

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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“PARAPARESIA COMO CONSECUENCIA DE LAMINECTOMÍA EN LA VERTEBRA L4”.

Requisito previo para optar por el Título de Licenciado en Terapia Física.

Autor: Morejón Guerrero, Juan Bernardo

Tutor: Dr. Esp. Córdova Velasco, Luis Ernesto

Ambato – Ecuador

Mayo, 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor de Análisis de Clínico sobre el tema: **“PARAPARESIA COMO CONSECUENCIA DE LAMINECTOMÍA EN LA VERTEBRA L4”** de Juan Bernardo Morejón Guerrero, estudiante de la Carrera de Terapia Física, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Febrero del 2017

EL TUTOR

Dr. Esp. Córdova Velasco, Luis Ernesto

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico sobre: **“PARAPARESIA COMO CONSECUENCIA DE LAMINECTOMIA EN LA VERTEBRA L4”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta de esquema de tratamiento son exclusivamente responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero del 2017

EL AUTOR

Morejón Guerrero, Juan Bernardo

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimonial de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública: además apruebo la reproducción del mismo dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Febrero del 2017

EL AUTOR

Morejón Guerrero, Juan Bernardo

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“PARAPARESIA COMO CONSECUENCIA DE LAMINECTOMIA EN LA VERTEBRA L4”**, de Juan Bernardo Morejón Guerrero, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Mayo del 2017

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

AGRADECIMIENTO

A mi abuelita por la forma en que me crio, por los valores inculcados que como flores en mi pecho sembró, con la rectitud con la cual formo aquel chiquitito que hacia las tareas para poder mirar los dibujitos, sé que no estas contenta porque ya no soy un chiquito ahora tengo tatuajes y no me pelo bajito, tu querías que nunca dejara de estudiar hoy concluyo una etapa de un largo estudiar con el fin de progresar. (Aldo Rodríguez)

A las personas que me apoyaron y que jamás me abandonaron creyeron en mi persona, su apoyo se mantuvo incondicionalmente a lo largo de todos estos años gracias Paulina Guerrero.

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato a todo el personal Docente y administrativo de la Facultad Ciencia de la Salud que en el transcurso de este tiempo compartieron e impartieron su conocimiento para mi formación profesional.

Morejón Guerrero Juan Bernardo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis familiares, amigos y especialmente a mi abuelita, quienes me apoyaron moralmente para seguir adelante a pesar de las dificultades que se presentaron para poder cumplir uno de mis objetivos.

Morejón Guerrero Juan Bernardo.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CASO CLÍNICO.....	2
1. TEMA:	2
2. OBJETIVOS	2
2.1 OBJETIVO GENERAL:.....	2
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	2
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACION DISPONIBLES.....	3
3.1. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE.	3
3.2. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN NO DISPONIBLE.	3
4. DESARROLLO.	3
4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO:.....	3
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.	7

4.2.1. Biológicos.	7
4.2.2. Sociales Y Culturales.	7
4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.	7
4.3.1 Oportunidad En La Solicitud De Consulta.....	7
4.3.2 Acceso.....	8
4.3.3 Características De La Atención.....	8
4.3.3 Oportunidades De La Remisión.....	9
4.3.4 Trámites Administrativos.....	9
4.4 IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS	9
4.4.1 La Equivocada Decisión de Abandonar El Hospital Provincial Docente	9
Ambato.....	9
4.4.2 Retraso En La Realización De Pruebas Complementarias.	10
4.4.4 Procedimiento Quirúrgico “Laminectomía”	12
4.4.5 Complicaciones En El Proceso De Recuperación.....	12
4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA ..	13
4.5 PROPUESTA DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÈUTICO ALTERNATIVO.....	15
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
BIBLIOGRAFÍA:	40
ANEXOS	43
Anexo 1. Entrevista al paciente.....	44
Anexo 2. Entrevista a familiares.	46
Anexo 3. Historia clínica.....	48
Anexo 4. Resonancia magnética	61
Anexo 5. Valoración mediante índice de BARTHLE. Aplicado el 25/10/2016...	63

Anexo 6. Valoración mediante índice de BARTHLE. Aplicado el 17/02/2017...	64
Anexo 7. Consentimiento informado.	65

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1 Hábitos	4
Cuadro N° 3 Oportunidades de Mejora.....	15

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Estrategia diagnóstica de las mielopatías	10
Figura N° 3 Función del ejercicio Terapéutico	24

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°. 1 Cepillado rápido.....	17
Gráfico N°. 2 Masaje con hielo	18
Gráfico N°. 3 Aplicación de vibración manual	18
Gráfico N°. 4 Movilidad pasiva asistida – flexión de cadera.....	19
Gráfico N°. 5 Movilidad pasiva asistida – flexo-extensión combinada.....	19
Gráfico N°. 6 Movilidad pasiva asistida – abd-ad.....	20
Gráfico N°. 7 Movilidad pasiva asistida – flexo – extensión de tobillo.....	20
Gráfico N°. 8 Movilidad pasiva asistida – circunducción	21
Gráfico N°. 9 Contracción isométrica - cuádriceps.....	21
Gráfico N°. 10 Contracción isométrica - gastrocnemios.....	22
Gráfico N°. 11 Contracción isométrica - aductores.....	23
Gráfico N°. 12 Contracción isométrica - glúteos	23
Gráfico N°. 13 Movilización activa asistida - flexión.....	25
Gráfico N°. 14 Movilización activa asistida - extensión.....	25
Gráfico N°. 15 Movilización activa asistida - abd	26
Gráfico N°. 16: Movilización activa asistida – abd-ad.....	26
Gráfico N°. 17 Movilización activa asistida - flexión de rodilla.....	27
Gráfico N°. 18 Movilización activa resistida - flexión lateral simétrica.....	28
Gráfico N°. 19 Movilización activa resistida – extensión asimétrica	28
Gráfico N°. 20 Movilización activa resistida - flexión bilateral	29
Gráfico N°. 21 Movilización activa resistida - flexión unilateral	30
Gráfico N°. 22 Movilización activa resistida – abd -ad bilateral	30
Gráfico N°. 23 Movilización activa resistida – abd	31
Gráfico N°. 24 Movilización activa resistida – extensión asimétrica	32
Gráfico N°. 25 Movilización activa resistida - pedaleo	32
Gráfico N°. 26 Movilización activa resistida - deambulación	33
Gráfico N°. 27 Facilitación y coordinación - posición de 4 puntos	34
Gráfico N°. 28 Facilitación y coordinación - posición de 4 puntos	34
Gráfico N°. 29 Facilitación y coordinación – apoyo de glúteos.....	35
Gráfico N°. 30 Facilitación y coordinación – posición de arrodillado.....	35
Gráfico N°. 31 Facilitación y coordinación - posición de caballero	36

Gráfico N°. 32 Facilitación y coordinación – bipedestación en paralelas.....	36
Gráfico N°. 33 Facilitación y coordinación – talón - punta	37
Gráfico N°. 34 Facilitación y coordinación – deambulación en paralelas	38
Gráfico N°. 35 Facilitación y coordinación – deambulación con ayuda ortopedica	38

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

“PARAPARESIA COMO CONSECUENCIA DE LAMINECTOMÍA EN LA VERTEBRA L4”

Autor: Morejón Guerrero, Juan Bernardo

Tutor: Dr. Mg. Córdova Velasco, Luis Ernesto

Fecha: Ambato, Febrero del 2017

RESUMEN

La presente investigación mediante el análisis de caso clínico radica en una “PARAPARESIA COMO CONSECUENCIA DE LAMINECTOMÍA EN LA VERTEBRA L4” de un año de evolución en un varón adulto de 40 años de edad. La paraparesia se presentó aparentemente por consecuencia de la afectación de la membrana aracnoides, una de las que recubre la medula espinal, provocada por la bacteria *Enterobacter sp* que probablemente se diseminó del foco de infección del tracto urinario por vía hemática. La paraparesia que presenta el paciente a más del daño por la invasión bacteriana se complicó por varios factores que contribuyeron a la progresión de la misma: inicialmente el diagnóstico inadecuado de la patología, el incumplimiento del protocolo de atención hospitalaria ante la sospecha de una lesión de médula, la desconfianza por parte del paciente y sus familiares en los servicios de salud del MSP, el peregrinaje por varios centros de servicio de salud con criterios contradictorios sobre el tratamiento específico, así como la atención fisioterapéutica inadecuada. Tras el análisis del caso clínico y de acuerdo a las necesidades del paciente se propone un programa de tratamiento fisioterapéutico para ayudar al paciente en su recuperación del déficit neurológico.

PALABRAS CLAVES: PARAPARESIA, LAMINECTOMÍA, COMPLICACIONES, ARACNOIDITIS, ENTEROBACTER SP.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF PHYSICAL THERAPY

"PARAPARESIS AS A CONSEQUENCY OF LAMINECTOMY IN THE VERTEBRA L4"

Author: Morejón Guerrero, Juan Bernardo

Tutor: Dr. Mg. Córdova Velasco, Luis Ernesto

Date: Ambato, February 2017

SUMMARY

The present investigation through the clinical case analysis is based on a "PARAPARESIA AS A CONSEQUENCY OF LAMINECTOMY IN THE VERTEBRA L4" of a year of evolution in an adult male of 40 years of age. The paraparesis was presented appearance how consequence of the involvement of the arachnoid membrane, one of which covers the spinal cord, caused by the bacterium *Enterobacter* sp, which was disseminated from a source of infection of the urinary tract through the bloodstream. The paraparesis presented by the patient More of the damage due to bacterial invasion is complicated by several factors that contributed to its progression: initially the inadequate diagnosis of pathology, failure to comply with the hospital care protocol in the presence of suspicion of a spinal cord. Mistrust on the part of the patient and his / her relatives in the MSP's. The pilgrimage by several health service centers with contradictory criteria on the specific treatment, as well as inadequate physiotherapeutic care. After the clinical case analysis and according to the needs of the patient, a physiotherapeutic treatment program is proposed to help the patient in their recovery from neurological deficit.

KEYWORDS: PARAPARESIA, LAMINECTOMY, ARACNHNOIDITIS, ENTEROBACTER SP.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se trata un cuadro clínico muy particular que se instauró en un paciente varón de 40 años de edad, quien hasta dos días antes del suceso realizaba sus actividades de la vida diaria con total normalidad, la patología se presentó de manera rápida, progresiva y aparentemente sin un agente causal.

El caso radica en una pérdida de la función motora y sensitiva de los miembros inferiores, por lo que ocasiona en el paciente una paraparesia que genera un estadio de dependencia total, de manera que le imposibilita realizar sus actividades de la vida diaria y laborales, razón por la que obliga a plantearse algunas interrogantes sobre su diagnóstico y manejo clínico, por lo cual buscaremos entre otros los puntos críticos.

