



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“ENCEFALOPATÍA POSTANÓXICA A CONSECUENCIA DE CIRUGÍA POR  
MEDIASINITIS”.**

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

**Autora:** Chauca Panchi, María Belén

**Tutora:** Dra. Esp. Salvador Arroba, Ruth

Ambato-Ecuador

Noviembre, 2017

## APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Análisis De Caso Clínico sobre el tema:

**“ENCEFALOPATÍA POSTANÓXICA A CONSECUENCIA DE CIRUGÍA POR MEDIASTINITIS”** de María Belén Chauca Panchi 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, Junio del 2017

LA TUTORA

.....  
Dra. Esp. Salvador Arroba, Ruth

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico sobre: **“ENCEFALOPATÍA POSTANÓXICA A CONSECUENCIA DE CIRUGÍA POR MEDIASTINITIS”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta de esquema de tratamiento son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Junio del 2017

LA AUTORA

.....

Chauca Panchi, María Belén

## **DERECHOS DE AUTOR**

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

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico, 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, Junio del 2017

LA AUTORA

.....

Chauca Panchi, María Belén

## **APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de caso clínico sobre el tema: **“ENCEFALOPATÍA POSTANÓXICA A CONSECUENCIA DE CIRUGÍA POR MEDIASTINITIS”**, de Chauca Panchi María Belén, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Noviembre del 2017

Para constancia firman

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1er VOCAL

.....  
2do VOCAL

## **AGRADECIMIENTO**

Como no agradecer a Dios, si nunca me ha dejado sola y siempre ha estado ahí manifestándose de una u otra manera, gracias por la sabiduría que me ha dado y por irme moldeando a su manera y lograr de a poco la persona que quiere que yo llegue a ser.

Me faltarían palabras para darle las gracias a mi madre, definitivamente sin su apoyo no estaría logrando cumplir esta meta, gracias infinitas por cada uno de los esfuerzos que hizo para cumplir juntas este sueño. De igual manera agradezco a mi padre que a pesar de la distancia estuvo ahí apoyándome.

A mis amigas por todas las vivencias que se quedaron en mi mente y en mi corazón y por su amistad sincera.

Un agradecimiento especial a mi tutora Dra. Ruth Salvador quien a pesar de las dificultades estuvo ahí guiándome de la mejor manera para poder finalizar este análisis de caso una vez más muchas gracias querida Dra. Ruth por la paciencia brindada.

Finalmente agradezco de todo corazón a mi familia quienes siempre se mantuvieron pendientes y nunca faltaron palabras de ánimo y buenos consejos para mi persona.

## DEDICATORIA

A Juan Emilio

A mis Padres

A mis Hermanos

Dedico este trabajo con mucho amor a mi hijo Juan Emilio pues es y será la personita que me inspira a seguir adelante.

A mis padres Estela y Orlando que sin su confianza y apoyo incondicional no estaría en el lugar que me encuentro hoy por hoy, gracias a sus esfuerzos y palabras de motivación las mismas que me mantuvieron en pie de lucha para poder lograr un sueño y cumplir esta meta planteada y no defraudarlos.

A mis hermanos Santiago y Javier por apoyarme en cualquier situación y haber creído en mí.

Gracias Juan Luis por las motivaciones de llegar a ser una profesional y seguir cada día luchando por nuestro Milito.

Finalmente a mi abuelita Esperanza que siempre estuvo con una sonrisa y su alegría única motivándome a seguir y a no rendirme jamás con sus consejos y cálidas palabras llenas de amor.

*Belén*

## ÍNDICE GENERAL

PORTADA	
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	i
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
DEDICATORIA.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
I. TEMA.....	3
II. OBJETIVOS.....	3
2.1.-OBJETIVO GENERAL:.....	3
2.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	3
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACION DISPONIBLES:.....	4
3.1.-IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACION DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE:.....	4
3.2.-IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACION DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE:.....	5
IV. DESARROLLO.....	5
4.1.- DESCRIPCIÓN CRONOLOGICA DETALLADA:.....	5
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	10
4.2.1. FACTORES BIOLÓGICOS.....	10
4.2.2.- FACTORES AMBIENTALES.....	11



4.2.3.- FACTORES ESTILOS DE VIDA.....	11
4.2.4.- FACTORES SOCIALES.....	11
4.3.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD .....	11
4.3.1.- OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA.....	11
4.3.2.- ACCESO.....	11
4.3.3.- CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN .....	12
4.3.4.- OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN .....	12
4.3.5.- TRAMITES ADMINISTRATIVO .....	12
4.4.- IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS .....	12
4.4.1. FALTA DE ATENCION OPORTUNA “MALA PRÁCTICA MÉDICA”... 12	12
4.4.2. PROTOCOLOS ODONTOLÓGICOS DE SALUD BUCAL .....	13
4.4.3. ANGINA DE LUDWING POSQUIRURGICA .....	18
4.4.4. FALTA DE ASISTENCIA MÉDICA DE LA INFECCION BASE “ANGINA DE LUGWING”.....	19
4.4.5. COMPLICACION EN EL ACTO QUIRURGICO POR MEDIASTINITIS SECUNDARIA ANGINA DE LUGWING.....	21
4.4.6. DIAGNOSTICO FINAL “ENCEFALOPATÍA POSTANÓXICA” .....	23
4.5.- CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	26
V. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO: .....	27
OBJETIVOS A CORTO PLAZO:.....	30
OBJETIVOS A MEDIANO PLAZO: .....	37
OBJETIVOS A LARGO PLAZO: .....	45
VI. CONCLUSIONES.....	47
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS .....	49
BIBLIOGRAFÍA .....	49
LINKOGRAFÍA .....	50
CITAS BIBLIOGRÀFICAS BASES DE DATOS UTA .....	52
ANEXOS .....	53
ANEXO 1 FICHA ODONTOLÓGICA .....	53
ANEXO 2 CERTIFICADO ODONTOLÓGICO .....	55
ANEXO 3 HISTORIA CLÍNICA # 1.....	56

ANEXO 4 EPICRISIS .....	57
ANEXO 5 HISTORIA CLÍNICA # 2.....	61
ANEXO 6 HISTORIA CLÍNICA # 3.....	62
ANEXO 7 HISTORIA CLÍNICA # 4.....	63
ANEXO 8 ENCEFALOGRAFÍA # 1 .....	65
ANEXO 9 ENCEFALOGRAFÍA # 2.....	66
ANEXO 10 HISTORIA CLÍNICA # 5.....	67
ANEXO 11 PROTOCOLOS DE LESIONES .....	69
ANEXO 12 INFORME MEDICO.....	72
ANEXO 13 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	73

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 OPORTUNIDADES Y ACCIONES DE MEJORÍA.....	27
TABLA 2 HISTORIA CLÍNICA FISIOTERAPÉUTICA.....	28
TABLA 3 FICHA DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA (EVALUACIÓN ARTICULAR).....	28
TABLA 4 EVALUACIÓN MUSCULAR .....	30

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

ILUSTRACIÓN 1 FLUJOGRAMA DE EXODONCIA .....	17
ILUSTRACIÓN 2 ESCALA DE COMA GLASGOW.....	25
ILUSTRACIÓN 3 MOVILIDAD PASIVA DE MIEMBROS SUPERIORES .....	31
ILUSTRACIÓN 4 MOVILIDAD PASIVA DE MIEMBROS INFERIORES .....	31
ILUSTRACIÓN 5 MOVILIZACIÓN DE DECÚBITO SUPINO A DECÚBITO LATERAL.....	32
ILUSTRACIÓN 6 MOVILIZACIÓN HACIA UN LATERAL DE LA CAMA.....	33
ILUSTRACIÓN 7 ESTIRAMIENTOS DE ISQUIOTIBIALES .....	34
ILUSTRACIÓN 8 ESTIRAMIENTO DE GLUTEO MAYOR.....	34
ILUSTRACIÓN 9 EJEMPLOS DE MANIFESTACIONES FACILITADORAS POR EL CEPILLADO RÁPIDO .....	35

ILUSTRACIÓN 10 EJEMPLOS DE MANIFESTACIONES FACILITADORAS POR EL TOQUE LIGERO .....	36
ILUSTRACIÓN 11 EJEMPLOS DE MANIFESTACIONES FACILITADORAS POR APLICACIÓN DEL ESTIRAMIENTO.....	36
ILUSTRACIÓN 12 ESCALA DE NORTON .....	38
ILUSTRACIÓN 13 FNP EN MIEMBROS SUPERIORES .....	39
ILUSTRACIÓN 14 FNP EN MIEMBROS INFERIORES .....	40
ILUSTRACIÓN 15 ALINEACIÓN DE SEGMENTOS DECÚBITO SUPINO .....	41
ILUSTRACIÓN 16 ALINEACIÓN DE SEGMENTOS DECÚBITO LATERAL .....	42
ILUSTRACIÓN 17 ALINEACION DE SEGMENTOS EN SEDESTACION .....	43
ILUSTRACIÓN 18 ESTIMULACIÓN CON TEXTURAS .....	44
ILUSTRACIÓN 19 CUBO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA .....	45
ILUSTRACIÓN 20 UTENSILIOS ADAPTABLES PARA GANAR INDEPENDENCIA FUNCIONAL .....	46

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

**“ENCEFALOPATÍA POSTANÓXICA A CONSECUENCIA DE CIRUGÍA POR  
MEDIASINITIS”**

**Autora:** Chauca Panchi, María Belén

**Tutora:** Dra. Esp. Salvador Arroba, Ruth

**Fecha:** Junio del 2017

**RESUMEN**

El presente caso clínico explica todos los acontecimientos médicos que surgieron a partir de una exodoncia de la pieza dental Nro.18, paciente de 27 años de edad, de sexo masculino.

Debido a que sufrió una infección dentaria denominada Angina de Ludwing luego de varios días de haber sido sometido a una exodoncia, al no ser tratada la infección de manera adecuada el cuadro clínico del paciente empeora desarrollándose en una mediastinitis secundaria angina de ludwing, en la que fue necesaria una intervención quirúrgica la misma que dejó como secuela una encefalopatía postanóxica.

En este análisis de caso se narra cómo fue la atención en cada una de las casas de salud en la que estuvo el paciente, se analizó el cuadro clínico en sus diferentes etapas, se analizaron los factores de riesgo, y se identificaron los puntos críticos.

Finalmente se propone un tratamiento fisioterapéutico alternativo con el fin de brindarle una mejor calidad de vida.

**PALABRAS CLAVES:** ANGINA\_LUDWING, MEDIASINITIS,  
ENCEFALOPATÍA\_POSTANÓXICA.

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

**"ENCEPHALOPATHY POSTANOXIC SURGERY BY MEDIASTINITIS  
RESULT"**

**Author:** Chauca Panchi, María Belén

**Tutor:** Dra. Esp. Salvador Arroba, Ruth

**Date:** June 2017

**ABSTRACT**

The present case report explains all the medical events that arose from an exodontic of the dental piece Nro.18, a 27-year-old male patient.

Due to the fact that he suffered a dental infection called Ludwig's Angina after several days of having undergone an exodontic treatment, the patient's clinical condition was not adequately treated, and the patient developed a secondary mediastinitis with angina of ludwing. It was necessary a surgical intervention the same that left as a sequel a post-noxative encephalopathy.

