrgica de vesícula biliar, se observa colección líquida en escasa cantidad en el lecho vesicular.  
Páncreas no visible por interposición de abundante gas intestinal.  
Riñones sin evidencia de patología. Se rastrean las fosas ilíacas y los flancos pero el abundante gas intestinal impide su valoración.  
Espacio de Morison y espleno-renal libres  
Existe líquido en la cavidad pleural en escasa cantidad en forma bilateral predominantemente en la base derecha del tórax.  
Atentamente,



**Anexo 5. Estudio de TC de cráneo**

EDAD    SERVICIO    CLINICA  
ESTUDIO TC DE CRANEO  
FECHA 11 DE DICIEMBRE DE 2012  
Hemisferios cerebrales y cerebelo de sensibilidad conservada. al momento no se observan procesos ocupativos tampoco desviación de la línea media. La morfología y el diámetro del sistema ventricular están conservados. los núcleos de la base no muestran signos de patología. no hay signos evidentes de lesión ósea.  
ARCHIVADO  
  
Dr. Luis Felipe Ulla  
MEDICO RADIOLOGO  
Dirección: calle Hermanos Poma y 7 de mayo Teléfono: 02-2400001 / 02-2400002 Fax: 02-2400003  
Cajón No. 88-01-012  
Email: [info@radiologia.com](mailto:info@radiologia.com)  
www.radiologia.com - www.rta.com

## Anexo 6. Estudios coprológicos

COPROLOGICOS	
NOMBRE DEL ESTUDIO	RESULTADO
COPROPARASITAJEO	Color: CAFE Consistencia: BLANDA COPROLOGICO: Moco: (+) PARASITARIO: Ameba histolitica (Quistes) (+) Flora Bacteriana: LIC- DISMINUIDA
PMN	POSITIVO (++) ↗



## Anexo 7. Eco abdominal

### INFORME:

Higado de ecogenicidad discretamente incrementado con signos de infiltración grasa difusa, al momento no se observan procesos ocupativos tampoco dilatación de vías biliares.

Vesícula de pared fina sin signos de litiasis.

Páncreas y riñones sin evidencia de patología.

Se rastrea la fosa ilíaca derecha y se observa imagen hipocogénica en forma de dedo de guante que mide 9mm de diámetro transversal que no tiene peristaltismo y tiene dolor a la presión y al rebote.

Espacio de Morison y espleno-renal libres.

De acuerdo a los signos ecográficos el cuadro sugiere Apendicitis Aguda sin embargo se sugiere confirmar diagnóstico con el cuadro clínico y de laboratorio del paciente.

**Anexo 8. Consentimiento informado**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Soy estudiante de la Universidad Técnica de Ambato de la carrera de Terapia Física, como parte de la obtención para mi título de Licenciada en Terapia Física realizaré el análisis de un caso clínico, tomando en cuentas los antecedentes de su historia clínica me noté con gran interés en estudiar y analizar su caso clínico con el objetivo de conocer el manejo que se le realizó a usted como paciente.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad en el cual su nombre ni fotografías serán utilizados.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento, es preciso recalcar que el estudio no conlleva ningún riesgo y no recibirá compensación por participar.

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar conmigo al 0998157830.

**Investigadora:** Blanca Maribel Pila Cando.

He leído el procedimiento descrito y la investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy el consentimiento para que realice el análisis de mi caso clínico y me comprometo en participar activamente facilitando la información requerida.

.....

**Firma del Paciente:**

**Fecha:**

**CI:**

**Anexo 9 Evaluación del trofismo.**

<b>EVALUACION DEL TROFISMO</b>		
<b>INSPECCION</b>	Detectar coloración de la piel	Normal
	Detectar alteraciones de la piel y faneras (uñas pelo): atrofia, úlceras, pigmentaciones.	Presenta cicatriz a nivel de la cirugía
	Detectar presencia de movimientos involuntarios	Presencia de clonus en miembros inferiores por alteración del tono muscular
	Detectar deformidades articulares y fracturas espontaneas.	Fractura a nivel de brazo derecho a causa de movimiento involuntario
<b>PALPACION</b>	Detectar la textura temperatura de la piel	Presenta piel seca, temperatura normal
	Estado de la masa muscular	Masa muscular disminuida tanto en extremidades superiores como inferiores.
	Estado de las articulaciones y deformidades	Normal

## Anexo 10 Valoración de la Independencia AVD

<b>INDICE DE BARTHEL</b>		
COMER	Dependiente	0
	<b>Necesita ayuda</b>	<b>5</b>
	Independiente	10
TRASLADO ENTRE LA SILLA Y LA CAMA	Dependiente no se mantiene sentado	0
	<b>Necesita ayuda importante, puede estar sentado</b>	<b>5</b>
	Requiere algo de ayuda	10
	Independiente	15
HIGIENE	<b>Dependiente requiere ayuda</b>	<b>0</b>
	Independiente	5
INODORO	<b>Dependiente</b>	<b>0</b>
	Necesita ayuda	5
	Independiente	10
BAÑO	<b>Dependiente</b>	<b>0</b>
	Independiente	5
DESPLAZAMIENTOS	<b>Dependiente</b>	<b>0</b>
	Independiente en sillas de ruedas	5
	Necesita ayuda en forma física y verbal	10
	Independiente con cualquier asistencia mecánica	15
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	<b>Dependiente</b>	<b>0</b>
	Necesita ayuda física o verbal	5
	Independiente	10
VESTIRSE DESVESTIRSE	<b>Dependiente</b>	<b>0</b>
	Necesita ayuda para sacarse o ponerse cualquier prenda, debe	5
	Independiente	10

CONTINENCIA FECAL	<b>Incontinencia usa pañal</b>	<b>0</b>
	Continente con accidentes ocasionales	5
	Independiente	10
CONTINENCIA URINARIA	<b>Incontinente</b>	<b>0</b>
	Accidentes ocasionales, si una sonda manipula con ayuda	5
	Independiente, control de vejiga durante el día y la noche.	10