Mediante la investigación y el análisis de los factores de riesgo se podrá determinar los factores desencadenantes para el desarrollo del cuadro clínico

Tras realizarse las respectivas evaluaciones se estableció el diagnóstico de aracnoiditis, razón por la cual se realizó una Laminectomía con el objeto de ampliar el canal medular. Con estos antecedentes se decide analizar todos los factores que conllevaron a la complicación de la paraparesia, así como establecer las características de atención médica y fisioterapéutica que recibió el paciente para dar solución al cuadro clínico.

Por último, se establecerán las oportunidades de mejora y un programa de tratamiento fisioterapéutico específico para aportar en la recuperación del paciente.

CASO CLÍNICO

1. TEMA:

“PARAPARESIA COMO CONSECUENCIA DE LAMINECTOMIA EN LA VERTEBRA L4”

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

- Analizar las causas por las cuales se efectuó una Laminectomía lumbar que se complicó con una paraparesia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer los criterios en que se basaron para la realización de una laminectomía lumbar.
- Identificar los factores de riesgo y puntos críticos que acontecen el presente caso.
- Integrar al paciente en un programa de fisioterapia y rehabilitación para ayudar en la recuperación del déficit neurológico.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACION DISPONIBLES.

3.1. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE.

La información recopilada se obtuvo de entrevistas con el paciente y sus familiares, así como de la historia clínica que se encuentra como archivo permanente en el Hospital Básico Privado Tungurahua s.a.

3.2. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN NO DISPONIBLE.

En la recopilación de información no disponible se realiza entrevistas verbales con el paciente y familiares que lo ayudan permanentemente.

El proceso se ejecuta mediante el relato del paciente y familiares sobre el inicio de la patología, se obtiene información muy importante sobre la atención en los establecimientos de salud a los cuales acudió anteriormente el paciente.

4. DESARROLLO.

4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO:

Paciente varón de 40 años de edad, mestizo, nacido y residente en el cantón Ambato, divorciado, instrucción primaria, de ocupación aparador de calzado. Migrante retornado hace 5 años con residencia en Europa en donde se dedicó a la construcción.

Antecedentes Patológicos Personales: Infección de vías urinarias.

Antecedentes Patológicos Familiares: Ninguno

HÁBITOS	FRECUENCIA
Nutrición	Dieta balanceada 3 veces al día.
Dormir	7 horas diarias.
Micción	3 veces al día.
Defecación	1 vez al día.
Actividad física	Realiza 30 minutos de trote de lunes a viernes y 50 flexiones de pecho.
Tabaco	Fumador eventual.
Alcohol	Bebedor eventual.

Cuadro N° 1 Hábitos

Realizado por Juan Morejón

El 29 de Septiembre del 2015 es trasladado por sus familiares al Sub Centro de Salud Picaihua por presentar incapacidad para la deambulaci3n que se instaur3 de manera progresiva, en este establecimiento de salud tras una evaluaci3n f3sica es derivado hacia el Hospital Regional Ambato con un diagn3stico de Compresi3n Medular.

El 2 de Octubre del 2015 tras su derivaci3n al establecimiento del MSP al cual no acudi3, el paciente decide asistir a un consultorio particular de un especialista, en el cual luego de pruebas funcionales es diagnosticado con S3ndrome de Guillain-Barr3, por lo cual es internado en un Hospital B3sico Particular de la ciudad de Ambato manteni3ndose en hospitalizaci3n suministrando tres bolos de complejo B, 3 d3as despu3s es dado de alta con evoluci3n favorable, el paciente recobr3 la movilidad de sus miembros inferiores y realiza deambulaci3n con ayuda ortop3dica, siendo derivado a un consultorio particular de Fisioterapia en el cual se realiz3 fortalecimiento de grupos musculares de miembro inferior. (1)

El 2 de Noviembre del 2015 el paciente fue trasladado por sus familiares en un veh3culo particular hacia el Hospital Provincial Docente Ambato por presentar

incapacidad para la deambulaci3n m1s dificultad para respirar, adormecimiento del brazo izquierdo, dolor opresivo en el pecho acompa1ado de cefalea. Se realiza el ingreso y se mantiene en estudio y observaci3n, 2 d1as despu3s se diagnostic3 infecci3n de v1as urinarias.

El 16 de Noviembre se realiza RM contrastada sin diagn3stico aparente, por lo cual el m3dico tratante propone una intervenci3n quir3rgica para exploraci3n y toma de muestra para Biopsia, a la cual el paciente y sus familiares se oponen, raz3n por la cual el d1a 19 de Noviembre el paciente pide el alta voluntaria y abandona el Hospital Provincial Docente Ambato para una nueva valoraci3n en consultorio particular de Especialidad.

El 19 de noviembre a las 17:00 pm familiares del paciente acuden a un consultorio particular de especialidades neurol3gicas en el cual tras el estudio de nuevos ex1menes complementarios (RM Contrastada), observan la presencia de im1genes sugestivas de aracnoiditis. Por lo cual el especialista sugiere intervenci3n quir3rgica inmediata y solicit3 el ingreso en el Hospital B1sico Privado Tungurahua s.a.

Primer d1a de hospitalizaci3n en el Hospital B1sico Privado Tungurahua s.a. Paciente masculino 40 a1os de edad, nacido y residente en el cant3n Ambato que el d1a 19 de noviembre del 2015 a las 21:00 pm fue ingresado presentando p3rdida de fuerza en miembros inferiores que imposibilita la deambulaci3n, se planific3 intervenci3n quir3rgica y se realiza ex1menes de laboratorio: Biometr1a Hem1tica, Qu1mica Sangu1nea, Tiempo de Protrombina, Tiempo parcial de Tromboplastina, RX t3rax, Electrocardiograma y se coloca sonda vesical.

Segundo d1a de Hospitalizaci3n 20 de Noviembre del 2015 se realiz3 chequeo preoperatorio de paciente ingresado para intervenci3n quir3rgica planificada. La intervenci3n es una laminectom1a lumbar + exploraci3n subdural que inicio a las

19:30 pm y finalizó a las 00:30 am con una duración de 4 horas y 30 minutos se utilizó anestesia general.

En la exploración y hallazgos quirúrgicos se encuentra duramadre tensa con raíces, meninges engrosadas con múltiples adherencias acompañada de fibrosis.

Estudio clínico de líquido cefalorraquídeo: Identificación de Enterobacter sp.

El paciente permaneció ingresado en dicha casa de salud hasta el 25 de Noviembre, día en que fue dado de alta por su médico tratante. Durante su estadía tras la intervención quirúrgica el paciente permaneció consiente, orientado, afebril con leve dolor a nivel de columna lumbar, la movilidad sensibilidad y fuerza de sus miembros inferiores permanece disminuida.

Se Realizó Terapia Física Temprana: FNP, Disociación de Extremidades, Ejercicios Isotónicos e Isométricos, Cambios Posturales, Ejercicios Kegel.

El paciente fue dado de alta con la recomendación de realizar rehabilitación física para mejorar su cuadro clínico.

El tratamiento fisioterapéutico en el centro de rehabilitación física de ayuda social al que acudía el paciente fue: aplicación de electroterapia, termoterapia, FNP, ejercicios isométricos, movilidad pasiva asistida.

En enero del 2016 el paciente presentó un estado gripal por el cual suspendió temporalmente sus traslados al centro de rehabilitación física al que acudía.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.

4.2.1. Biológicos.

- El estado prolongado del cuadro clínico que transcurren más de 40 días hasta tomar la decisión de realizarse una intervención quirúrgica.
- Los hallazgos macroscópicos de duramadre tensa con raíces, meninges engrosadas con múltiples adherencias acompañada de fibrosis.
- Presencia de Enterobacter sp en el estudio del líquido cefalorraquídeo. El Enterobacter suele colonizar a los pacientes que particularmente son tratados con antibióticos y han sido asociados con infecciones del tracto urinario. (2)

4.2.2. Sociales Y Culturales.

El factor cultural es un agente importante a tomar en cuenta ya que el paciente por su descendencia ancestral, estaba acostumbrado a tratamientos alternativos empíricos con los cuales trataban sus afecciones de salud, lo cual pudo complicar su cuadro clínico al no buscar atención médica oportunamente.

4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.

4.3.1 Oportunidad En La Solicitud De Consulta.

Los familiares no tuvieron ningún inconveniente para solicitar atención en cada uno de los establecimientos de salud a las cuales acudió el paciente.

4.3.2 Acceso.

El domicilio del paciente se encuentra en una zona rural de la ciudad por lo cual los familiares del paciente tenían que trasladarlo a las diferentes consultas alquilando un vehículo particular.

En cuanto al acceso a la atención en las casas de salud públicas y privadas por las características del cuadro clínico tuvo una atención inmediata.

4.3.3 Características De La Atención.

Sub Centro de Salud Picaihua: La primera evaluación se realizó en este centro de atención primaria y cumplió con la referencia oportuna enviándolo al Hospital Provincial Docente Ambato. (1)

Consultorio Particular del Especialista: El paciente refiere que la atención en dicho establecimiento fue mala, manifiesta que fue evaluado por un especialista mediante examen físico y no se apoyó con exámenes complementarios.

Hospital Provincial Docente Ambato: Familiares del paciente mencionan que la atención fue mala debido a que tras el ingreso se lo mantuvo en observación con diagnóstico incierto, 14 días después le realizaron exámenes complementarios de imagen (RM) en el cual presenta imágenes de aracnoiditis, razón por la cual el médico tratante propone intervención quirúrgica para exploración y explicó los posibles riesgos de la misma, a lo cual el paciente y familiares se oponen debido a su poca confianza en los servicios del MSP, razón por la cual abandonó voluntariamente dicha casa de salud. (3)

Hospital Básico Privado Tungurahua s.a.; El paciente y sus familiares mencionan como excelente a la atención ya que por ser una entidad particular el especialista tratante se tomó el tiempo suficiente para explicar las características el procedimiento y los riesgos de la intervención planificada.

La atención en el centro de rehabilitación física al que acudía el paciente fue calificada como buena ya que además de la atención para su rehabilitación física, recibió mucho apoyo emocional creando un ambiente de confianza para su recuperación.

4.3.3 Oportunidades De La Remisión.

No se puede determinar si fueron oportunas las indicaciones de remitir a este paciente, puesto que tras su estadía en el Hospital Provincial Docente Ambato y al tomar la decisión de abandonar voluntariamente dicha casa de salud para una evaluación en consultorio particular en el cual se decidió el ingreso en la casa de salud particular para realizar la misma intervención propuesta en el servicio del MSP. (4)

4.3.4 Trámites Administrativos.

Dado el estado del paciente tanto de salud como emocional, todos los trámites en las casas de salud pública y privada fueron realizados por su representante legal, al realizar dichos trámites administrativos no existió inconveniente alguno.