In this case analysis it is narrated how the care in each one of the health homes in which the patient was, the clinical picture was analyzed in its different stages, the risk factors were analyzed, and the critical points were identified.

Finally, an alternative physiotherapeutic treatment is proposed in order to provide a better quality of life.

**KEY WORDS:** ANGINA\_LUDWING, MEDIASTINITIS,  
ENCEFALOPATÍA\_POSTANÓXICA.

## INTRODUCCIÓN

El presente análisis de caso clínico se refiere al tema Encefalopatía Postanóxica a consecuencia de cirugía por Mediastinitis, que se puede definir como el resultado de un conjunto de alteraciones que sufre una persona provocados por una anoxia cerebral o falta del suministro de oxígeno al mismo.

Para analizar este caso es necesario mencionar las causas que dieron como resultado dicho diagnóstico. Una de las causas fue la negligencia médica ya que al realizarle al paciente una exodoncia sin seguir los protocolos establecidos, dicho procedimiento tuvo como consecuencia una angina de ludwing.

Se entiende por Angina de Ludwing “una celulitis difusa, rápidamente progresiva, situada en el sublingual y espacios submaxilares, generalmente Bilateral”(25).

En su mayoría afecta la vía aérea debido a su avance rápido y silencioso.

En el caso que el paciente no sea tratado adecuadamente ante el cuadro clínico, la persona puede presentar complicaciones letales y fallecer por asfixia, neumonía por aspiración o desarrollar una mediastinitis.

La mediastinitis se define como la inflamación aguda o crónica de las estructuras mediastínicas. Se presenta con una baja incidencia en general. La perforación esofágica normalmente iatrogénica es la segunda causa de mediastinitis aguda, vehiculizada por flora orofaríngea común, con una mortalidad del 20 al 60%, dependiendo del momento del diagnóstico. La mediastinitis necrotizante descendente es la tercera causa, siendo el foco odontógeno en un 60% el origen y el Streptococcus  $\beta$ -hemolítico el microorganismo causante en el 71,5%. (24)

La principal motivación para llevar a cabo este análisis de caso es poder evaluar el procedimiento y las equivocaciones que existieron al momento de la cirugía. De igual manera identificar los puntos críticos que se presentaron.

Este análisis de caso clínico trata sobre un paciente de sexo masculino de 33 años de edad quien presentó encefalopatía postanóxica luego de sufrir un paro cardiorrespiratorio, en la cirugía de emergencia que se realizó por presentar una mediastinitis secundaria a la angina de lúgwing. En este caso se encontraron factores de riesgo importantes como la falta de asistencia médica oportuna para tratar la infección base así como las complicaciones en el acto quirúrgico que terminó en un paro cardiorrespiratorio (PCR) evento de 5 minutos aproximadamente, tiempo suficiente para desencadenar en una encefalopatía anóxica.

## **CASO CLÍNICO**

### **I. TEMA**

“ENCEFALOPATÍA POSTANÓXICA A CONSECUENCIA DE CIRUGÍA POR MEDIASTINITIS”.

### **II. OBJETIVOS**

#### **2.1.-OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar las causas de mediastinitis que originaron la encefalopatía postanóxica, mediante la información y recopilación de datos obtenidos.

#### **2.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar los factores de riesgo que influyeron en la cirugía por mediastinitis.
- Determinar los puntos críticos, por los cuales se pudo haber ocasionado la mediastinitis y posteriormente la encefalopatía postanóxica luego de la cirugía.
- Proponer un tratamiento fisioterapéutico que permita mejorar la calidad de vida del paciente con secuela de la encefalopatía postanóxica.



### **III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACION DISPONIBLES:**

#### **3.1.-IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACION DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE:**

- **HISTORIA CLÍNICA DEL POLICLÍNICO DE LA POLICÍA NACIONAL DEL COMANDO PROVINCIAL DE TUNGURAHUA Nro. 9**

Con fecha del día 15 de marzo del 2011

Resumen del cuadro clínico: Paciente quien es sometido a una exodoncia de la pieza dental Nro.18, posteriormente presenta dolor localizado, edema facial y submaxilar derecho dificultad a la masticación, por lo que acude a centro de atención primaria diagnosticándolo Angina de Ludwig, desde donde es transferido al Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional para manejo de especialidad.

- **HISTORIA CLÍNICA DEL HOSPITAL QUITO Nro.1 DE LA POLICÍA NACIONAL**

Con fecha del día 18 de marzo del 2011

Ingresa el paciente por el servicio a cargo de otorrinolaringología y cirugía maxilofacial. En hospitalización el tratamiento ha sido clínico con cobertura antibiótica a base de clindamicina, metronidazol y gentamicina con lo cual hay aparente mejoría; sin embargo el día 24 de marzo del 2011, presenta dolor torácico anterior hacia posterior, imposibilidad de apertura de cavidad bucal, disfagia y dificultad respiratoria, se realiza Rx tórax y una TAC en donde se aprecia importante derrame pleural con signos de mediastinitis por lo que se decide cirugía de emergencia.

En S.O, al intentar la intubación OT es un procedimiento difícil por la falta de apertura bucal y la presencia de abundantes secreciones purulentas lo cual ocasiona hipoxemia, hipotensión, bradicardia y acidosis mixta que progresa al paro cardiorespiratorio (PCR) evento de 5 minutos aproximadamente en el cual es reanimado con RCPB, masaje cardiaco,

adrenalina y atropina, reanimado al paciente se continua con la cirugía, traqueotomía de emergencia, toracotomía izquierda, cervicotomía derecha fisiotomía y drenaje de absceso acto quirúrgico de 9 horas se coloca un tubo torácico para drenar material purulento desde mediastino y pleura. En este contexto el paciente es transferido a unidad de Terapia Intensiva.

### **3.2.-IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACION DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE:**

Se realizó una entrevista personal a los familiares que están al tanto de la situación del paciente, en la misma manifestaron sobre cómo se inició y fue progresando dicha patología de la misma manera se analizó los distintos procedimientos que se le realizaron al paciente por parte del área de salud donde se pudo obtener información importante de sucesos relevantes en la evolución del paciente.

## **IV. DESARROLLO**

### **4.1.- DESCRIPCIÓN CRONOLOGICA DETALLADA:**

#### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de sexo masculino, 27 años, nacido y residente en la ciudad de Latacunga, Estado civil: unión libre, Instrucción: secundaria completa, Ocupación: Cabo segundo, Tipo de sangre: ORh (+).

Antecedentes patológicos familiares:

- Madre con HTA,
- Abuela con DM2.

Antecedentes patológicos personales:

- Clínicos: No refiere

- Quirúrgicos: No refiere

Hábitos:

- Alimentario: 3 veces al día
- Micción: 4 veces al día
- Deposición: 2 veces al día
- Tabaquismo: ocasional
- Alcohol: ocasional
- Medicación: no refiere
- Transfusiones: no refiere
- Alergias: no refiere

El día 14 de marzo del 2011, el paciente acude al Policlínico de la Policía Nacional N. 9, servicio de odontología del Comando de la Policía en Ambato, ubicado en la parroquia Huachi Loreto, calles Quiz Quiz y Atahualpa, siendo atendido por la profesional encargada de dicha área, el paciente menciona que presenta un dolor en la muela por lo que la profesional le extrae el tercer molar superior derecho (pieza dental Nro. 18), sin que previamente se le tomara placa radiográfica alguna para verificar el estado de la cavidad bucal del paciente, pese a que se le pidió expresamente, pero que la doctora había manifestado que no era necesario. Una vez extraída la pieza dental la profesional prescribe analgésicos sin darle reposo alguno al paciente.

Al día siguiente 15 de marzo del 2011, el paciente acude a sus labores como de costumbre, pero en el transcurso del día el malestar y el dolor se vuelven insoportables.

El miércoles 16 de marzo, ante el cuadro que se agudiza, el paciente acude nuevamente al Policlínico de la Policía Nacional N. 9, servicio de odontología donde fue extraída la pieza dental, donde menciona que continua con la misma dolencia, explicándole a la profesional que al no tener descanso medico el 15 de marzo del 2011 , se había expuesto al sol realizando actividades laborales fuera de la oficina, siendo auscultado por la odontóloga, quien menciona que el orificio de la muela que fue extraída se encuentra lleno de pus, por

lo cual, le otorga 24 horas de descanso medico recetándole odontogesic 550mg 1 tableta cada 12 horas e inyectándole diclofenaco de 75mg, así como amoxicilina de 500mg 1 tableta cada 8 horas por 7 días.

El día jueves 17 de marzo del 2011, el paciente se encuentra en peor estado, en el cual la conviviente del paciente menciona que la cara y el cuello estaban hinchados y que su pareja no podía abrir la boca e incluso era dificultoso tragar la saliva.

El viernes 18 de marzo del 2011, vía telefónica la conviviente del paciente se comunica con la doctora manifestándole su preocupación y pidiéndole que por favor le asistiera a su pareja, pero la profesional manifiesta que no puede hacerlo porque se encuentra “franco” y en Quito. Al no ser atendido por la odontóloga, el paciente acude a la Clínica de Otorrinolaringología de la Ciudad de Latacunga siendo atendido por el Medico encargado, quien luego de haberle valorado y practicarle una tomografía, diagnostica que se trata de ANGINA DE LUDWING, manifestando que el estado del paciente es grave.

En ese mismo día 18 de marzo del 2011, el paciente es llevado al Hospital Quito Nro.1 de la Policía Nacional, el mismo que ingreso por emergencia, a las 17h30; los médicos de turno revisan la tomografía en magnético y el diagnostico respectivo, luego de lo cual se le traslada a piso a cargo del médicos residentes, es decir, no se reportó a la unidad de cuidados intensivos, UCI, en donde se estima que se debió tratarle debido a la gravedad del paciente.

El día 19 de marzo del 2011 es atendido por dos médicos maxilofaciales quienes le extraen un molar inferior del lado derecho y observan que la infección estaba a nivel de todas las glándulas de la boca impidiendo la deglución de la saliva y del alimento. Por lo que administran medicamento antibiótico.

El domingo 20 de marzo del 2011, la hinchazón se agranda a nivel de la garganta.

Con fecha del 21 de marzo del 2011 los médicos Otorrinolaringólogos, le practican una valoración por el proceso infeccioso que presenta el paciente, en el mismo que le había detectado un absceso en la región submandivular derecha, de la cual el medico Otorrinolaringólogo. No ve la necesidad de practicarle una intervención quirúrgica para

drenar la infección, aduciendo que el paciente se encontraba evolucionando a los antibióticos que se le suministraron desde el 19 de marzo del 2011.

El día jueves 24 de marzo del 2011 a las 17:30, el médico residente de turno del Hospital Quito Nro.1 de la Policía Nacional, comunica del caso clínico del paciente, quien presentaba Mediastinitis descendente secundaria Angina de Ludwing de origen dentario más derrame pleural izquierdo con colapso pulmonar de un 30%, clínicamente con dificultad respiratoria más respuesta inflamatoria severa, el paciente quien se encontraba en su habitación sentado, con dolor cervical y torácico mayor en el lado izquierdo, pálido, no toleraba el decúbito y con dificultad ventilatoria pese a la oxigenoterapia saturando 90% con una FiO2 de 0.28 y al aire ambiente saturando 72%, con murmullo pulmonar disminuido globalmente en el campo izquierdo, abolido en las bases y con crépitos en ambas bases pulmonares, con TA de 100/60, frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto, ruidos rítmicos sin soplos pero taquicárdico, con presencia de edema severo y eritema en la región cervical, y la presencia de un drenaje de penrose a nivel submaxilar derecho por el cual sale liquido verdoso 40 cc aproximadamente, la diuresis es espontánea y en el baño, la respuesta inflamatoria es positiva con temperatura de 38 grados c, frecuencia cardiaca 110 latidos por minuto, y leucocitosis de 22000 con franca desviación a la izquierda, se revisó la TAC de tórax en el servicio de imagenología que se realizó el 24 de marzo del 2011 a las 16:00 observando colecciones mediastínicas en toda su extensión más aire libre, derrame pleural izquierdo con colapso pulmonar y engrosamiento pleural parietal.

Por la gravedad del cuadro clínico se informa y se solicita sala de operación a la Anestesióloga de turno, quien evalúa al paciente y se concuerda que existe urgencia en operarlo pero por haber tomado un vaso de ensure a las 17:00, estar en desinfección el quirófano Nro.3 y tener cesarías de urgencia se aplaza la cirugía para las 22:30 del mismo día 24 de marzo del 2011, se planifica realizar cervicotomía con traqueotomía izquierda con decorticación y apertura amplia del mediastino y según hallazgos realizar procedimientos concomitantes, además se conversa con los familiares dando a conocer la gravedad del cuadro clínico, sus complicaciones, el porcentaje de mortalidad (40% a 60%) en el intraoperatorio, el requerimiento de cirugías posteriores se realiza interconsulta a UCI quien confirma cama disponible para el manejo postoperatorio.

A las 23:00 se traslada al paciente a la sala de operaciones, se toma todos los resguardos del caso y se procede a inducción anestésica, se realiza laringoscopia donde se observa edema de cuerdas vocales y de glotis se procede a colocar tubo oro traqueal Nro. 6.5 con todas las dificultades del caso, inmediatamente existe salida de líquido purulento por tubo oro traqueal y por la boca la misma que se aspira, pero el lumen del tubo se obstruye y se observa caída severa en la saturación de oxígeno y bradicardia, por lo que se realiza traqueotomía de urgencia logrando colocar traqueotomo Nro. 7.5 presentando salida de líquido purulento por traqueotomo y de las partes blandas del cuello superiores e inferiores, pese a las medidas realizadas persiste la hipoxemia severa más bradicardia extrema por lo que se realiza resucitación cardiopulmonar básica y avanzada, logrando estabilidad ventilatoria y cardiaca luego de realizar Pleurotomía mínima izquierda colocando drenaje pleural Nro. 32 dando salida a líquido seroso turbio y luego purulento 2000cc, se inicia infusión de vasoactivo (dopamina), y se solicita evaluación y apoyo de UCI en el quirófano.

A las 02:00 se conversa con los familiares de la extrema gravedad del paciente y las secuelas que pudiera presentar, quienes autorizan continuar con la cirugía planificada si la hemodinámica continua estable y se recupera de su acidosis respiratoria severa, por lo que se realiza nuevo control de gasometría arterial a las 02:00 el cual esta con menos acidosis respiratoria. Se realiza Toracotomía izquierda amplia extrayendo liquido purulento de cavidad pleural el cual proviene de un orificio necrótico de la pleura mediastínica retrocardiaca y de la ventana aorto-pulmonar, se abre el mediastino en toda su extensión y se retira todo el material necrótico, no se observa perforación esofágica pero si con signos de hipoperfusión, se realiza decorticación pleural visceral del todo el campo pulmonar izquierdo y se realiza aseo con 8 litros de suero fisiológico caliente y hemostasia, se colocan dos drenajes pleurales insinuados en mediastinos en el ápex y la base, y se satura la pared torácica. Se realiza cervicotomía amplia abriendo todos los espacios y retirando liquido purulento abundante el plano muscular y visceral esta con signos de hiperfusión, se deja drenajes de Jakson Prants, dirigidos hacia mediastino anterior lado derecho, se satura plano muscular y se fija traqueotomo a piel. Se amplía incisión submandibular dando salida a liquido purulento y se realiza asea con suero fisiológico dejando drenaje de Jakson Prants. El paciente es trasladado a la UCI por el equipo de anestesia y con ventilador de transporte, apoyo de vasoactivos y con sedación.

En la UCI permanece por el lapso de 17 días, los primeros días con apoyo de vasoactivos para mejorar hemodinámica y por protección cerebral, con antibióticos que se rotan según resultados de cultivos y con buena respuesta, con ventilación mecánica por 14 días, escala de valoración neurológica de Glasgow de 3T logra subir a 9T al alta, evaluación por neurología en UCI de la TAC cerebral simple y contrastada determina edema cerebral severo más zonas de hipoperfusión de la cerebral posterior, se realiza coma barbitúrico por 3 días con leve mejoría.

El sábado 9 de abril del 2011 se realiza resonancia magnética nuclear de cerebro (extra hospital por estar en reparación el equipo del hospital), donde se observa disminución de edema cerebral y no hay zonas blandas de isquemia pese a no ser contrastado.

Con fecha del 11 de abril del 2011 se da el alta de UCI y se traslada a H2N donde es manejado por cirugía cardiorácica, otorrinolaringología, manteniendo una autonomía respiratoria buena, respuesta inflamatoria en franca regresión, funciones vitales estables, y con escala de valoración neurológica de Glasgow de 9-10T. Evaluación por neurología da el diagnóstico de ENCEFALOPATÍA POSTANÓXICA y que se debe cumplir 30 días para realizar nuevas evaluaciones y se podría dar de alta a domicilio luego de control de infección, educar a familiares sobre los cuidados, y administrar medicamento solo por gastrostomía.

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

### **4.2.1. FACTORES BIOLÓGICOS**

La mediastinitis secundaria angina de ludwing, tiene como foco odontógeno en un 60% el origen y el Streptococcus  $\beta$ -hemolítico el microorganismo causante en el 71,5%. (24)

Lo que pudo haber sucedido con nuestro paciente luego de la extracción de la pieza dental al no ser tratado adecuadamente, mencionando que dicho microorganismo causante de esta infección odontógena pudo haberse propagado inmediatamente.

#### **4.2.2.- FACTORES AMBIENTALES**

**TIPO DE TRABAJO.** - Las labores que el paciente realizaba en su vida cotidiana tenía que cumplirlas fuera del área de oficina, por lo que el día que se realizó la exodoncia al no enviarle reposo médico la doctora, el joven tuvo que exponerse al sol y realizar sus actividades como de costumbre.

#### **4.2.3.- FACTORES ESTILOS DE VIDA**

En las entrevistas realizadas a los familiares mencionan que el paciente no abusaba del consumo de alcohol ni de tabaco, comentan que era un consumidor ocasional.

#### **4.2.4.- FACTORES SOCIALES**

El señor presenta un problema neurológico, por el mismo que perdió su trabajo, su estilo de vida cambio totalmente y ahora vive a cargo de sus padres y su hermana.

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

#### **4.3.1.- OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA**

El día que se trasladó al paciente al Hospital Quito Nro.1 De La Policía Nacional ingreso por emergencia en el cual los médicos de turno revisaron la tomografía en magnético y el diagnostico respectivo, luego de lo cual se le traslada a piso a cargo de los médicos residentes, es decir, no se reportó a la unidad de cuidados intensivos, UCI, en donde se estima que se debió tratarle debido a la gravedad del paciente, cabe señalar que los médicos estaban informados del diagnóstico crítico del paciente por lo que la atención debió ser inmediata.

#### **4.3.2.- ACCESO**

En cuanto al acceso para la atención del paciente no se presentó dificultad fue aceptado en el servicio de emergencia del Hospital Quito Nro.1 De La Policía Nacional y luego de unas horas se pasó a piso en donde no se le presto la importancia del caso en el momento adecuado.



#### **4.3.3.- CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN**

En las entrevistas realizadas a los familiares del paciente mencionan que la atención no fue muy oportuna ya que el paciente al ingresar por emergencia debió ser atendido de acuerdo a los protocolos establecidos para un caso de gravedad por la infección presentada. En cuanto a los galenos que lo valoraron no se percataron de la gravedad del caso pudiendo evitar la Mediastinitis que se provocó tras permanecer varios días en piso con tratamiento antibiótico y no intervenir inmediatamente. Por otro lado los médicos que intervinieron quirúrgicamente al paciente ya con el diagnóstico de Mediastinitis descendente secundaria angina de Ludwig, presentaron complicaciones al intentar colocar tubo oro traqueal Nro. 6.5 dando como resultado un paro cardiorespiratorio como resultado del mismo una encefalopatía postanóxica, ante esta dificultad los familiares presentaron una demanda en contra del hospital.

#### **4.3.4.- OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN**

Para valorar el estado del paciente luego de la intervención quirúrgica se realizó una remisión (extra hospital por estar en reparación el equipo del hospital de la Policía) en el mismo que se realizó una resonancia magnética nuclear de cerebro.

#### **4.3.5.- TRAMITES ADMINISTRATIVO**

Los trámites se realizan con total normalidad cumpliendo las valoraciones médicas y exámenes pertinentes para el paciente. Por otro lado los familiares presentaron una demanda en contra de los médicos que intervinieron quirúrgicamente al paciente juicio que ha durado más de 5 años sin ningún resultado actualmente.

### **4.4.- IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS**

#### **4.4.1. FALTA DE ATENCION OPORTUNA “MALA PRÁCTICA MÉDICA”.**

“Existirá mala praxis en el área de la salud, cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencias de un accionar profesional realizado con imprudencia, negligencia,

impericia en su profesión o arte de curar; por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable.” (11)

Tipificado en el Art. 146 Código Orgánico Integral Penal; Art. 54 Inciso 2 de Constitución de la República del Ecuador.

De tal manera podemos decir que la mala práctica médica es el resultado de una manipulación incorrecta del o los profesionales a cargo del cuadro clínico del paciente, el mismo que da como resultado un daño a consecuencia de un hecho realizado con imprudencia, impericia o negligencia.

“Para determinar la existencia de mala praxis debe darse la concurrencia de determinados factores: la existencia de un daño real; que dicho daño sea resultado de una acción imprudente, negligente o de falta de pericia; que haya una relación directa causa-efecto entre lo realizado por el profesional y el daño emergente y que el daño sea imputable al profesional que realizó la prestación.” (12)

Basándonos en estos conceptos podemos mencionar que en el caso de nuestro paciente si existió una imprudencia médica ya que no se tomaron en cuenta los protocolos a seguir para evitar futuras complicaciones.

#### **4.4.2. PROTOCOLOS ODONTOLÓGICOS DE SALUD BUCAL**

Paciente inicio con un dolor en la muela por lo cual acude donde un profesional de la salud el mismo que le extrae el tercer molar superior derecho (pieza dental Nro. 48), sin que previamente se le tomara placa radiográfica alguna para verificar el estado de la cavidad bucal del paciente. La doctora receto analgésico y no indico el reposo necesario mencionándole que evite realizar actividad física y el contacto con el sol. El paciente retomo sus actividades cotidianas, pero en el transcurso del día el dolor se agudiza, el paciente retorna donde la profesional la misma que ausculta la cavidad bucal mencionándole que está llena de pus, inmediatamente le administra antibiótico y envía reposo médico. Dándonos cuenta que doctora debía seguir un protocolo adecuado para proceder a la extracción de una pieza dental.