4.4 IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

4.4.1 La Equivocada Decisión de Abandonar El Hospital Provincial Docente Ambato.

El paciente al abandonar dicha casa de salud acude a un consultorio particular en el cual, tras el análisis, planificaron la misma intervención sugerida por el personal de salud del Hospital Provincial Docente Ambato

4.4.2 Retraso En La Realización De Pruebas Complementarias.

De acuerdo a los protocolos de atención de emergencias, en un individuo que ha padecido una lesión raquímedular, el personal de la salud debe apoyar su presunción diagnóstica mediante exámenes complementarios. (5) (1)

- Radiografías.
- Resonancia Magnética (contrastada).
- Exámenes clínicos de LCR.

El instrumento radiológico como la RM ayudado de medios de contraste son realmente útiles para el diagnóstico de procesos traumáticos e inflamatorios facilitando su manejo ya que no causa irritación meníngea mayor a la establecida. (6), (7), (8).

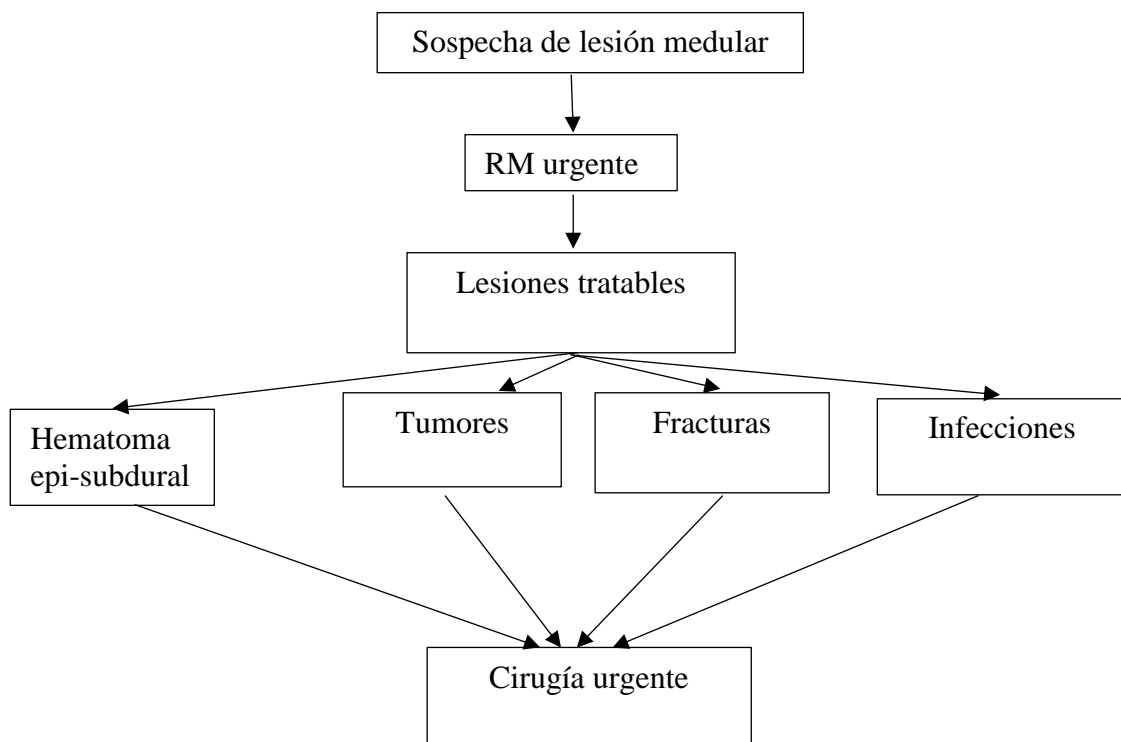


Figura N° 1 Estrategia diagnóstica de las mielopatías

Fuente: (5), (9)

Análisis del Líquido Cefalorraquídeo.

El análisis del LCR obtenido generalmente mediante punción lumbar es una prueba esencial para el estudio de patologías infecciosas e inflamatorias. (5) (9)

Enterobacter.

En el análisis del LCR se identificó cepas de Enterobacter que suelen colonizar a los pacientes hospitalizados, en particular a los tratados con antibióticos y asociados con infecciones por quemaduras, heridas, vías respiratorias y vías urinarias. (2) “Muchas enterobacterias pueden causar infecciones oportunistas graves (infecciones urinarias, colecistitis, peritonitis, neumonía, infecciones de las incisiones quirúrgicas, meningitis y sepsis)”. (10) (11)

“Las bacterias virus y hongos causantes de infecciones meníngeas poseen un tropismo por las leptomeninges a las que alcanzan por vía hemática”. (12) (13)

4.4.3 Diagnóstico Tardío De Aracnoiditis.

La Aracnoiditis se refiere a la inflamación de las membranas aracnoides que rodean el cerebro y la médula espinal, esta inflamación puede producir dolor debilitante y severo, así como síntomas mielopáticos incluyendo debilidad, entumecimiento y disfunción autonómica de miembros inferiores. (7) (12)

Esta patología por su naturaleza es de carácter progresivo y con un gran porcentaje de morbilidad, el tratamiento quirúrgico está indicado especialmente para lesiones de menos de tres semanas de su desarrollo. Esto está establecido ya que los intentos de descompresión después de tres semanas utilizando las técnicas habituales pueden no ser exitosas como resultado de la fusión espontánea de los tejidos blandos. (14) (15)

4.4.4 Procedimiento Quirúrgico “Laminectomía”

El abordaje para este procedimiento será por vía posterior a la columna vertebral ya que facilita la entrada a todos sus niveles, permitiendo el acceso claro hacia las láminas vertebrales para realizar la extirpación de las mismas, después de la laminectomía se facilita la exploración o descompresión del canal medular permitiendo que las estructuras blandas tengan más espacio y debiéndose efectuar lo antes posible. (16). (17)

El procedimiento quirúrgico en el paciente tuvo por finalidad la descompresión y debridación de los tejidos neurales infectados.

Lamentablemente los éxitos de esta técnica solo alcanzan el 64%. (16)

4.4.5 Complicaciones En El Proceso De Recuperación.

Fracaso Quirúrgico.

“Se denomina síndrome de falla quirúrgica al cuadro clínico que presentan algunos pacientes sometidos a cirugía de columna en quienes no se logra una mejoría satisfactoria de los síntomas” (18) (8)

Inadecuado Traslado Del Paciente Hacia El Centro De Rehabilitación Física Que Asistía.

La manera de trasladar al paciente desde su hogar hacia el centro de fisioterapia en el cual realizaba la rehabilitación pudo complicar su cuadro clínico ya que dicho paciente reside en la segunda planta de su casa lo cual dificultaba la facilidad de traslado por parte de su novia y hermana hacia la planta baja para abordar un vehículo particular, (1) (19)

Deficiente Atención Fisioterapéutica.

En el centro de rehabilitación física al que acudió el paciente tras la intervención quirúrgica, no pudo recibir una atención óptima debido a la gran demanda de atención de usuarios ya que por las características fisiopatológicas del cuadro clínico que presenta se requiere un programa de tratamiento personalizado con una prestación de tiempo adecuado y suficiente para su rehabilitación.

Durante el análisis de la atención recibida en dicho centro de rehabilitación existió la falta de valoración física, lo cual es un punto fundamental para identificar las condiciones físicas del paciente para iniciar su rehabilitación, lo que facilita la planificación de su tratamiento fisioterapéutico según sus necesidades, mismo que permite identificar la evolución y la efectividad del tratamiento aplicado.

4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

PUNTOS CRÍTICOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Decisión de abandonar el Hospital Provincial Regional Docente Ambato.	Equivocada decisión de abandonar el Hospital Provincial Regional Docente Ambato debido a la gran desconfianza en los servicios del MSP.	Las autoridades, así como el personal de salud del MSP deberán trabajar para que los usuarios de este sistema de salud retomen la confianza en la atención, mediante una atención confiable para el usuario.
Retraso en la realización de pruebas complementarias.	Solicitar exámenes complementarios de acuerdo a las necesidades.	Mediante una correcta valoración y tras una impresión diagnóstica con déficit neurológica, el

		personal de salud debe sospechar de una lesión a nivel del SNC por lo se debe solicitar exámenes complementarios
Desconocimiento de las características de la patología.	Dar a conocer los riesgos y complicaciones del tratamiento quirúrgico.	El especialista deberá advertir sobre las complicaciones que se pueden presentar en la cirugía como en el proceso de recuperación ya que por la naturaleza de la patología generalmente no tiene una evolución favorable.
Inadecuado traslado del paciente hacia el centro de rehabilitación.	Capacitar a los familiares sobre el traslado del paciente	Se debe capacitar a los familiares sobre la correcta movilización del paciente para así evitar complicaciones por un inadecuado manejo postural al momento del traslado del paciente hacia diferentes lugares.
Deficiente atención fisioterapéutica en el establecimiento de ayuda social al que acudió el paciente.	Atención fisioterapéutica.	Por ser un paciente con un déficit neurológico motor y sensitivo de miembros inferiores, necesitara que se planifique un tratamiento fisioterapéutico enfocado en sus necesidades.

Carencia de evaluación fisioterapéutica en el establecimiento de ayuda social al que acudió el paciente.	Falta de evaluación fisioterapéutica.	Es fundamental que al iniciar la atención fisioterapéutica en un paciente de manera obligatoria se realice la debida evaluación de su estado físico mediante escalas de valoraciones física.
Falta de protocolo estructurado del tratamiento fisioterapéutico.	No existe protocolo estructurado del tratamiento fisioterapéutico.	Tras la evaluación física de los pacientes se debe estructurar un protocolo de atención mediante etapas de tratamiento y según las necesidades que requiere.

Cuadro N° 2 Oportunidades de Mejora

Fuente: Juan Morejón - Investigador

4.5 PROPUESTA DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO ALTERNATIVO

Previo al planteamiento del tratamiento fisioterapéutico y debido a la gran afectación sensorio motor de los miembros inferiores se realizó valoraciones utilizando la clasificación neurológica estándar de lesión medular.