“El protocolo odontológico de salud bucal menciona que una exodoncia es el acto quirúrgico mediante el cual se realiza la extracción del diente o dientes. En este caso el protocolo a seguir es el siguiente:

### **PROCEDIMIENTO**

- Diagnóstico adecuado: en todos los campos de la cirugía bucal, es primordial el diagnóstico correcto, al cual se llega a través del estudio clínico del paciente y la realización de distintas pruebas complementarias.
- Profilaxis antibiótica (de acuerdo a cada caso).
- Asepsia y antisepsia del campo operatorio.
- Colocación de campos operatorios.
- Anestesia local regional.
- Desinfección de la cavidad bucal.
- Comprobar sensibilidad de la zona anestesiada.
- Sindesmotomía /periostomía.
- Despegamiento de papilas.
- Luxación de la pieza dentaria.
- Prehensión de la pieza dentaria y expansión del alveolo.
- Extracción propiamente dicha.
- Control de bordes óseos.
- Colocar tapón de gasa durante 30 minutos.
- Recomendaciones imprescindibles en todos los casos.
- Uso de analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos en casos necesarios.
- Control postquirúrgico.” (1)

La exodoncia es un acto quirúrgico que debe llevarse a cabo con todas las medidas y precauciones necesarias para evitar posibles complicaciones, se debe tener en cuenta un correcto diagnóstico mediante exámenes complementarios como las radiografías entre otros, facilitando de tal manera el procedimiento quirúrgico.

## **Estudios previos al procedimiento quirúrgico**

Las reglas o recomendaciones previas a cualquier momento quirúrgico son:

1.” Historia Clínica del Paciente :Tome un tiempo prudente en indagar a su paciente durante la realización de la Historia Clínica sobre los antecedentes sistémicos, patológicos, traumáticos o farmacológicos que pudieran afectar el curso de un tratamiento odontológico en especial el de tipo quirúrgico e incluso contraindicarlo, según la Historia Clínica.

2. Exploración de la cavidad bucal: Establezca una adecuada inspección de los tejidos blandos y duros que circundan la zona a intervenir con el fin de determinar tamaño y posición de la estructura así como su relación con órganos vecinos. Esta inspección le proporcionara elementos de juicio importantes para clasificar o calificar el grado de complejidad del procedimiento y con el resultado obtenido realizarlo o remitirlo a un nivel II o III.

3. Uso de ayudas complementarias: Recuerde que a su disposición tiene numerosos recursos imagenológicos y de laboratorio clínico que la permitirán confirmar su impresión diagnóstica o corroborar el estado de salud general de su paciente. Si cree pertinente ordénelos previo a cualquier procedimiento quirúrgico y consigne los resultados de los mismos en la historia con la correspondiente interpretación

Ordene un estudio radiográfico que incluya por lo menos radiografía periapical de la zona a intervenir o idealmente una radiografía panorámica que proporciona una idea global del estado de los tejidos duros y de la cavidad oral” (2)

El uso de la radiografía permitirá:

1. Señalar el estado del diente a realizar la exodoncia en cuanto a tamaño, forma, condiciones de normalidad o anormalidad, relaciones con tejidos y estructuras cercanas.

2. Definir el tipo de hueso en cuanto a calidad y cantidad.

3. Calcular el posible compromiso con estructuras anatómicas cercanas.

4. Verificar la presencia de lesiones tumorales o quísticas asociadas o no.

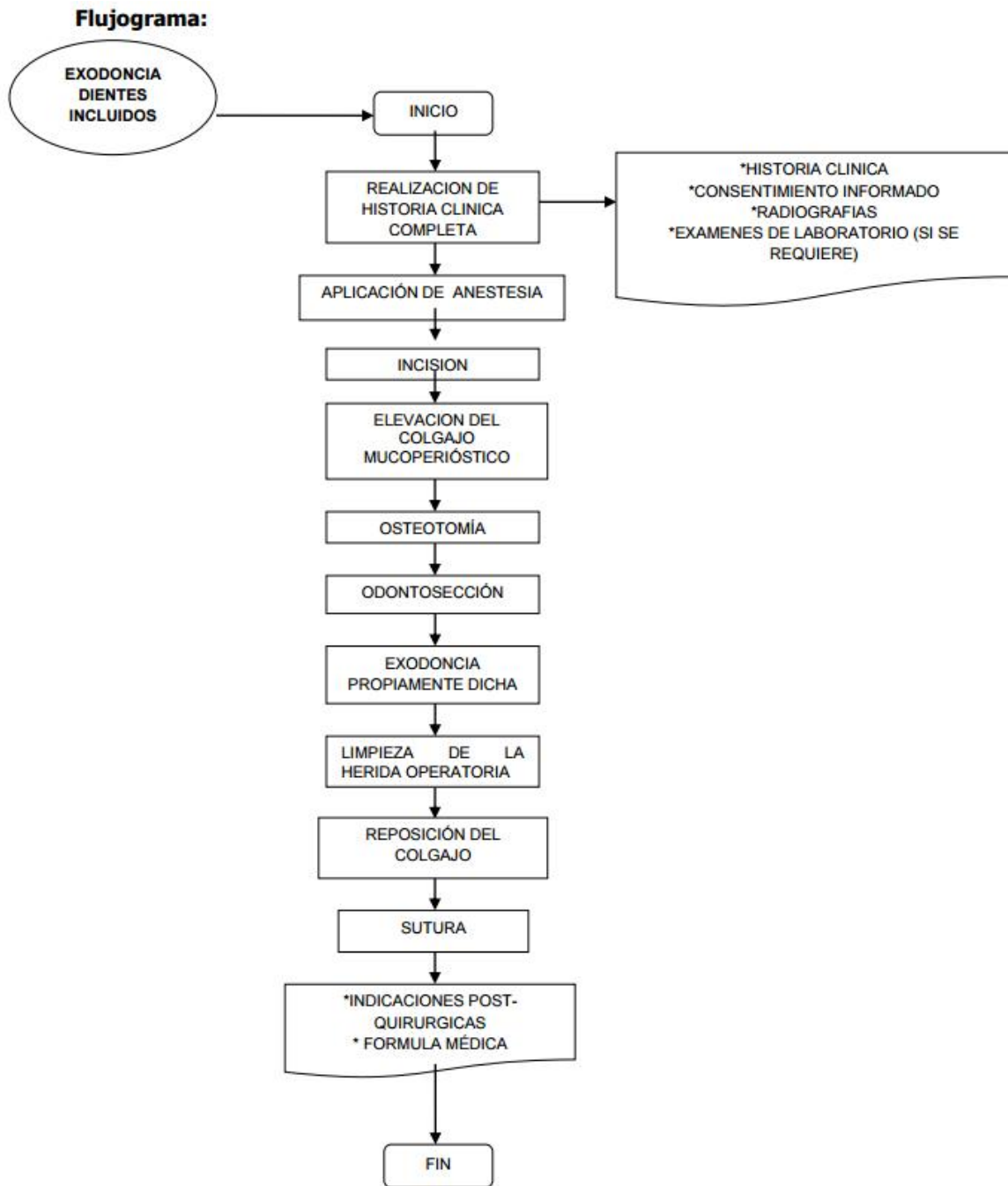
### **Explicación del procedimiento al paciente**

El paciente debe conocer el procedimiento al cual va ser sometido. El médico debe ser claro en informar los objetivos del procedimiento, sus beneficios y de las posibles complicaciones que se puedan presentar. Es importante que el paciente luego de estar informado correctamente firme el consentimiento informado, en el que autoriza y está de acuerdo a ser sometido a dicho procedimiento.

### **Indicaciones post-quirúrgicas**

Explique a su paciente que:

1. “Limite el ejercicio físico con el fin de evitar hemorragias e inflamación postquirúrgica.
2. Prohibida la ingesta de alimentos con pitillo ya que podría desalojarse el coagulo por succión inapropiada.
3. No consuma bebidas alcohólicas, ni fume en el post-quirúrgico.
4. Ante la presencia de hemorragia postoperatoria que no cede con medidas locales de presión, acuda al centro asistencial, con el fin de ser valorado nuevamente.
5. Asista a controles postoperatorios cumplidamente con el fin de valorar cicatrización y retirar las suturas.
6. Recomiende a su paciente no acelerarse ni exponerse a altas temperaturas.
7. No se automedique bajo ningún supuesto. En caso de dolor severo o evidencia de infección, acuda al centro asistencial.”(2)



### ILUSTRACIÓN 1 FLUJOGRAMA DE EXODONCIA

Fuente(2):[http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia\\_cirugia\\_oral\\_basica\\_abril\\_2013.pdf](http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia_cirugia_oral_basica_abril_2013.pdf)

#### **4.4.3. ANGINA DE LUDWING POSQUIRURGICA**

Dentro de la etiología podemos mencionar que “La angina de Ludwig es una de las infecciones de los tejidos blandos del cuello y piso de la lengua que más afectan la vía aérea debido a su avance rápido y silencioso. Es una patología rara y poco frecuente, muchas veces su diagnóstico es tardío lo que retrasa el tratamiento oportuno y favorece el desarrollo de complicaciones tempranas potencialmente mortales, en especial, en la vía aérea.

Este padecimiento fue mencionado por primera vez en 1836 por el Dr. Wilhelm Friedrich von Ludwig, quién lo describió como una induración gangrenosa de los tejidos conectivos que involucran los músculos de la laringe y el piso de la boca. La infección, por lo general, empieza en el espacio sublingual, seguidamente retrocede sobre el borde posterior del músculo milohioideo para tomar el espacio submaxilar y submentoniano en forma bilateral. En vista de que los espacios submaxilar y sublingual, se comunican con el espacio pterigomaxilar, la extensión adicional se cumple a través de esta región hacia los espacios faríngeos, y por último al mediastino. En los casos tratados inadecuadamente, el paciente puede presentar complicaciones letales y fallecer por asfixia, septicemia, mediastinitis, o neumonía por aspiración.”(3)(4)(5)

Basándonos en la etiología podemos darnos cuenta que la angina de Ludwig es una infección de origen odontogénico que progresa rápidamente, si dicha infección no es tratada correctamente puede llegar a ser mortal e incluso poner en riesgo la vida de la persona, como es el caso de nuestro paciente quien presento una mediastinitis secundaria a Angina de Ludwing.

Los pacientes con este tipo de cuadros infecciosos muestran “Una respuesta inflamatoria sistémica en forma de fiebre, taquicardia, taquipnea, leucocitosis con neutrofilia, así como protrusión de la lengua con elevación del piso de la misma e induración blanda a la palpación, dolor cervical anterior, disfagia y ocasionalmente trismus. Se debe sospechar compromiso del espacio submandibular y de la vía aérea, cuando el paciente toma posición de olfateo para maximizar la entrada de aire a los pulmones, tiene disfonía, estridor, taquipnea, y cuando usa músculos accesorios y maneja mal las secreciones. No todos los

enfermos requieren intubación; sin embargo, deben ser vigilados en cuidados intensivos, evaluando continuamente la necesidad de establecer una vía aérea definitiva.”(3)

#### **4.4.4. FALTA DE ASISTENCIA MÉDICA DE LA INFECCION BASE “ANGINA DE LUGWING”.**

Los familiares del paciente mencionan que el día que el joven fue trasladado de manera urgente hacia la casa de salud donde se pretendía iba a ser atendido de manera urgente como es requerido en estos casos. Mencionando que los médicos residentes de turno valoraron el estado de salud del paciente, posteriormente enviándole a piso por varios días, en este transcurso los médicos administraban antibiótico, pero el paciente no evolucionaba satisfactoriamente a estos. Al pasar los días la infección empeora y su estado de salud se agrava. Presentando un dolor torácico anterior hacia posterior, imposibilidad de apertura de cavidad bucal, disfagia y dificultad respiratoria.