Tras la valoración en base al Sistema de la American Spinal Injury Association para clasificar a los pacientes con lesión medular (ASIA) de acuerdo con el nivel y el grado de deficiencia neurológica se presenta una Lesión Incompleta Tipo B,

ya que se preserva la función sensorial alterada, con abolición de función motora por debajo del nivel neurológico, incluyendo los segmentos sacros. (20) (21)

ASIA
CLASIFICACIÓN NEUROLÓGICA ESTÁNDAR DE LESIÓN MEDULAR

MOTORA		TACTO LIGERO		PINCHAZO		SENSORIAL	
MUSCULOS CLAVE		D I		D I		PUNTOS SENSITIVOS CLAVE	
C2							
C3							
C4							
C5							
C6							
C7							
C8							
T1							
T2							
T3							
T4							
T5							
T6							
T7							
T8							
T9							
T10							
T11							
T12							
L1							
L2							
L3							
L4							
L5							
S1							
S2							
S3							
S4-5							

MOTORA
MUSCULOS CLAVE

TACTO LIGERO
D I

PINCHAZO
D I

SENSORIAL
PUNTOS SENSITIVOS CLAVE

0 = ausente
 1 = alterado
 2 = normal
 NT = no valorable

0 = parálisis total
 1 = contracción refleja o visible
 2 = movimiento activo, gravedad anulada
 3 = movimiento activo, contra el peso corporal
 4 = movimiento activo, contra alguna resistencia
 5 = movimiento activo, contra resistencia completa
 NT = no valorable

NO Contracción anal voluntaria (Si/No)

NO Cualquier sensación anal (Si/No)

TOTALES 0 + 2 = 2 CALIFICACIÓN MOTORA (MAXIMO) (5) (5) (5) (5)

TOTALES 0 + 0 + 2 + 3 = 5 CALIFICACIÓN DE PINCHAZO (MAXIMO) (5) (5) (5) (5)

TOTALES 0 + 0 = 0 CALIFICACIÓN DE TACTO LIGERO (MAXIMO) (5) (5) (5) (5)

NIVEL NEUROLÓGICO: D I
 ¿COMPLETA O INCOMPLETA?: I
 ZONA DE CONSERVACIÓN PARCIAL: D I
 ESCALA DE DISFUNCIÓN ASIA: B

Este formato puede copiarse con libertad, pero no debe modificarse sin el permiso de la American Spinal Injury Association.

El enfoque del tratamiento propuesto se ajusta a las necesidades de autonomía que requiere el paciente, se creó un tratamiento que se aplicara en tres fases.

Fases del Tratamiento.

Primera fase:

Objetivos:

- Mejorar la sensibilidad.
- Evitar adherencias en el sistema articular afectado.
- Prevenir la hipotonía en la musculatura bilateral de miembros inferiores.

Mejorar la sensibilidad.

Mediante la aplicación del Método de Rood, realizamos una estimulación sensitiva en los receptores cutáneos para facilitar la excitabilidad de las motoneuronas que intervienen en el musculo afectado. (22)

Cepillado Rápido.

Posición del paciente: decúbito supino, decúbito prono.

Posición del fisioterapeuta: junto al paciente.

Ejecutar: realizar un cepillado rápido, 5 cepilladas en 3 segundos en el mismo lugar.



Gráfico N°. 1 Cepillado rápido

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Aplicación De Frío.

Posición del paciente: decúbito supino, decúbito prono.

Posición del fisioterapeuta: junto al paciente.

Ejecutar: se aplica en forma de masaje con un cubo de hielo, es más efectivo si el área a tratar esta caliente.



Gráfico N°. 2 Masaje con hielo

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Aplicación De Vibración.

Posición del paciente: decúbito supino.

Posición del fisioterapeuta: junto al paciente.

Ejecutar: se aplica vibración manual o mecánica en la unión musculo tendinosa acompañada de estiramiento.



Gráfico N°. 3 Aplicación de vibración manual

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Evitar adherencias en el sistema articular afectado.

Movilidad Pasiva Asistida.

Ejercicio1.

Posición del paciente: decúbito supino.

Posición del fisioterapeuta: arrodillado junto al paciente.

Ejecutar: con la rodilla del paciente en extensión el fisioterapeuta realiza la flexión de cadera, 3 series de 10 repeticiones.



Gráfico N°. 4 Movilidad pasiva asistida – flexión de cadera

Fuente: Juan Morejón – Investigador

Ejercicio 2.

Posición del paciente: decúbito supino.

Posición del fisioterapeuta: arrodillado junto al paciente.

Ejecutar: el paciente con extensión de cadera y rodilla, el fisioterapeuta ejecuta la flexo-extensión combinada, 3 series de 10 repeticiones.



Gráfico N°. 5 Movilidad pasiva asistida – flexo-extensión combinada

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 3.

Posición del paciente: decúbito supino.

Posición del fisioterapeuta: arrodillado junto al paciente.

Ejecutar: movilizar los miembros en abducción uno a uno, 3 series de 10 repeticiones.



Gráfico N°. 6 Movilidad pasiva asistida – abd-ad

Fuente: Juan Morejón – Investigador

Ejercicio 4.

Posición del paciente: decúbito supino.

Posición del fisioterapeuta: arrodillado junto a los pies del paciente.

Ejecutar: realizar un flexo-extensión de tobillo, 3 series de 10 repeticiones.



Gráfico N°. 7 Movilidad pasiva asistida – flexo – extensión de tobillo

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 5.

Posición del paciente: decúbito supino.

Posición del fisioterapeuta: en posición de caballero junto al paciente.

Ejecutar: con una flexión combinada de cadera y rodilla, el fisioterapeuta realiza la movilización circundante de cadera, 3 series de 10 repeticiones.



Gráfico N°. 8 Movilidad pasiva asistida – circunducción

Fuente: Juan Morejón - Investigador
Prevenir la hipotonía en la musculatura bilateral de miembros inferiores.

Ejercicios Isométricos:

Ejercicio 6.

Posición del paciente: decúbito supino.

Posición del fisioterapeuta: arrodillado junto al paciente.

Ejecutar: El paciente mantiene una almohada bajo sus rodillas y realiza una contracción bilateral de cuádriceps presionando la almohada hacia abajo, la contracción se mantiene por 6 segundos y relaja 3, realiza 3 series de 6 repeticiones.



Gráfico N°. 9 Contracción isométrica - cuádriceps

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 7.

Posición del paciente: decúbito supino.

Posición del fisioterapeuta: arrodillado junto al paciente.

Ejecutar: El paciente mantiene una almohada bajo sus tobillos y realiza una contracción bilateral de los músculos gastrocnemios presionando la almohada hacia abajo, la contracción se mantiene por 6 segundos y relaja 3, realiza 3 series de 6 repeticiones.



Gráfico N°. 10 Contracción isométrica - gastrocnemios

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 8.

Posición del paciente: decúbito supino.

Posición del fisioterapeuta: arrodillado junto a los pies del paciente.

Ejecutar: El fisioterapeuta realiza la flexión combinada de cadera y rodillas manteniendo la región plantar del paciente en contacto con la colchoneta, una vez estabilizado se coloca una almohada entre sus rodillas, y se pide que presione hacia dentro, la contracción se mantiene por 6 segundos y relaja 3, realiza 3 series de 6 repeticiones.



Gráfico N°. 11 Contracción isométrica - aductores

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 9.

Posición del paciente: decúbito prono.

Posición del fisioterapeuta: arrodillado junto al paciente.

Ejecutar: se coloca una almohada entre los muslos del paciente y se pide que presione hacia dentro acompañando de una contracción de los glúteos, la contracción se mantiene por 6 segundos y relaja 3, realiza 3 series de 6 repeticiones.



Gráfico N°. 12 Contracción isométrica - glúteos

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Segunda Fase:

Objetivos.

- Fortalecimiento de musculatura afectada, cabe destacar que se aplicara de manera progresiva.
- Mejorar la coordinación.

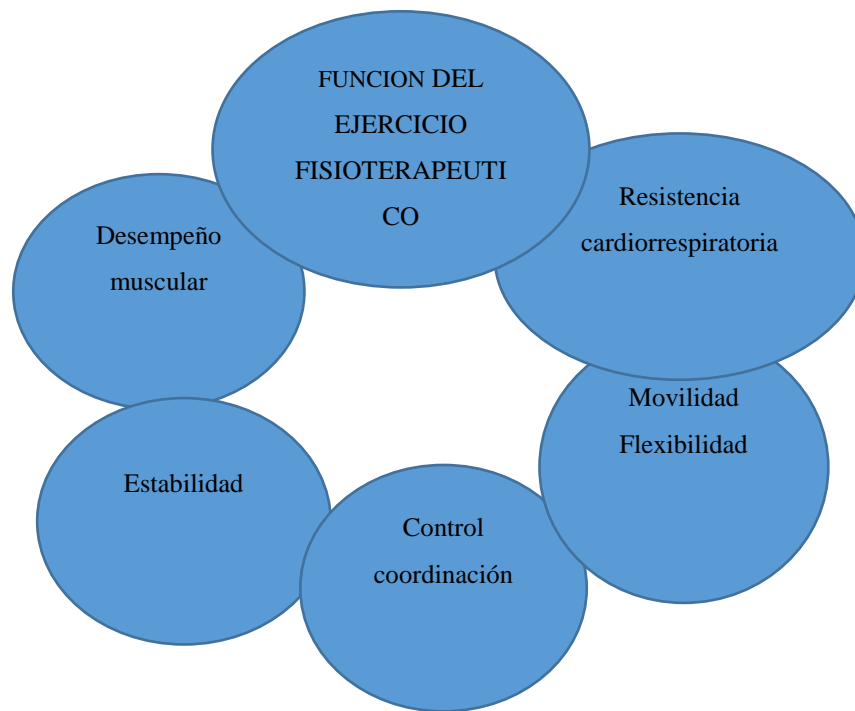


Figura N° 2 *Función del ejercicio Terapeutico*

Fuente: Aspectos interrelacionados del funcionamiento físico. (Ejercicio Terapéutico fundamentos y técnicas) (23)

Movilización Activa Asistida

Ejercicio10.

Posición del paciente: decúbito supino.

Posición del fisioterapeuta: arrodillado junto al paciente.

Ejecutar: con la rodilla del paciente en extensión el fisioterapeuta realiza la toma sobre la región poplítea y el talón del paciente y se le pide que eleve la pierna realizando flexión de cadera, se realiza 3 series de 10 repeticiones.



Gráfico N°. 13 Movilización activa asistida - flexión

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio11.

Posición del paciente: decúbito supino.

Posición del fisioterapeuta: posición de caballero junto al paciente.

Ejecutar: con flexión combinada de cadera y rodilla del paciente, el fisioterapeuta pide al paciente que realice una extensión combinada de cadera y rodilla, 3 series de 10 repeticiones.



Gráfico N°. 14 Movilización activa asistida - extensión

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio12.

Posición del paciente: decúbito supino.

Posición del fisioterapeuta: arrodillado junto al paciente.

Ejecutar: el fisioterapeuta pide al paciente que realice una abducción de uno de los miembros inferiores, se realiza 3 series de 10 repeticiones.