#### **Cuidado con la posible obstrucción de la vía respiratoria**

Al realizar un diagnóstico a tiempo en este tipo de casos y un buen tratamiento se reduce notablemente el índice de mortalidad. “La peor complicación que se puede producir es la obstrucción de la vía respiratoria.” (6)

Si el paciente hubiese sido atendido a tiempo en las 24/48 horas que inicio la infección se le pudo tratar de la siguiente manera:

“El objetivo principal del tratamiento de la angina de Ludwig es dar soporte a la vía aérea y erradicar el proceso infeccioso mediante la utilización de fármacos y medidas quirúrgicas. Para el tratamiento podemos considerar tres aspectos básicos:

**Soporte de la vía aérea:** El compromiso de la vía aérea se puede presentar hasta en un tercio de los pacientes, y el manejo se debe realizar en aquellos que demuestren edema submandibular con elevación y protrusión de la lengua, estridor, dificultad en el manejo de secreciones, ansiedad y cianosis. Para mantener la vía aérea se puede aplicar un fármaco como la dexametasona 4mg c/6 horas durante 2 días, 3 o cuando no es suficiente utilizar un



método más invasivo como la intubación nasotraqueal con visión de fibra óptica. No se recomienda intubación a ciegas por el peligro de broncoaspiración que se puede ocasionar al desgarrar la mucosa. El edema del piso de boca y el trismus generalmente producen dificultades para la intubación, en esos casos se pueden realizar una traqueotomía o cricotiroidotomía.

**Tratamiento Farmacológico:** El tratamiento antibiótico es primordial y en un inicio se lo hace de forma empírica (no se conoce el agente causal), los fármacos de primera elección son penicilinas y cefalosporinas, en combinación con clidamicina o metronidazol, de acuerdo a la evolución y posteriormente, al cultivo y antibiograma, se podrá cambiar el antibiótico. La hidratación es muy importante, así como la analgesia para el paciente.

**Tratamiento quirúrgico:** El tratamiento quirúrgico de las infecciones que afectan a los espacios faciales, como la angina de Ludwig, está indicado en las siguientes circunstancias.

- 1) Diagnóstico de celulitis en dos o más de los espacios faciales de cabeza y cuello.
- 2) Signos clínicos significativos de infección.
- 3) Infecciones en espacios que pueden comprometer la vía aérea o sean susceptibles de complicaciones.

La descompresión quirúrgica está indicada en abscesos de gran tamaño o si después de 24 a 48 horas de antibióticos parenterales no se observa mejoría. En abscesos pequeños la aspiración con aguja es una alternativa al drenaje quirúrgico con antibióticos. Para realizar la descompresión quirúrgica, se debe considerar las zonas anatómicas comprometidas: el espacio submandibular con una incisión de 0.5 a 5 cm inferior al ángulo de la mandíbula, y luego se realiza la disección para explorar los espacios; el espacio submental con una incisión horizontal de 0.5 a 2 cm paralela al borde inferior de la sínfisis de la mandíbula; el espacio sublingual se realiza por vía intraoral con incisiones pequeñas de 0.5 a 2 cm.

Por último, debe atacarse la fuente de la infección, la cual en la mayoría de los casos es una pieza dentaria cariada y cavitada. La extracción temprana del diente comprometido ha mostrado disminuir el tiempo de recuperación y disminuir la necesidad de incisión y drenaje. El drenaje se realiza en quirófano con anestesia general e intubación endotraqueal.

Se realiza una incisión amplia submentoniana o sublingual, dejando drenaje con Penrose hasta que disminuya la inflamación, así como el riesgo de obstrucción de la vía aérea.

En tal caso, prepare al paciente para una intubación inmediata o bien para una traqueotomía. La intubación oral no se considera segura en pacientes con una angina muy avanzada a causa del riesgo de laringoespasma agudo, sangrado o rotura del absceso. Otras posibles complicaciones son la sepsis que conduce a un shock séptico y mediastinitis.”(6)(7)(8)

Como fue el caso del paciente a quien se colocó tubo oro traqueal Nro. 6.5 con todas las dificultades del caso, inmediatamente existió salida de líquido purulento por tubo oro traqueal y por la boca la misma que fue aspirada, pero el lumen del tubo se obstruyó y se observó caída severa en la saturación de oxígeno y bradicardia, por lo que se realizó traqueotomía de urgencia logrando colocar traqueotomo Nro. 7.5 presentando salida de líquido purulento por traqueotomo y de las partes blandas del cuello superiores e inferiores. De esta manera se puede comprobar que dicho procedimiento no es nada recomendable en pacientes que presentan dicha infección por lo que puede complicar los procedimientos quirúrgicos planificados.

#### **4.4.5. COMPLICACION EN EL ACTO QUIRURGICO POR MEDIASTINITIS SECUNDARIA ANGINA DE LUGWING.**

Familiares supieron manifestar que el día 24 de marzo del 2011 el paciente fue sometido a cirugía, luego que los médicos le diagnosticaron mediastinitis descendente secundaria Angina de Ludwig de origen dentario más derrame pleural izquierdo con colapso pulmonar de un 30%, clínicamente con dificultad respiratoria más respuesta inflamatoria severa. Cirugía que presentó complicación ya que al intentar la intubación OT que es un procedimiento difícil por la falta de apertura bucal y la presencia de abundantes secreciones purulentas las mismas que ocasionan hipoxemia, hipotensión, bradicardia y acidosis mixta que progresa al paro cardiorespiratorio (PCR) evento de 5 minutos aproximadamente en el que el paciente es reanimado con RCPB, masaje cardiaco, adrenalina y atropina, una vez reanimado al paciente se continúa con la cirugía, traqueotomía de emergencia, toracotomía

izquierda, cervicotomía derecha fisiotomía y drenaje de absceso acto quirúrgico de 9 horas se coloca un tubo torácico para drenar material purulento desde mediastino y pleura.

### **Mediastinitis aguda de origen odontógeno**

“Las infecciones odontógenas son una patología frecuente del territorio maxilofacial en su forma localizada (pulpitis, periodontitis). En ocasiones, la infección se extiende por los espacios faciales y alcanza el mediastino, provocando una grave complicación que debe ser bien conocida por los odontólogos, ya que, a pesar de su escasa frecuencia, presenta una alta morbilidad y compromete la vida del paciente.

Una vez constituida la infección dental, esta progresa por afectación del hueso esponjoso, con diseminación, siguiendo la vía menor de resistencia, hacia cortical ósea. El hueso cortical se erosiona y la infección se extiende hacia los tejidos blandos y a los espacios faciales.

Los espacios faciales se catalogan en espacios primarios, cuando se dañan directamente desde el diente enfermo (espacios maxilares y mandibulares), y espacios secundarios (espacios masticatorios y cervicales), cuando se afectan a partir de los espacios primarios. La infección de los espacios secundarios es de mayor gravedad, debido al riesgo de complicaciones que pueden presentarse osteomielitis, meningitis, absceso cerebral, tromboflebitis de la vena yugular, trombosis de seno cavernoso, mediastinitis.

La infección de los espacios faciales puede ocurrir en un solo espacio o, como es más frecuente, en varios de ellos. La afectación de más de un espacio se denomina Angina de Ludwig.

Tras la aparición de la Angina de Ludwig, se incrementa el riesgo de diseminación a los espacios profundos del cuello y en un 12% de casos se complica con la aparición de mediastinitis.”(9)

Fundamentándonos en dicha información podemos mencionar que la mediastinitis secundaria a infecciones odontógenas pueden comprometer la vida del paciente si no se realiza un correcto tratamiento, en el caso de nuestro paciente que fue sometido quirúrgicamente tras previamente realizar la TAC de tórax observando colecciones

mediastínicas en toda su extensión más aire libre, derrame pleural izquierdo con colapso pulmonar y engrosamiento pleural parietal. Pero por desgracia luego de la cirugía el paciente permanece en estado de coma permaneciendo en UCI, tras el lapso de varios días el paciente es valorado por el neurólogo el mismo que da el diagnóstico de ENCEFALOPATÍA POSTANÓXICA. Hasta la actualidad el paciente permanece en el mismo estado sin mejoría alguna.

#### **4.4.6. DIAGNOSTICO FINAL “ENCEFALOPATÍA POSTANÓXICA”**

La encefalopatía postanóxica es un conjunto de daños que sufre una persona provocados por una anoxia cerebral.

“La encefalopatía anóxica es el síndrome producido por el desequilibrio entre dos factores: la disminución del aporte de oxígeno y la disminución del flujo sanguíneo cerebral. Entre las causas de este fenómeno están: hipoxemia sistémica (asfixia, insuficiencia respiratoria), alteraciones en el transporte de oxígeno (anemia aguda, intoxicación por monóxido de carbono) o reducción global del flujo sanguíneo cerebral, como es el caso del paro cardíaco. La disminución en la presión arterial media provoca baja en el flujo de la presión de perfusión tisular, con la consiguiente disminución de la presión arterial de oxígeno y acidosis metabólica. Este conjunto de factores condiciona disminución de la contractilidad miocárdica que redundará en menor perfusión tisular, con lo que se crea un círculo vicioso difícil de romper”. (13)

Podemos mencionar que el paro cardiorespiratorio es una de las causas más frecuentes que conllevan como resultado una encefalopatía, al verse alterada la disminución del aporte de oxígeno hacia el cerebro, este es el caso de nuestro paciente quien al ser sometido a una cirugía de emergencia por presentar un cuadro de mediastinitis secundaria angina de lúgwing esta se complica progresando a un paro cardiorespiratorio (PCR) evento de 5 minutos aproximadamente

## **Epidemiología**

“Si bien no existen datos estadísticos al respecto, la tendencia es el incremento de la supervivencia de pacientes con paro cardiorrespiratorio. Aun en las mejores condiciones, la mortalidad inmediata de los pacientes con paro cardiorrespiratorio es, incluso, de 50%. De este porcentaje que supervive, cerca de 65% fallece antes del alta hospitalaria. Sólo alrededor de 15% de los pacientes que sufren un paro cardiorrespiratorio dentro del hospital son dados de alta. De éstos, 20% fallece a los seis meses y sólo 10% de los supervivientes, es decir, 1.4% de los que sufren un paro cardiorrespiratorio intrahospitalario, puede reasumir su estilo de vida previo. Otras series informan cifras de 20 a 30%”.(13)

Las maniobras de reanimación deben iniciarse inmediatamente dentro de los 4 minutos iniciado el episodio, si se inicia dentro de este tiempo, la probabilidad de supervivencia se duplica.