Gráfico N°. 15 Movilización activa asistida - abd

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 13.

Posición del paciente: decúbito supino con flexión combinada de cadera y rodillas.

Posición del fisioterapeuta: arrodillado junto a los pies del paciente.

Ejecutar: el fisioterapeuta estabiliza los miembros inferiores y pide que realice abducción y aducción bilateral de miembros inferiores, se realiza 3 series de 10 repeticiones.



Gráfico N°. 16: Movilización activa asistida – abd-ad

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 14.

Posición del paciente: decúbito prono.

Posición del fisioterapeuta: arrodillado junto al paciente.

Ejecutar: el fisioterapeuta estabiliza la región poplíteica y toma la región plantar del paciente y pide que realice una flexión de rodilla hasta topar el glúteo con su talón.



Gráfico N°. 17 Movilización activa asistida - flexión de rodilla

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Movilización Activa Resistida.

Hidroterapia

Ejercicio 15.

Posición del paciente: decúbito supino con flotador alrededor de la región dorsal.

Posición del fisioterapeuta: parado a la cabeza del paciente y sosteniéndolo por sus hombros.

Ejecutar: se pide al paciente que realice movimientos de flexión lateral simétrica de sus miembros inferiores.



Gráfico N°. 18 Movilización activa resistida - flexión lateral simétrica
Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 16.

Posición del paciente: decúbito supino con flotador alrededor de la región dorsal.

Posición del fisioterapeuta: parado a la cabeza del paciente y sosteniéndolo por sus hombros.

Ejecutar: se pide al paciente que realice una extensión asimétrica de sus miembros inferiores de manera que sumerja sus pies en el agua uno a uno.



Gráfico N°. 19 Movilización activa resistida – extensión asimétrica

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 17.

Posición del paciente: decúbito supino con flotador alrededor de la región dorsal.

Posición del fisioterapeuta: parado a la cabeza del paciente y sosteniéndolo por sus hombros.

Ejecutar: se pide al paciente que realice una flexión bilateral combinada de cadera y rodillas hasta casi topar las rodillas en su pecho.



Gráfico N° 20 Movilización activa resistida - flexión bilateral

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 18.

Posición del paciente: decúbito supino con flotador alrededor de la región dorsal.

Posición del fisioterapeuta: parado a la cabeza del paciente y sosteniéndolo por sus hombros.

Ejecutar: se pide al paciente que realice un flexo-extensión asimétrica de sus miembros inferiores hasta casi topar una de sus rodillas en su pecho mientras la otra permanece en extensión.



Gráfico N°. 21 Movilización activa resistida - flexión unilateral

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 19.

Posición del paciente: decúbito supino con flotador alrededor de la región dorsal.

Posición del fisioterapeuta: parado a la cabeza del paciente y sosteniéndolo por sus hombros.

Ejecutar: se pide al paciente que realice abducción y aducción bilateral de miembros inferiores.



Gráfico N°. 22 Movilización activa resistida – abd -ad bilateral

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 20.

Posición del paciente: decúbito supino con flotador alrededor de la región dorsal.

Posición del fisioterapeuta: parado a la cabeza del paciente y sosteniéndolo por sus hombros.

Ejecutar: se pide al paciente que realice una abducción de un miembro inferior mientras el otro permanece en extensión.



Gráfico N°. 23 Movilización activa resistida – abd

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 21.

Posición del paciente: decúbito supino con flotador alrededor de la región dorsal.

Posición del fisioterapeuta: parado a la cabeza del paciente y sosteniéndolo por sus hombros.

Ejecutar: se pide al paciente que realice una extensión de cadera hundiendo uno de sus miembros en el agua mientras el otro permanece en extensión.

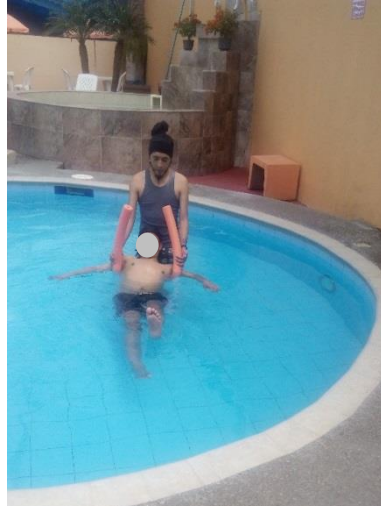


Gráfico N°. 24 Movilización activa resistida – extensión asimétrica

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 22.

Posición del paciente: en posición de bipedestación con el flotador entre las piernas.

Posición del fisioterapeuta: parado junto al paciente.

Ejecutar: se pide al paciente que realice una simulación de pedaleo dentro del agua.

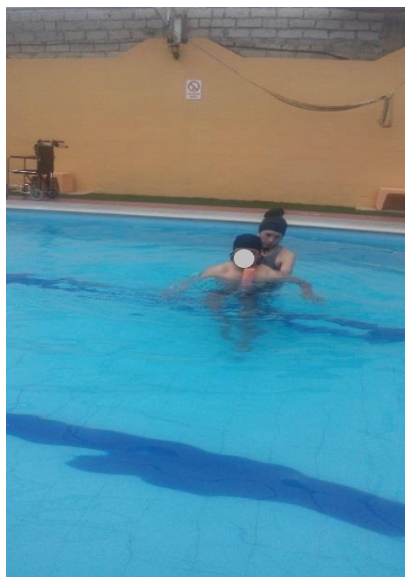


Gráfico N°. 25 Movilización activa resistida - pedaleo

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 23.

Posición del paciente: en posición de bipedestación con el flotador entre las piernas.

Posición del fisioterapeuta: parado junto al paciente.

Ejecutar: se pide al paciente que realice una simulación de caminar dentro del agua.



Gráfico N°. 26 Movilización activa resistida - deambulaci3n

Fuente: Juan Morej3n - Investigador

- Ejercicios De Facilitaci3n y Coordinaci3n.

Ejercicio 24.

Posici3n del paciente: dec3bito prono.

Posici3n del fisioterapeuta: de rodillas junto al paciente.

Ejecutar: se pide al paciente que realice un apoyo con los codos para de inmediato realizar la extensi3n de codo apoy3ndose con sus palmas de las manos en la colchoneta y se pide que realice una flexi3n combinada de cadera y rodilla para adoptar la posici3n de 4 puntos.



Gráfico N.º. 27 Facilitación y coordinación - posición de 4 puntos

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 25.

Posición del paciente: 4 puntos.

Posición del fisioterapeuta: de pie junto al paciente.

Ejecutar: se pide al paciente que realice la acción de gateo.



Gráfico N.º. 28 Facilitación y coordinación - posición de 4 puntos

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 26.

Posición del paciente: 4 puntos.

Posición del fisioterapeuta: de rodillas junto al paciente.

Ejecutar: se pide al paciente que lleve su cuerpo hacia atrás y apoye sus glúteos sobre sus talones.



Gráfico N°. 29 Facilitación y coordinación – apoyo de glúteos

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 27.

Posición del paciente: sentado sobre sus talones.

Posición del fisioterapeuta: de rodillas delante del paciente.

Ejecutar: se pide al paciente que extienda su cadera elevando su tronco hasta llegar la posición de arrodillado.



Gráfico N°. 30 Facilitación y coordinación – posición de arrodillado

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 28.

Posición del paciente: 4 puntos.

Posición del fisioterapeuta: de rodillas delante del paciente.

Ejecutar: se pide al paciente que lleve su cuerpo hacia atrás y adelante uno de sus miembros inferiores hasta formar un ángulo de 90° para adoptar la posición de caballero.



Gráfico N.º. 31 Facilitación y coordinación - posición de caballero

Fuente: Juan Morejón - Investigador

➤ Descargas Progresivas De Peso Para La Bipedestación:

Ejercicio 29.

Posición del paciente: sentado sobre su silla, con las manos en las paralelas.

Posición del fisioterapeuta: sentado frente al paciente.

Ejecutar: se pide al paciente que incline su cuerpo hacia delante y se ponga en bipedestación.



Gráfico N.º. 32 Facilitación y coordinación – bipedestación en paralelas

Fuente: Juan Morejón - Investigador

- Reeduación De La Marcha.

Ejercicio 30.

Posición del paciente: En bipedestación con ayuda de barras paralelas.

Posición del fisioterapeuta: en bipedestación detrás del paciente.

Ejecutar: se pide al paciente que realice el apoyo de talón, punta.



Gráfico N°. 33 Facilitación y coordinación – talón - punta

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Tercera fase.

Objetivos:

- Reintegrar al paciente a sus actividades laborales.
- Restablecer en el paciente la autonomía deambulatoria.

Mediante el proceso de rehabilitación física del paciente se fueron recuperando varias de las funciones sensomotores suprimidas por la patología adquirida, tras la recuperación de estas funciones el paciente reintegro a sus actividades laborales.

- Deambulación.

Ejercicio 31.

Posición del paciente: En bipedestación con ayuda de barras paralelas.

Posición del fisioterapeuta: en bipedestación detrás del paciente.

Ejecutar: se pide al paciente que realice el adelantamiento de una de sus piernas para dar paso a la marcha progresiva.



Gráfico N°. 34 Facilitación y coordinación – deambulación en paralelas

Fuente: Juan Morejón - Investigador

Ejercicio 32.

Posición del paciente: En bipedestación con ayuda ortopédica.

Posición del fisioterapeuta: en bipedestación detrás del paciente.

Ejecutar: se pide al paciente que realice la marcha progresiva con apoyo ortopédico.