## **Evaluación clínica**

“La mayoría de los pacientes que sufrieron un paro cardiorrespiratorio padecen una enfermedad subyacente, por lo que hay que considerar los antecedentes y la causa del paro cardiorrespiratorio. En la evaluación inicial es importante determinar las características y calidad de la reanimación, los medicamentos administrados durante la reanimación y las características de la misma, en especial si se administraron fármacos sedantes o ciclopléjicos. En estos pacientes es indispensable realizar un examen minucioso neurológico y clínico porque ciertos signos orientarán acerca del padecimiento y el pronóstico.

**Nivel de conciencia:** debe hacerse una adecuada descripción evitando términos ambiguos o confusos, debemos apoyarnos en escalas diseñadas para tal fin, como la escala de coma de Glasgow. (13)

Escala de Coma Glasgow						
Puntuación	1	2	3	4	5	6
Respuesta ocular	No hay respuesta	Frente a estímulos dolorosos	Frente a órdenes	Espontánea	X	X
Respuesta verbal	No hay respuesta	Ruidos incomprensibles	Respuesta inapropiada	Respuesta confusa	Orientado	X
Respuesta motora	No hay respuesta	Respuesta extensora	Respuesta flexora anómala	Retira al dolor	Localiza el dolor	Obedece órdenes

Interpretación		
15 puntos: situación basal normal	9-6 puntos: bajo nivel de consciencia	3 puntos: daño cerebral grave

## ILUSTRACIÓN 2 ESCALA DE COMA GLASGOW

Fuente (14): <http://serralco.es/wp-content/uploads/2014/07/GCS.jpg>

**Reflejos del tronco encefálico:** deben examinarse los reflejos corneal, oculocefálicos, oculo vestibulares y fotomotor. El reflejo fotomotor inmediatamente después de la recuperación de un paro cardiorrespiratorio es un dato de buen pronóstico; sin embargo, su ausencia no necesariamente es dato patológico (posparo inmediato). Si persiste la ausencia del reflejo fotomotor doce horas después del paro cardiorrespiratorio se considera un signo de mal pronóstico.

**Respuesta motora:** deben describirse y diferenciarse las respuestas motoras: localiza, retira, flexiona, hiperextiende, así como la ausencia de respuesta.

**Movimientos involuntarios:** debe buscarse activamente la existencia de parpadeo, deglución, tos, etc. (tallo encefálico). Las mioclonías y el nistagmo sugieren un estado epiléptico no convulsivo.” (13)

#### 4.5.- CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

<b><u>PUNTO CRITICO</u></b>	<b><u>OPORTUNIDAD DE MEJORA</u></b>	<b><u>ACCIÓN DE MEJORA</u></b>
<b>FALTA DE ATENCION OPORTUNA “MALA PRÁCTICA MÉDICA”.</b>	Falta de accionar profesional ante el cuadro clínico del paciente.	Acción inmediata con la correcta pericia necesaria ante el caso presente.
<b>PROTOCOLOS ODONTOLÓGICOS DE SALUD BUCAL</b>	Protocolos de atención Prevenición de posibles complicaciones al practicar una exodoncia.	Brindar una atención optima aplicando los protocolos y recomendaciones necesarias.  Ordenar estudios radiográficos con el fin de verificar el estado del diente a realizar la exodoncia en cuanto a tamaño, forma, condiciones de normalidad o anormalidad
<b>ANGINA DE LUDWING POSQUIRÚRGICA</b>	Emplear el tratamiento adecuado para el paciente según crea necesario el médico tratante.	Control apropiado según el procedimiento a seguir en dicha infección.

<b>FALTA DE ASISTENCIA MÉDICA DE LA INFECCIÓN BASE “ANGINA DE LUGWING”.</b>	Diagnostico precoz de la infección base.	Brindar información y atención correcta sobre el tipo de infección que se está manejando.
<b>COMPLICACIÓN EN EL ACTO QUIRÚRGICO POR MEDIASTINITIS SECUNDARIA ANGINA DE LUGWING.</b>	Protocolos de atención.  Falta de seguimiento de la infección.	Revisar a fondo los procedimientos realizados para verificar que fueron causa del estado actual del paciente.
<b>DIAGNOSTICO FINAL “ENCEFALOPATÍA POSTANÓXICA”</b>	Protocolos de atención	Remitir de forma inmediata al especialista para una adecuada valoración y correcto tratamiento.

**Tabla 1** Oportunidades y acciones de mejoría

**Elaborado por:** Chauca Panchi María Belén

## **V. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO:**

Una vez analizados los acontecimientos del presente caso, el tratamiento que se va a proponer se basara en el diagnostico final que fue asignado por el área de neurología del área de salud donde fue asistido el participante de la investigación, el cual fue “Encefalopatía Postanóxica”.



<b>HISTORIA CLINICA FISIOTERAPEUTICA</b>	
<b>DATOS PERSONALES:</b>	-----
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	01/02/1984
<b>EDAD:</b>	33 AÑOS
<b>SEXO:</b>	MASCULINO
<b>OCUPACIÓN:</b>	CABO SEGUNDO
<b>Antecedentes patológicos personales:</b>	NO REFIERE
<b>Antecedentes patológicos familiares:</b>	ABUELA (DM 2), MADRE (HTA)
<b>Diagnostico medico:</b>	ANGINA DE LUDWIG, MEDIASTINITIS, SEPSIS, ENCEFALOPATÍA POSTANÓXICA

**Tabla 2** Historia clínica fisioterapéutica

**Elaborado por:** Chauca Panchi María Belén

<b>EVALUACION ARTICULAR:</b>				
<b>Hombro</b>	<b>Codo</b>	<b>Cadera</b>	<b>Rodilla</b>	<b>Pie</b>
<b>Flexión: 170 °</b>	Flexión: 145 °	Flexión: 110 °	Flexión: 100 °	Dorsiflexión: 10 °
<b>Extensión: 35 °</b>	Extensión: ----	Extensión: ----	Extensión: 80 °	
<b>Abducción: 180 °</b>	Supinación: 80 °	Abducción: 45 °		Plantiflexión: 45 °
<b>Aducción: 110 °</b>	Pronación: 80 °	Aducción: 20 °		
<b>Rot. int: 60 °</b>		Rot.ext: 35 °		
<b>Rot. ext: 80 °</b>		Rot.int: 25 °		

**Tabla 3** Ficha de Evaluación Fisioterapéutica (evaluación articular)

**Elaborado por:** Chauca Panchi María Belén

<b>EVALUACION MUSCULAR ( TEST DE DANIELS)</b>		
	<b>Derecho</b>	<b>Izquierdo</b>
<b>Flexión hombro</b> <b>Deltoides y</b> <b>coracobraquial</b>	Grado 1	Grado 1
<b>Extensión de hombro</b> <b>Dorsal ancho, deltoides,</b> <b>redondo mayor</b>	Grado 1	Grado 1
<b>Flexión codo:</b> <b>Bíceps, braquial anterior,</b> <b>supinador largo</b>	Grado 1	Grado 1
<b>Extensión codo:</b> <b>Supinador corto, bíceps</b>	Grado 1	Grado 1
<b>Supinación antebrazo</b>	Grado 1	Grado 1
<b>Pronación antebrazo</b>	Grado 1	Grado 1
<b>Flexión cadera:</b> <b>Psoas mayor, iliaco</b>	Grado 1	Grado 1
<b>Extensión cadera:</b> <b>Glúteo mayor,</b> <b>semitendinoso,</b> <b>semimembranoso, bíceps)</b>	Grado 1	Grado 1
<b>Abducción cadera:</b> <b>Glúteo mediano y menor</b>	Grado 1	Grado 1
<b>Aducción cadera:</b> <b>Aductores mayor,</b> <b>mediano y menor,</b> <b>pectíneo, recto interno.</b>	Grado 1	Grado 1
<b>Flexión rodilla:</b> <b>Semitendinoso,</b> <b>semimembranoso y bíceps</b>	Grado 1	Grado 1
<b>Extensión rodilla:</b>	Grado 1	Grado 1

<b>Cuádriceps</b>		
<b>Flexión plantar: Gemelos</b>	Grado 1	Grado 1
<b>Dorsiflexión: Tibial anterior</b>	Grado 1	Grado 1

**Tabla 4** Evaluación muscular

**Elaborado por:** Chauca Panchi María Belén

## **PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO**

### **OBJETIVOS A CORTO PLAZO:**

- Intentar minimizar los déficits físicos, cognitivos y conductuales resultantes y alcanzar la mejor calidad de vida posible.
- Informar, formar y entrenar a la familia en los cuidados del paciente.
- Evitar deformidades musculoesqueléticas a futuro en el paciente y mantener rangos articulares

### **MOVILIDAD ASISTIDA**

**FINALIDAD DEL EJERCICIO:** Prevenir úlceras, rigideces y desalineaciones.

**EJECUCION:** realizar las maniobras cuidadosamente, con movimientos continuos y mantenidos, sin provocar dolor.

El paciente se colocara en decúbito supino comenzaremos la movilidad en los miembros inferiores iniciando desde los tobillos con el movimiento de flexo-extensión, inversión-eversión y movimientos en círculos luego ascendemos a la articulación de la rodilla con movimientos de flexo-extensión además se realizara en esta articulación movilizaciones de

rótula: ascenso-descenso, lateralizaciones. En la articulación de la cadera ejecutaremos movimientos de flexo-extensión, abducción-aducción y circunducción.

De la misma manera lo realizaremos en los miembros superiores comenzaremos por las manos, luego nos trasladaremos a la articulación de la muñeca con los movimientos de flexo-extensión, circunducción y aducción-abducción posteriormente pasamos a los codos con los movimientos de flexo-extensión para finalmente pasar a los hombros para realizar movimientos de flexo-extensión, aducción-abducción y circunducción.



**ILUSTRACIÓN 3 MOVILIDAD PASIVA DE MIEMBROS SUPERIORES**

**Fuente:** Chauca Panchi María Belén



**ILUSTRACIÓN 4 MOVILIDAD PASIVA DE MIEMBROS INFERIORES**

**Fuente:** Chauca Panchi María Belén

## **CAMBIOS DE DECÚBITO EN EL PACIENTE**

Cuando las escaras hacen acto de presencia o se quieren evitar, se debe dar vuelta al paciente por lo menos cada dos horas y cambiar regularmente los puntos de apoyo sobre las zonas de alto riesgo de aparición

Se debe estar atentos a los cambios que puede haber en la piel, realizar masajes reiteradamente.

### a) Paso de decúbito supino a decúbito lateral

- El fisioterapeuta se coloca en el lado de la cama, hacia el que va a girar al paciente y le gira la cabeza hacia ese mismo lado para orientarle. Después sitúa las diferentes partes del cuerpo en dirección al movimiento:
- El brazo más próximo lo separa del cuerpo.
- El brazo más alejado lo aproxima y lo deja colocado sobre el cuerpo del paciente flexiona la rodilla del miembro inferior más alejado, dejándola un poco inclinada hacia el otro miembro inferior que permanece completamente extendido.
- Finalmente el fisioterapeuta sujeta con una mano el brazo más alejado del paciente y la otra mano la sitúa en el glúteo de ese mismo lado y a continuación tira del paciente hacia sí mismo, dejándolo colocado en decúbito lateral



### **ILUSTRACIÓN 5 MOVILIZACIÓN DE DECÚBITO SUPINO A DECÚBITO LATERAL**

**Fuente (17): <https://www.efisioterapia.net/articulos/tecnicas-movilizacion-y-transferencias-pacientes>**

a) Movilización hacia un lateral de la cama.

- Se procede a dividir el cuerpo del paciente en tres segmentos: tronco, pelvis y miembros inferiores y se van a movilizar cada uno por separado.
- El fisioterapeuta se coloca del lado de la cama hacia el cual va a trasladar al paciente, a la altura del segmento que va a mover en ese momento y manteniendo siempre una postura dinámica.
- Para movilizar el tronco el fisioterapeuta pasa sus brazos por debajo de las axilas del paciente para sujetarle por la espalda
- A continuación el fisioterapeuta desliza el tronco del paciente hacia sí mismo, hasta desplazarle la distancia deseada.



**ILUSTRACIÓN 6 MOVILIZACIÓN HACIA UN LATERAL DE LA CAMA.**

**Fuente (17): <https://www.efisioterapia.net/articulos/tecnicas-movilizacion-y-transferencias-pacientes>**

## ESTIRAMIENTOS SUAVES

Estos estiramientos son muy eficaces, especialmente si se activan voluntariamente los antagonistas. Son la base del tratamiento antiespástico, se realizan de forma lenta y progresiva, no llegando a provocar dolor ya que con ello se consigue un efecto contrario al deseado. Los estiramientos ayudan a mantener el balance articular y a prevenir contracturas o acortamientos musculares. Para que sean efectivos es necesario realizarlos regularmente al menos una vez al día.



### **ILUSTRACIÓN 7 ESTIRAMIENTOS DE ISQUIOTIBIALES**

**Fuente:** Chauca Panchi María Belén



### **ILUSTRACIÓN 8 ESTIRAMIENTO DE GLUTEO MAYOR**

**Fuente:** Chauca Panchi María Belén

## TÉCNICA DE ROOD

Consiste en una activación de los músculos mediante los receptores sensoriales. En conclusión es la activación, facilitación e inhibición de la acción muscular voluntaria e involuntaria a través del arco reflejo anatómico intacto. (18)

Esta técnica es utilizada en pacientes con alteraciones neurológicas, Para ello se utilizan los siguientes recursos:

**Cepillado rápido:** “se comprende como el cepillar la piel o dermatomas correspondientes a los músculos en los cuales se desea sensibilizar el huso muscular, al ser un estímulo de umbral elevado por lo cual estimula las fibras C.

Se recomienda la aplicación de 3 a 5 veces por 30 segundos.

### **Ejemplos de manifestaciones facilitadoras por el cepillado rápido**

<b>Técnica /Lugar</b>	<b>Respuesta facilitadota</b>
Rama primaria sobre posterior S2-4	Retención Vesical / mejora de la incontinencia.
Rama primaria posterior sobre L1-2	Evacuación
Pabellón auricular ( nervio vago)	Retardo de la frecuencia cardiaca, constricción bronquial, secreción bronquial.
Ramas primarias posteriores adyacentes a la columna vertebral.	Músculos tónicos profundos de la espalda

### **Ilustración 9 EJEMPLOS DE MANIFESTACIONES FACILITADORAS POR EL CEPILLADO RÁPIDO**

**Fuente (19):** [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Marg\\_Rood.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Marg_Rood.shtml)

**Toque ligero o frote:** comprende como la presión sobre la superficie del músculo ya sea en su origen, inserción o vientre según se observe la reacción del área que se desea estimular.



### Ejemplos de manifestaciones facilitadoras por el toque ligero

Técnica /Lugar	Respuesta facilitadota
Dorso del espacio interdigital o palma de la mano.	Movimiento de retracción en el miembro estimulado.
Dorso del espacio interdigital o planta del pie.	Movimiento de retracción en el miembro estimulado.
Tercio anterior y medio de la cara anterior del antebrazo (en supinación)	Movimiento de retracción de los dedos de mano.
Tercio distal medio posterior del muslo (2 a 3 dedos sobre la fosa poplítea)	Movimiento de flexión de rodilla.

### ILUSTRACIÓN 10 EJEMPLOS DE MANIFESTACIONES FACILITADORAS POR EL TOQUE LIGERO

Fuente (19): [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Marg\\_Rood.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Marg_Rood.shtml)

**Estiramiento ligero y rápido del músculo:** este proceso da como resultado una reacción de inhibición en la contracción muscular, impidiendo el desarrollo de tensión excesiva en el músculo influyendo en la actividad del músculo voluntario.

Por lo cual el resultado de la aplicación de esta técnica es inmediato en los músculos de trabajo ligero; como sería el caso de un músculo aductor o flexor en el cual fisiológicamente se inhibiría al antagonista y se facilitaría al flexor o aductor” (19).

### Ejemplos de manifestaciones facilitadoras por aplicación del estiramiento

Técnica /Lugar	Respuesta facilitadota
Estiramiento de los músculos intrínsecos de la mano. (posición de descarga)	Facilitación de la cocontracción de los músculos estabilizadores proximales.
Estiramiento de los músculos intrínsecos del pie. (posición de descarga)	Facilitación de la cocontracción de los músculos estabilizadores proximales.
Flexores o aductores	Facilitación de flexores y aductores correspondientemente
Flexores o aductores	Inhibición de extensores o abductores correspondientemente

### ILUSTRACIÓN 11 EJEMPLOS DE MANIFESTACIONES FACILITADORAS POR APLICACIÓN DEL ESTIRAMIENTO

Fuente (19): [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Marg\\_Rood.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Marg_Rood.shtml)

## **OBJETIVOS A MEDIANO PLAZO:**

- Corregir las alteraciones posturales y conseguir la mejor alineación articular posible
- Mejorar el tono muscular y evitar la formación de úlceras por presión.
- Mejorar la circulación a los miembros superiores e inferiores y evitar la formación adherencias por falta de movimiento.

## **PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR DECÚBITO**

“Las úlceras por decúbito son heridas que aparecen en las personas encamadas o que permanecen en sillas de ruedas durante períodos de tiempo prolongados.

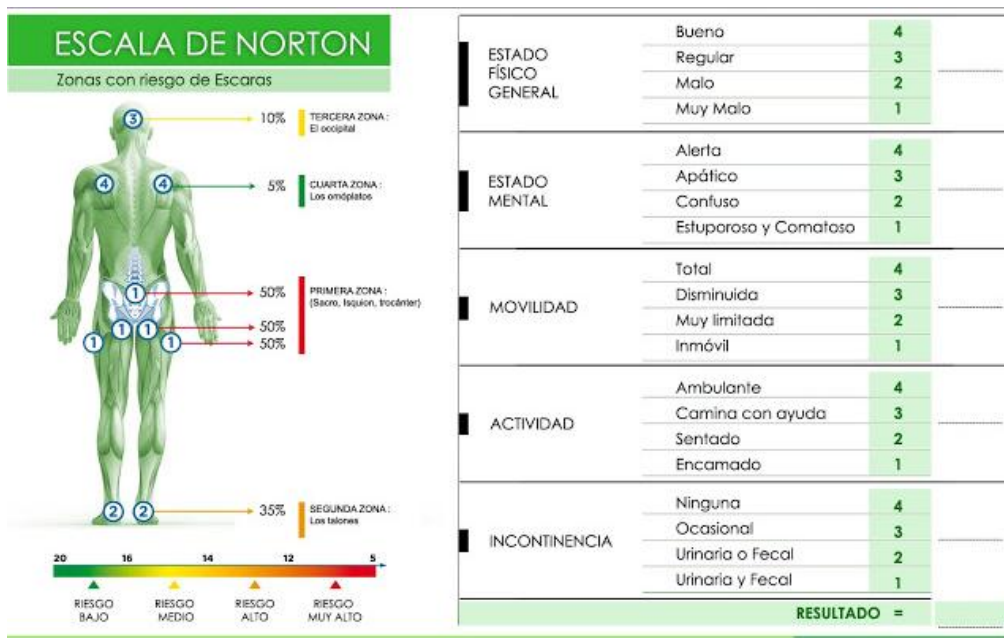
Se producen en zonas de escaso tejido subcutáneo o donde existen prominencias óseas en contacto con el colchón. La presión constante de estas zonas contra la cama o el asiento de la silla de ruedas dificulta la circulación sanguínea y produce lesiones en la piel.” (20)

La valoración del riesgo de aparición de úlceras por presión o escaras en un paciente se puede realizar mediante la aplicación de la “Escala de Norton”.

”Dicha escala consiste en un cuestionario con 5 parámetros (estado físico general, estado mental, movilidad, actividad e incontinencia) cuya puntuación oscila de 1 a 4 para cada uno.

### **Interpretación**

Presenta un rango total de 1 a 20 puntos. Una puntuación total de 14 puntos o menos, indica que el paciente es de riesgo y deben adoptarse medidas preventivas. Cuanto más bajo sea el total de puntos, el riesgo es mayor. Interpretación orientativa de la puntuación: De 5 a 9 puntos: Riesgo muy alto De 10 a 12 puntos: Riesgo alto De 13 a 14 puntos: Riesgo medio > de 14 puntos: Riesgo mínimo / sin riesgo.” (16)



## ILUSTRACIÓN 12 ESCALA DE NORTON

Fuente (15): <http://teamworkmedicalnurse.blogspot.com/2016/01/escala-de-norton-valoracion-del-riesgo.html>

### FNP (FACILITACIÓN NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVA)

Se utilizan reflejos, estímulos propioceptivos y otros mecanismos de facilitación para la excitación del SNC con el fin de provocar o mejorar la contracción muscular, la coordinación, el equilibrio y la relajación muscular.

Por medio de patrones de movimiento en diagonales y espirales, con sus componentes de flexo-extensión, abducción-aducción y rotaciones, se hace participar la cadena cinética completa, con lo que se produce un desbordamiento de energía que irradia a los músculos más débiles.

#### **Ejercicios:**

**Objetivo:** Facilitar la respuesta del sistema neuromuscular a través de la estimulación de los propioceptores.

**EJECUCIÓN:** “Con el paciente en decúbito supino trabajaremos patrones de movimiento cruzados

Empezamos en los miembros superiores con los patrones de

- Flexión, con aducción y rotación interna
- Extensión con abducción y rotación externa.
- Flexión con abducción y rotación externa
- Extensión con aducción y rotación interna

### PATRONES DE TRONCO SUPERIOR

Tronco superior (región superior)

Extensión con rotación a la izquierda (D es, Izq)



- Preparatorias: “Ahora va a volver la cabeza y a levantarla, alejándola de la cadera izquierda, de modo que mirará hacia arriba y por encima de su hombro izquierdo”
- Acción: “levántela hacia atrás” “¡vuelva la cabeza!” “levante los brazos”, “empuje con la cabeza hacia arriba” “Enderece la espalda”

### ILUSTRACIÓN 13 FNP EN MIEMBROS SUPERIORES

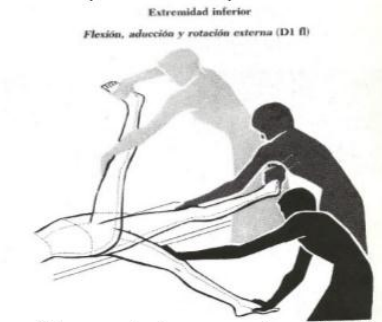
**Fuente (21): <https://es.slideshare.net/AtenasQuintal87/neurofacilitacion-libro>**

Para miembros inferiores realizaremos:

- Flexión con aducción y rotación externa
- Extensión con abducción y rotación interna.
- Flexión con abducción y rotación interna
- Extensión con aducción y rotación externa”. (21)

## PATRONES DE MIEMBRO INFERIOR

### D1: Flexión, aducción, rotación externa



- Preparatorias: “Ahora usted va a volver el talón hacia adentro, traccionando su pie hacia arriba y a través de su cuerpo”.
- Acción: “tire”, “lleve el pie hacia adentro y arriba”, “súbalo, alejándolo de mí”.