Gráfico N°. 35 Facilitación y coordinación – deambulación con ayuda ortopédica

Fuente: Juan Morejón - Investigador

CONCLUSIONES

- Al haber realizado el presente análisis de caso se accede a información veraz, lo que permite determinar como el principal factor para la decisión de una laminectomía lumbar, la presencia de daño provocado por la inflamación de membrana aracnoides, lo que produce compresión medular y la consiguiente paraparesia.
- Lamentablemente aún existen rasgos culturales que hacen que los pacientes como el del presente caso acudan a tratamientos ancestrales provocando una pérdida de tiempo valioso, para su diagnóstico.
- Los puntos críticos primordiales que se encontraron en esta investigación son, valoraciones sin apoyo de exámenes complementarios, presencia del signo de fracaso quirúrgico, mal manejo del paciente al ser trasladado a las diferentes casas de salud, deficiente atención fisioterapéutica debido a la gran demanda de pacientes en la casa de salud que acudía.
- La paraparesia presente en el paciente coincide con los datos estadísticos internacionales en los cuales se determina que el 64% de estos padecimientos se complican con daños neurológicos.
- El programa de rehabilitación fisioterapéutica propuesto en base a la investigación y la fisiopatología que presenta el paciente se dividió en 3 etapas adaptándose a las necesidades del mismo cuyos objetivos son: mejorar la actividad sensomotora inhibida, fortalecimiento de miembros inferiores, reintegrar al paciente a sus actividades de la vida diaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA:

1. Arrollo H. *Neurlogia. Medical.* 2013; 57(1).(20)
2. Ascencio A, Gutierrez L, López C, Márquez M. Paraparesia flácida como resultado de esclerosis múltiple, mielopatía cervical y polineuropatía diabética. p. (155-159). (8). *Medical.* 2014; 5(3).(21)
3. Castro M. *Laminectomia Descompresiva Microscópica En El Tratamiento De La Estenosis Del Receso Lateral Del Canal Lumbar. . 1st ed. Santiago; 2012.*(16)
4. Casado I, Mata J, Romero X, Portilla J. *Enfermedades de la médula espinal. Síndromes medulares.* p. 4667-77. (9). *Medicine.* 2015; 11 (78).(5)
5. Ciaran D, Finbar D. An interesting case of primary spinal arachnoiditis. p. (555-557) (11). 2012; 26(4).(4)
6. Chandran P, Skhar S, Chadra R, Charan M. *Intradural Spinal Arachnoid Cyst: A Long-Term Postlaminectomy Complication: A Case Report and Review of the Literature. Review of the Literature.* 2015; 14(1).(17)
7. Downiw P. *Neurología para fisioterapeutas.* 14th ed. Panamericana: Argentina; 2001. (22)
8. García S, Suarez S, Meza E, Arrazola E, Sevilla C. *Procesos infecciosos del sistema nervioso central en el preludeo del siglo XXI: una revisión analítica.* p. 276-289. *Med Int Mex..* 2013 ; 23(29).(9)
9. Gutiérrez , Pérez , Ruiz E. *Formas clínicas de infecciones por enterobacterias.* p 3283-90. *Medicine.* 2014; 11(55).(10)
10. Herrera J, Moreno R, Gonzáles A, Bárcena E, García J. *Evaluación de la columna lumbar posquirúrgica.* p. 12-23. (14). *Medicina.* 2013; 55(1).(8)
11. Martinex S. *Cirugía Bases del Conocimiento quirúrgico y apoyo en trauma.* 5th ed.; 2013.(15)
12. Kisner C, Colby L. *Ejercicio Terapéutico Fundamentos y técnicas.* p. (2). 5th ed. Buenos Aires.: Panamericana; 2010.(23)

13. Klein. Imaging of noninfectious inflammatory disorders of the spinal cord. p.733-746. (15). Handbook of Clinical Neurology. 2016; 136(2).(7)
14. Pardo J, García T, Costa E. Neuropatías, radiculopatías y plexopatías. ; p.(4698-710) (16). 2015; 11(78).(19)
15. Puerta A, Mateos F. Enterobacterias. 3426-31. Medicine. 2010; 10 (51).(2)
16. Prats. Microbiología y Parasitología Médica. p. (187) Madrid: Panamericana; 2012.(11)
17. Prats. Microbiología Clínica. p. (261-262). 1st ed. Buenos Aires: Panamericana; 2005.(12)
5. Rodríguez A. Repertorio de Medicina y Cirugía, p. (89-97). Medicina. 2013; 22(2).(6)
18. Rodríguez J, Sandoval V, Benavides D, Olivares. Paraplejía por aracnoiditis adhesiva Reporte de un caso.p. (232-236) (19). Medical. 2009; 23(4).(3)
19. Shors. Virus Estudio molecular con orientación clínica. P- (124). 1st ed. Buenos Aires: Panamericana; 2009.(13)
20. Torres L. Tratados de Cuidados Críticos y Emergencias. p. (1746-1749). Tomo II. ed. España: Aran; 2002. (1)
21. Tracey A, Vaitkevicius. Infectious Myelopathies. p. (1351-1373). Medicine. 2012; 18(6).(14)
22. Zaragoza K, Quiroz L, Saravia. Complicaciones más frecuentes en el síndrome de fracaso quirúrgico de la columna. p. (58-69). hallazgos por imagen. 2013; 2(2).(18)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA

1. **SCOPUS:** Vásquez A, Romo F, Martínez J. Scopus. [Online].; 2014 [cited 2016 Julio 18. Available from: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84867799272&origin=resultslist&sort=plff&src=s&st1=paraplejia&st2=&sid=A52160C6E611EEDCB10874A7748B4D72.WIW7NKKC52nnQNxjqAQrlA%3a10&sot=b&sdt=b&sl=25&s=TITLE-ABSKEY%28paraplejia%29&relpos=7&citeCnt=0&>.(11)
2. **SCOPUS:** Nuñez M, Fernández A. Scopus. [Online].; 2014 [cited 2016 Diciembre 19. Available from: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84857082178&origin=resultslist&sort=plff&src=s&st1=paraplejia&nlo=&nlr=&nls=&sid=A52160C6E611EEDCB10874A7748B4D72.WIW7NKKC52nnQNxjqAQrlA%3a310&sot=b&sdt=sisr&sl=25&s=TITLE-ABS-KEY%28paraplejia%29&ref=%>.(12)
2. **EBSCO HOST:** Braz da Siiva N. F. et.al.: Una Revisión De La Literatura; 2009. (ISSN: 1518-8345). <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a05578cc-7b4e-4166-a839-248704a29334%40sessionmgr4005&hid=4206> •
3. **EBSCO HOST:** Hechavarria Andrial Z. E. et.al. F al teraciones físicas y funcionales; 2013. (ISSN: 1029-3019). <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7257128b-cb4c-4a65-9f01-23c826027de4%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4206> •
4. **SCOPUS:** Devoogdt N. et.al. randomizados prueba controlada; 2011. (doi: 10.1136/bmj.d5326). <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84859004177&origin=reflist&sort=plff&src=s&st1=fisioterapia+cnecer+de+mama&st2=&sid=B51966EFF053B2B7D0CB7C0737448570.aXc zxbyuHHiXgaIW6Ho7g %3a60&sot=b&sdt=b&sl>

ANEXOS

Anexo 1. Entrevista al paciente.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



Facultad De Ciencias De La Salud

Carrera de Terapia Física



ENTREVISTA AL PACIENTE

1. ¿Cuándo inicio la sensación de debilidad en sus miembros inferiores?

.....
.....
.....

2. ¿A qué establecimientos de salud acudió al perder la movilidad en sus miembros inferiores?

.....
.....
.....

3. ¿Qué tipo de exámenes complementarios le realizaron?

.....
.....
.....

¿Cuál fue el diagnóstico que le dio el personal de salud en donde fue atendido?

.....
.....
.....

4. ¿Fue informado de los procedimientos q seguir para lograr la mejoría de su salud?

.....
.....
.....

5. ¿Cómo fue la atención que recibió usted en los establecimientos de salud?

.....
.....
.....

Anexo 2. Entrevista a familiares.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad De Ciencias De La Salud

Carrera de Terapia Física



ENTREVISTA A LA NOVIA DEL PACIENTE

1. ¿Cómo se percató que el paciente presento debilidad en sus miembros inferiores?

.....
.....
.....

2. ¿A qué establecimientos de salud acudieron tras instaurarse la perdida de la movilidad de miembros inferiores?

.....
.....
.....

3. ¿Cómo calificaría usted la atención que recibió el paciente en los establecimientos de salud a los cuales acudieron?

.....
.....
.....

4. ¿Cuál fue el diagnóstico que le dio el personal de salud en donde fue atendido inicialmente?

.....
.....
.....

5. ¿Cuánto tiempo se tardaron en proporcionar un diagnóstico asertivo sobre la patología que afectó al paciente?

.....
.....
.....
.....

6. ¿Por qué decidieron abandonar el Hospital Provincial Regional Docente Ambato?

.....
.....
.....

7. ¿Por qué accedieron a la realización de la intervención quirúrgica sugerida por el especialista particular en un establecimiento de salud particular si fue la misma que sugirieron el personal del establecimiento del MSP?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

PATRICIO SAILEMA
RM S/C DE COLUMNA LUMBAR
DR. MSP AMBATO
16 de noviembre de 2015

INFORME:

Se realizan cortes sagitales, axiales y coronales en secuencias T1, T2 y T1 Pos Gd, observándose:

Lordosis fisiológica lumbar conservada.
Cuerpos vertebrales íntegros y alineados.
Canal raquídeo con amplitud normal, cordón medular sin alteraciones, llega hasta L1.
Filum terminal alterado debido a engrosamientos meníngicos que determinan espacios liquóricos disecando fibras nerviosas, en las secuencias con contraste se observa realce meníngeo prácticamente estenotando el nivel L5-S1; dicho realce no afecta las raíces nerviosas.
Articulaciones interfacetarias no muestran signos degenerativos, forámenes bien conformados con raíces nerviosas libres.
Intensidad de señal normal de los discos intervertebrales sin evidencia de herniaciones.

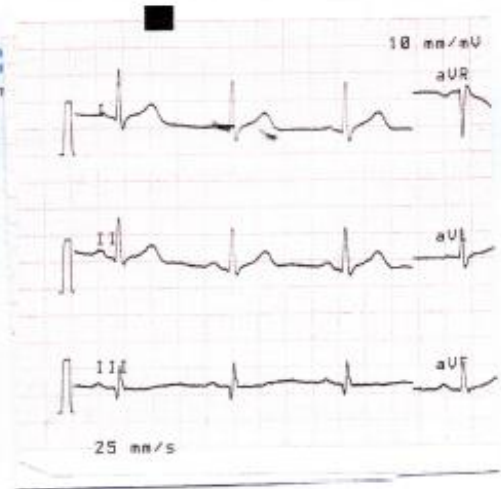
CONCLUSIONES:

1. Imagen sugestiva de aracnoiditis a nivel del filum terminale.



Quiz Quiz 1370 entre Cañarís y Calicuchima
Fono. 032400240 - 032400241 - 032400242
Emergencias. 0994650957

Nota. El contenido del reporte médico es de absoluta responsabilidad del profesional que firma



PACIENTE: SAILEMA PATRICIO

FECHA: 20 de noviembre de 2015

EXAMEN: RX DE TORAX

HALLAZGOS:

El estudio practicado demuestra silueta cardiovascular incrementada de tamaño.

No se aprecian consolidaciones de la vía aérea.

Acentuación de la trama vascular.

Angulos costo y cardio frénicos libres.

MEDICO RADIÓLOGO
MSP Libro 3 Folio 5 No 14

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno DULEMO		Apellido materno GUERRERO		Nombres PATRICIO GERMAN		Fecha de Nacimiento 04 08 1975			Sexo H
Nacionalidad E	País E	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte 1802943006	Lugar de residencia actual 18 01 60			Dirección Domicilio TEBENCIO			Nº Telefónico
Identificativa	Exterior/For	Cédula del sujeto	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Comercio/Código	

II. REFERENCIA: 1 DERIVACIÓN: 2

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema MOP	Hist. Clínica No. 1628+	Establecimiento de Salud CCO PICOANCA	Tipo	Distrito/Área 18D02				
Refiere o Deriva a:						Fecha		
Entidad del sistema MOP	Establecimiento de Salud HPDA	Servicio EMERGENCIAS	Especialidad NEUROLÓGICA	día	mes	año	29 09 2015	

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutiva	1 <input checked="" type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada	4 <input type="checkbox"/>
Ausencia temporal del profesio	2 <input type="checkbox"/>	Otros /Especifique:	5 <input type="checkbox"/>
Falta de profesional	3 <input type="checkbox"/>		

3. Resumen del cuadro clínico

paciente que hace aprox 6 días presenta paraplejía de miembros inferiores con presencia de dificultad para regulación de contracción de HPDA Emergencia

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--	--	--

5. Diagnóstico

1	Compresión Medular	CIE-10	PRE	DEF
2				

Nombre del profesional: MD J. ... Código MSP: ... Firma: ...

III. CONTRAREFERENCIA: 3 REFERENCIA INVERSA: 4

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio	
Contrarefiere o Referencia inversa a:						
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

--	--	--

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--	--	--

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

--	--	--

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

--	--	--

Nombre del profesional especialista: _____ Código MSP: _____ Firma: _____

RSPDME/01/rev. 05/ene/2014

7. Referencia Justificada

APPELLIDO PATERNO Santelma	MATERNO	NOMBRES Patricio	N° de la Historia Clínica
SERVICIO Neurocirugía	SALA	CAMA N°	

DIAGNOSTICOS

OPERACION

PRE-OPERATORIO Procuritis	PROYECTADA Laminectomía bilateral L4-L5
POST-OPERATORIO IDRAL	ELECTIVA <input type="checkbox"/> EMERGENCIA <input type="checkbox"/> PALPATIVA <input type="checkbox"/> REALIZADA + L4-L5, Exploración bilateral IDRAL

EQUIPO OPERATORIO

CIRUJANO Dr. J.	INSTRUMENTISTA Hd.		
PRIMER AYUDANTE Dr.	CIRCULANTE Sr.		
SEGUNDO AYUDANTE Hd.	ANESTESISTA Dr. L.		
TERCER AYUDANTE	AYUDANTE DE ANESTESIA		
FECHA DE OPERACION DIA 30 MES 11 AÑO 2011	HORA DE INICIO 19:30	HORA DE TERMINACION 00:30	TIPO DE ANESTESIA General

TIEMPOS QUIRURGICOS

DIERESIS Incisión longitudinal Medial de L4 a L5

EXPOSICION Weitlaner y Garauer

EXPLORACION Y HALLAZGOS QUIRURGICOS
- Se muestra masa con raíces (diferenciadas) de 4º y 5º segmento, engrosadas con múltiples adherencias y fibrosis

PROCEDIMIENTO OPERATORIO

- 1) Despio y Antiseptia
- 2) Colocación de campos quirúrgicos
- 3) Curva clásica
- 4) Exposición de piel, TCS, tendones
- 5) Esquelización
- 6) Separación de L4-L5 + laminectomía bilateral L4-L5
- 7) Separación subdural + espasmo
- 8) Tronco de raíces de ligamento denticulado

41 años por plomo

SINTESIS

Por plomo

COMPLICACIONES DEL ACTO OPERATORIO

Sangrado 250 cc

EXAMEN HISTOPATOLOGICO

SI

NO

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

DICTADA POR:			
FECHA DEL DICTADO			
HORA	DIA	MES	AÑO
00:45	21	11	2011
ESCRITA POR:			
Dai C. L.			

Dr. _____
FIRMA Y NOMBRE DEL CIRUJANO

1590

APELLIDO PATERNO Saulema		MATERNO Padrojo		NOMBRES		Nº DE LA HISTORIA CLINICA																			
FECHA 20 Nov 15	EDAD 40	SEXO M	ESTATURA	PESO	OCCUPACION ACTUAL	SERVICIO Neurología	SALA 6-1																		
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO Lesion tumoral medular		DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO		OPERACION PROPUESTA Laminectomía L2-L3-L4-L5 lig																					
CIRUJANO Dr. ...		AYUDANTES Dr. ...		OPERACION REALIZADA total																					
ANESTESIOLOGO Det. ...		AYUDANTES		INSTRUMENTISTA Dr. ...																					
REGISTRO TRANS-ANESTESICO																									
AGENTES	HORA	19	15	30	45	20	15	30	45	21	15	30	45	22	15	30	45	23	15	30	45	24			
TA																									
MAX	X																								
MIN																									
PULSO	●																								
INDUCCION	⊙																								
FIN ANESTESIA	⊙																								
RESPIRACION																									
ESP	○																								
ASIS	○																								
CONT	○																								
TEMPERATURA	△																								
FETO	△																								
PRES VENOSA	△																								
TORNQUETE	T																								
POSICION		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
DROGAS ADMINISTRADAS												TIEMPOS													
Nº	TIPO	1 Midazolam 5mg		2 Rocuronio 40mg		3 Rocuronio 10mg		4 Dexmedetomidina 8µg		5 Ketalaraco 60		6 Propofol 100mg		7 Metoprolol 10		8 Metomidol 25µg		DURACION ANESTESIA		HS. 5 MIN. 00		DURACION OPERACION		HS. 4 MIN. 30	
TECNICAS				INFUSIONES				COMPLICACIONES OPERATORIAS																	
GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	CONDUCTIVA	<input type="checkbox"/>	D. DEXTROSOS	400	cc	HIPOTENSION	<input type="checkbox"/>	ARRITMIAS	<input type="checkbox"/>															
SISTEM ABIERTO	<input type="checkbox"/>	ASEPSIA DE PIEL	<input type="checkbox"/>	R. RINGEII		cc	DEPRESION RESPIRAT	<input type="checkbox"/>	PERFORACION DURACIONE	<input type="checkbox"/>															
SISTE CERRADO	<input type="checkbox"/>	CON	<input type="checkbox"/>	S. SANGRE		cc	DRIFTADTECNICA	<input type="checkbox"/>	NAUSEAS/VOMITO	<input type="checkbox"/>															
SISTEM SEMI-CERR	<input type="checkbox"/>	HABON	<input type="checkbox"/>	E EXPANSORES		cc	CONDUCTIVA INSUFIC	<input type="checkbox"/>	LARINGOESPASMO	<input type="checkbox"/>															
APARATOS USADOS		BAQUIDEA	<input type="checkbox"/>	TOTAL	3400	cc	RIBOCARDIACO	<input type="checkbox"/>																	
CIRC	<input checked="" type="checkbox"/>	VAIVEN	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA			CAMBIO DE TECNICA	<input type="checkbox"/>																	
MASCARA	<input type="checkbox"/>	SIMPLE	<input type="checkbox"/>	250	cc	A P R O K																			
INTB. TRAQUEAL		CONTINUA	<input type="checkbox"/>	APGAR I																					
ORAL	<input type="checkbox"/>	NASAL	<input type="checkbox"/>	ALTURA PUNCION																					
RAPID	<input checked="" type="checkbox"/>	LENTE	<input type="checkbox"/>	1MIN 5MIN 10MIN 15MIN																					
TUBO Nº	7-5	PUNCION LAT.	<input type="checkbox"/>	TECNICAS ESPECIALES																					
MANGUITO INFLAB	<input checked="" type="checkbox"/>	LINEA MEDIA	<input type="checkbox"/>																						
TAPONAMIENTO	<input type="checkbox"/>	AGUJA Nº	<input type="checkbox"/>																						
COMENTARIOS												ASA II Monitoreo Continuo. EtO IA-FC-FR-ScO2, respO2 VUP-MSD Dr. ...													

APELLIDO PATERNO Sailema	MATERNO García	NOMBRES Patricio	Nº DE LA HISTORIA CLÍNICA 41233
-----------------------------	-------------------	---------------------	------------------------------------

El médico debe firmar al pie de cada nota de evolución y prescripciones médicas, las mismas que deberán coincidir con la fecha y hora en que fueron formuladas.

FECHA	HORA	NOTAS DE EVOLUCION	PRESCRIPCIONES MEDICAS
19/11/2015	04:00	NOTA DE INGRESO	Rp:
		Parikemasclisis de 40 años, nacido en Ambato y residente en Tumbaco.	1. Dieta general
		Moto, instrucción primaria completa, ocupación operador de calzado, divorciado, católico, días libres, GS no refiere.	2. CSU
		APP: Disminución de la movilidad de miembros bilaterales inferiores.	3. L R 1000cc (U) de mantenimiento
		APQ: No refiere	4. Coluzilia (U) 4/12h
		Alergias: No refiere	5. Metoclopramida (App VI) 4/12h
		APP: Padre con HTA; madre DM2.	6. Donepezil 4mg (U) 4/12h
		MC: Pérdida de la fuerza de miembros inferiores	7. Triazol 100mg diluído en 100cc Sol sal pasivo IV lento 4/12h
		EA: Paciente refiere que hace 2 meses presenta pérdida de la fuerza de miembros inferiores sin causa por la cual es hospitalizado para valoración y estudio sin encontrar causa por lo cual acude a médico particular, internan de casa y beben su su ingesta a este caso de salud.	8. BH, QS, TP, TTP
		Ex físico: Paciente orientado, estable, despierto, comunicativo.	9. FMO ; Rx de tórax, etc
		Abdomen: Sin datos posibles, no dolor.	10. Urea de los
		Extremidades: Pérdida de la fuerza de miembros inferiores.	11. Colocar sonda vesical
		IDy: Lesión tumoral medular.	Talid Dr. Md. - - - - -

FECHA	HORA	NOTAS DE ENFERMERIA	ENFERMERIA
20/11/2015	18:05	Ataque Postquirúrgico	
FC	68x'	Peso curso de 40 años, sin antecedentes patológicos personales, ASP; HbA1c diabético.	
TA	129/75	Trazado para intervención CD de mano izquierda = nivel medular	
SaO ₂	92%	St. Físico:	
		Conciencia: lúcido, responde a comandos	
		Respiración: PaCO ₂ - no soplo	
		Pulmones: MM auscultable	
		Abdomen: manso - distendido	
		PII: +	
		Extremidades: no edemas	
		St. Laborator: con leucocitos y disminución plaquetas - Hiperbilirrubina	
		TK6: fructuosa de la exploración	
		Se observan vesículas periles de ASP	
		Puede ser intervenido	
		Peso CD: ASP II - Goldmann II	
			St. Lopez
20/11/2015		Neurocirugía	
		Indicaciones postquirúrgicas	1. Curación 30°C
			2. NPO 24h
			3. CSU 4h
			4. cuidados de piel, puntos de apoyo
			5. Hidratación + SS 0.9% 100ml x 10K
			6. Analgesia 20mg a 30ml 1h
			7. Ramitidina 50 4h
			8. Metoclopramida 10mg 4h
			9. Metaxolona 60 4h

APELLIDO PATERNO <i>Suñer</i>	MATERNO <i>Corchero</i>	NOMBRES <i>Rafael</i>	Nº DE LA HISTORIA CLINICA <i>85733</i>
----------------------------------	----------------------------	--------------------------	---

El médico debe firmar al pie de cada nota de evolución y prescripciones médicas, las mismas que deberán coincidir con la fecha y hora en que fueron formuladas.

FECHA	HORA	NOTAS DE EVOLUCION	PRESCRIPCIONES MEDICAS
			<i>12) Novedades ✓</i>
			<i>13) ... ✓</i>
			<i>14) ... ✓</i>
			<i>15) ... ✓</i>
			<i>16) ... ✓</i>
<i>21.11.2015</i>	<i>6:15am</i>	<i>EVOLUCIÓN ORIENTE</i>	<i>RD</i>
<i>DH: 3.</i>		<i>Puente maxilar 140cm01</i>	<i>1.) Lubrico 30°C ✓</i>
		<i>Dg: detección tumores maxilar +</i>	<i>2.) NPO ✓ Dlc</i>
		<i>luminectomia bilateral.</i>	<i>3.) CSV 1/4h ✓</i>
		<i>+ exploración subaral</i>	<i>4.) Cuidados de piel y</i>
		<i>Si leve dolor nivel de</i>	<i>puentes de apoyo</i>
		<i>coleno lumbar</i>	<i>5.) SS 0,1% 1000ml + 10 Sel</i>
		<i>O Conciencia, orientado</i>	<i>IT + 200mg humal a</i>
		<i>afect. mucosas bilde</i>	<i>80ml/h ✓</i>
		<i>húmedas. Cavidad</i>	<i>6.) Paracetamol 50mg 1/2h IV ✓</i>
		<i>PRCS nasofaríngeas</i>	<i>7.) metoprolol 50mg 1/8h ✓</i>
		<i>Pulmones. MV</i>	<i>8.) metoprolol 60mg IV 1/2h ✓</i>
		<i>conservado pharynx</i>	<i>9.) Dexametasona 4mg 1/6h ✓</i>
		<i>nasal Region</i>	<i>10.) Ceftriaxona 1g IV 1/2h ✓</i>
		<i>(ambos presencia</i>	<i>11.) Glicemia 0h ✓</i>
<i>del. liberada. Fisiothp.</i>		<i>de puente de apoyo.</i>	<i>12) Novedades ✓</i>
<i>09:07:15:2015</i>		<i>No realiza nuevamente</i>	
		<i>Ext. Tono, tumor y</i>	<i>nd. lumbar.</i>
		<i>movilidad disminuida</i>	
		<i>bilateral</i>	
		<i>A Puente con trabajo de</i>	<i>1. Dieta blanda + Pobra ✓</i>
		<i>2 cm de aumento</i>	<i>2. Sentarlo en cama ✓</i>
		<i>de movilidad y</i>	<i>3. Iniciar rehabilitación ✓</i>
		<i>fuera de arcadas</i>	<i>- Jata Anaber Gorfido ✓</i>
		<i>inferiores, movimiento</i>	<i>4. Cambios de posic 9h ✓</i>
		<i>requiere. Se realiza</i>	<i>cambios cuidados de</i>

		<p>Tratamiento de líquidos cefalorraquídeos p: Hidrocortisona Analgésico Antibiótico</p>	
	VER:	Respuesta fluida (VNI)	Ac. Líquidos. Lee Cistocentesis
22/11/15	06:00	<p>Evolución Diurna Pte de 40 años IDg. Post laminectomía bilateral L1-L2-L3-L4</p>	<p>Rp 1) Hidrocortisona Dosis p 40 mg/día 2) Analgésico 3) Antibiótico</p>
		3. Paciente refiere hemorragias en miembros inferiores	3) Paro Iguad.
		0 Paciente vital, lúcida, vital evitada en TEP, afección cabeza: No sintomática boca: No heridas cuello: No adenopatías tórax: expone. Conservada ap: normal Abd: Suave, depresible R12+1	1) Hidrocortisona 2) Analgésico 3) Antibiótico
		Ext. Sensibilidad M. Luf. Fátiga durante Iuf Movtos leves. a Muf	
		D) Pte con neuropatía Iuf P) Rehabilitación Indicaciones.	



clínica de especialidades médicas

TUNGURAHUA

ESMEDICAS S.A.
AMBATO - ECUADOR

APELLIDO PATERNO Zumbana	MATERNO Corno	NOMBRES Patricio	Nº DE LA HISTORIA CLINICA 43233
-----------------------------	------------------	---------------------	------------------------------------

El médico debe firmar al pie de cada nota de evolución y prescripciones médicas, las mismas que deberán coincidir con la fecha y hora en que fueron formuladas.

FECHA	HORA	NOTAS DE ENFERMERIA	ENFERMERIA
23/Julii	06:00	Evolucion Durm	Rp
	04:4	Paciente 40 años masculino	1. Dieta blanda + fibra ✓
	04:3	1 Dg. Pantoprazolol	2. Sedar en cama ✓
		Pipilazol 11-21-23-24	3. Rehabilitación ✓
			4. Cambios de posición q/3h
		S Paciente despierto frecuente	5. Cuidados de piel y punto de
		dent de la noche no refu	de presión.
		nutrición alguna	6. S.S. 0.9% 1000 ml + la Eleo K
			+ 200mg de manitol a 40m/l/h
		O Paciente con estado	7. Ranitidina 30mg IV q/12h ✓
		afectado. Incluido glucosa 50ml	8. Metoprolol 10mg IV q/12h ✓
		oxígeno por nebulización	9. Ketorolaco 60mg IV q/12h ✓
		que presenta cianosis periferica	10. Dexametasona 4mg q/12h ✓
		blanca de fondo	11. Colchicina 1mg IV q/12h ✓
		causado por oclusión	12. Glucosina 0.9
		de la vena central	13. Enteroclimacento stat ✓
		en el punto	14. Lactulosa 20cc BID
		Medicación prescrita no dada	15. Mucela K.
		RH/12/41	
		Ext: MII fugaz, sensitivo	Dr. I.
		y momento disminuido	Md. i
		MIID cuando no aler	
		Respiración: apnéica hipo	
		4 HCO	1. Paracetamol 4g q/6h ✓
		A Paciente estable postoperatorio	2. Ketorolaco D/C ✓
			3. Paracetamol 1g q/6h ✓
		P indolencia	4. Dieta fluida ✓



APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	Nº DE LA HISTORIA CLINICA
------------------	---------	---------	---------------------------

El médico debe firmar al pie de cada nota de evolución y prescripciones médicas, las mismas que deberán coincidir con la fecha y hora en que fueron formuladas.

FECHA	HORA	NOTAS DE EVOLUCION	PRESCRIPCIONES MEDICAS
25.11.15	6:00am	EVOLUCION DIURNA	Rp.
		Paciente con 40 años	0 Alta + Indicaciones
		masculino	
		Ing Post Jovenectomía	- Analgesia 1gr w/d 14 x 2d
		bilateral 1, 2, 3, 4	- Ciprofloxacilo 500 y 750 x 10d
		S: leve dolor a nivel	- Nucleo CMP Rate 9/11 x 15d
		hacia quimico	- Prednisona 40mg 4/dia AM
		A: ruidos, oncolisis, etc	x 15 dias
		bil. murmulos orales	- Ranitidina 300mg HO HS
		húmedos. normal	-
		Abdomen: Suave, disten-	Dr.
		sión no doloroso.	
		Ext MI: tono	
		conservado, fuerza y	
		movilidad disminuida	
		A: Paciente ingresado por	
		trauma de miembros	
		de miembros inferiores	
		El rotulillo sangrado	
		de Jovenectomía	
		bilateral	
		P. Continuar indicaciones	



Anexo 5. Valoración mediante índice de BARTHLE. Aplicado el 25/10/2016

Comer 0 = incapaz 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)
Trasladarse entre la silla y la cama 0 = incapaz, no se mantiene sentado 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), pueda estar sentado 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = independiente
Aseo personal 0 = necesita ayuda con el aseo personal 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
Uso del retrete 0 = dependiente 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
Bañarse/Ducharse 0 = dependiente 5 = independiente para bañarse o ducharse
Desplazarse 0 = inmóvil 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador
Subir y bajar escaleras 0 = incapaz 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 10 = independiente para subir y bajar
Vestirse y desvestirse 0 = dependiente 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc
Control de heces: 0 = incontinente (o necesita que le suministren enema) 5 = accidente excepcional (uno/semana) 10 = continente
Control de orina 0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas). 10 = continente, durante al menos 7 días
Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

Total: 5/100 (Dependencia Total)

Anexo 6. Valoración mediante índice de BARTHLE. Aplicado el 17/02/2017

Comer 0 = incapaz 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)
Trasladarse entre la silla y la cama 0 = incapaz, no se mantiene sentado 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = independiente
Aseo personal 0 = necesita ayuda con el aseo personal 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
Uso del retrete 0 = dependiente 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
Bañarse/Ducharse 0 = dependiente 5 = independiente para bañarse o ducharse
Desplazarse 0 = inmóvil 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador
Subir y bajar escaleras 0 = incapaz 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 10 = independiente para subir y bajar
Vestirse y desvestirse 0 = dependiente 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc
Control de heces: 0 = incontinente (o necesita que le suministren enema) 5 = accidente excepcional (uno/semana) 10 = continente
Control de orina 0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas). 10 = continente, durante al menos 7 días
Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

Total: 85/100 (Dependencia Moderada)

Anexo 7. Consentimiento informado.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



Facultad De Ciencias De La Salud

Carrera de Terapia Física



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, de... años de edad, con C.C....., mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente;

EXPONGO:

Que he sido debidamente informado por el estudiante del Décimo semestre de la Carrera de Terapia Física, en entrevista personal realizada en día, que es necesario que se efectúe el Desarrollo del Análisis de Caso Clínico denominado

Que he recibido explicaciones tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósito del procedimiento, habiendo tenido de aclarar las dudas que me han sugerido.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecho de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el proceso citado Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que se acceda a la documentación necesaria, para dicha investigación.

FECHA:

C.C
ESTUDIANTE DE TERAPIA FÍSICA

C.C
PACIENTE