## ILUSTRACIÓN 14 FNP EN MIEMBROS INFERIORES

Fuente (21): <https://es.slideshare.net/AtenasQuintal87/neurofacilitacion-libro>

### ALINEACIÓN DE SEGMENTOS

Para la alineación de segmentos en cama se requieren del uso de almohadas que permitan mantener las extremidades del paciente en posiciones correctas.

#### Decúbito supino

- “El cuello debe quedar recto, para que la cabeza y el tronco queden a la misma altura, de manera que la cabeza, no quede levantada ni caída. Para ello colocaremos una almohada con la altura adecuada.
- Los brazos se colocan algo separados del cuerpo, con los codos estirados y las palmas de las manos mirando hacia el cuerpo o hacia arriba, con los dedos como si agarraran un vaso. Para ello colocamos una almohada bajo los brazos para que queden a la altura del pecho.
- Las piernas estiradas o con las rodillas ligeramente flexionadas. Los pies deben quedar en ángulo recto. Para ello se colocará un tope al final de la cama, para que la planta del pie quede apoyada y otra almohada bajo las rodillas, para que queden en semiflexión.



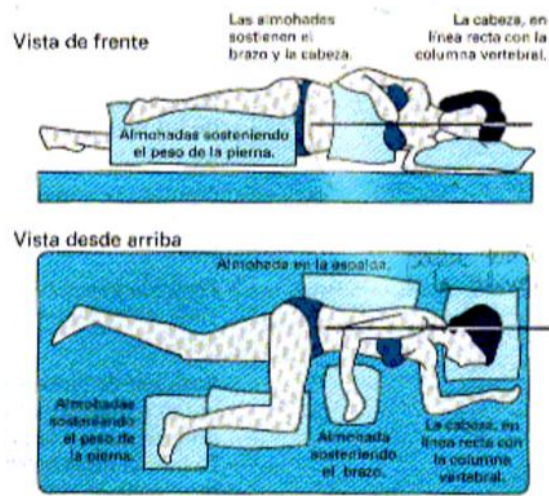
## ILUSTRACIÓN 15 ALINEACIÓN DE SEGMENTOS DECÚBITO SUPINO

Fuente (22): <http://fernamor.wixsite.com/higiene-postural>

### Decúbito lateral

- **LADO APOYADO:** brazo hacia delante, con el codo doblado y la mano apoyada en la almohada de la cabeza con la palma hacia arriba, o brazo estirado con la palma de la mano hacia arriba.
- **LADO LIBRE:** brazo hacia delante, con el codo doblado y palma de la mano hacia abajo. La pierna se colocará doblada hacia delante y con el pie recto mirando hacia delante.
- Para que brazos y rodillas no choquen debemos colocar una almohada en la espalda para que quede algo inclinado hacia delante y no se caiga hacia atrás.

## POSICIÓN LATERAL



## ILUSTRACIÓN 16 ALINEACIÓN DE SEGMENTOS DECÚBITO LATERAL

Fuente (22): <http://fernamor.wixsite.com/higiene-postural>

Sentado

- En las piernas, alternaremos rodillas flexionadas y estiradas. Debemos colocar una almohadilla bajo las rodillas y otra bajo los tobillos. Colocaremos también un tope en la planta de los pies, para que éstos no queden caídos.
- La espalda debe quedar bien recta, colocando almohadas tras la zona lumbar y dorsal.
- Los brazos pueden quedar sobre el vientre.
- La cabeza queda apoyada y recta sobre una almohada” (22).



### **ILUSTRACIÓN 17 ALINEACION DE SEGMENTOS EN SEDESTACION**

**Fuente (23): <https://www.ulceras.net/monografico/112/100/ulceras-por-presion-prevencion.html>**

Es recomendable el uso de férulas para pie y mano en posición funcional con el mismo propósito, para conservar las articulaciones y los tejidos blandos en condiciones rehabilitables y de utilidad.

### **ESTIMULACIÓN EXTEROCEPTIVA TÁCTIL**

Se recomienda la aplicación de las técnicas de estimulación con texturas para mejorar los trastornos sensoriales presentes en una encefalopatía, como la ausencia de la sensibilidad táctil o la hiposensibilidad de las extremidades.

La aplicación de las técnicas de estimulación con texturas consiste en deslizar diversos materiales sobre la piel del hemicuerpo afectado con el fin de lograr la recuperación del paciente. La aplicación de la técnica de estimulación con texturas consiste en deslizar dichos materiales sobre la superficie de la piel en un sentido aferente (ascendente) con cada uno de ellos, comenzando con las de mayor aspereza, enfatizando que esta estimulación deberá hacerse tres veces al día, sin llegar al uso indiscriminado de las texturas, por lo que debe proporcionarse un programa al paciente y a sus familiares sobre su utilización y aplicación.





## **ILUSTRACIÓN 18 ESTIMULACIÓN CON TEXTURAS**

**Fuente:** Chauca Panchi María Belén

## **OBJETIVOS A LARGO PLAZO:**

- Instruir a los familiares sobre los cuidados que requiere el paciente
- Ganar independencia funcional por parte del paciente
- Mejorar la calidad de vida del paciente

## **TERAPIA OCUPACIONAL**

La Terapia Ocupacional trata de disminuir o compensar las deficiencias cognitivas, perceptivas o motoras para que el paciente neurológico alcance el mayor grado posible de funcionalidad y de autonomía (26).

De tal manera como fisioterapista trataríamos de recuperar los componentes de ejecución ocupacional de igual manera aumentar la movilidad y la fuerza muscular de nuestro paciente.

El cubo de actividades ayuda a desarrollar la habilidad y coordinación motriz, el sentido del tacto, la percepción visual mediante los atractivos colores, explorara las diferentes actividades que hay en cada uno de sus lados.



## **ILUSTRACIÓN 19 CUBO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Fuente (26): <http://www.interfisica.com/producto/cubo-de-actividades-de-la-vida-diaria/>

## UTENSILIOS ADAPTABLES

Los diferentes utensilios adaptables facilitan y ayudan la alimentación del paciente de tal manera permitirá ganar independencia funcional.



### ILUSTRACIÓN 20 UTENSILIOS ADAPTABLES PARA GANAR INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Fuente (23): <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ayudas-tecnicas-facilitar-alimentacion-las-13136835>

## VI. CONCLUSIONES

- Tras realizar el análisis de caso clínico se pudo identificar los puntos críticos que fueron:
  - Falta de atención oportuna “mala práctica médica”.
  - Protocolos odontológicos de salud bucal.
  - Angina de Ludwig posquirúrgica.
  - Falta de asistencia médica de la infección base “angina de Ludwig”.
  - Complicación en el acto quirúrgico por mediastinitis secundaria angina de Ludwig.
  - Diagnóstico final “encefalopatía postanóxica”.

Los cuales desencadenaron en una encefalopatía postanóxica mediante la recopilación e investigación de la información obtenida del paciente.

- Entre el factor de riesgo que influyó en la aparición de la infección base fue:
  - Factores ambientales: Las labores que el paciente realizaba en su vida cotidiana tenía que cumplirlas fuera del área de oficina, por lo que el día que se realizó la exodoncia al no enviarle reposo médico la doctora, el joven tuvo que exponerse al sol y realizar sus actividades como de costumbre.

Ya que según el protocolo odontológico menciona que luego de una exodoncia se recomienda evitar realizar esfuerzo físico y evitar el contacto con altas temperaturas.

Finalmente en los servicios brindados por las distintas casas de salud en las que acudió el paciente se puede mencionar que no fueron óptimas ya que le debieron prestar la importancia necesaria y actuar con correcta pericia ante este cuadro clínico.

- Una vez que se realizó la valoración al paciente tanto articular como muscular se planteó un tratamiento fisioterapéutico alternativo, el mismo que con la aplicación correcta de las diferentes técnicas utilizadas, se lograrán avances notorios en el paciente.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

1. Castillo Torres. Cuerpo técnico.Escala diplomados de salud pública.Opción enfermería. Tercera ed. España: MAD; 2016.(15)
2. Congreso Nacional. Ley De Derechos Y Amparo Del Paciente. Primera ed. Quito; 2006.(9)
3. García León1 E. Actualización de Criterios Diagnósticos y Tratamiento de la Angina de Ludwig. Odontol. Sanmarquina ; 14(2):. 2011 Dec; 14(32-35).(7)
4. Jiménez C. Neurofacilitacion técnicas de rehabilitación neurológica; 2004.(20)
5. Jiménez Forero. Presentación de caso. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias; 7(3). 2008.(4)
6. Lema Latorre ag. Responsabilidad profesional sanitaria en ecuador y sus complicaciones legales. Unidades. 2015 Julio; 1(1).(11)
7. Ludwig. Otorrinolaringología. Revista médica de costa rica y Centroamérica. 2010; LXVII (592(592).(3)
8. Martin. Factores de Riesgo de mortalidad en la mediastinitis Aguda. Primera ed. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2008.(8)
9. Mata-Vicente JF. Encefalopatía anoxo-isquémica posterior al paro cardiorrespiratorio. Med Int Mex . 2013 MARzo; 29:(388-398).(12)
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolos Odontológicos. Dirección Nacional de Normalización – MSP ed. Quito - Ecuador ; 2014.(1)
11. Sewell MD, Eastwood DM, Wimalasundera N. Managing common symptoms of cerebral palsy in children. BMJ : British Medical Journal. 2014 September.(25)
12. Universidad Nacional de Colombia. Guía De Atención En Cirugía Oral Básica. Universidad Nacional de Colombia. 2013 Jul.(2)

## LINKOGRAFÍA

1. Dinatale Papa. Diseminación De La Infección Odontogénica. [Online].; 2012 [cited 2017 3 3. Available from: [https://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/1/diseminacion\\_infeccion\\_odontogena.asp](https://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/1/diseminacion_infeccion_odontogena.asp).(5)
2. Glasgow. Escala de Coma Glasgow. [Online]. [cited 2017 2 6. Available from: <http://serralco.es/wp-content/uploads/2014/07/GCS.jpg>.(13)
3. Jiménez Treviño M. <http://fisiomonica-ms.blogspot.com/2011/04/libro-de-neurofacilitacion-tecnicas-de.html>. [Online].; 2011 [cited 2016 Julio 26. Available from: <https://drive.google.com/file/d/0B9arIJpNNAKUY2NIYzcyMTktNTY3ZC00OWRiLWJkMjgtZjZiZmQ4M2I5MWZl/view?layout=list&ddrp=1&sort=name&num=50#>.(24)
4. Nora Iraola , Gutiérrez Zaldívar. Apuntes Sobre la Responsabilidad Médica Legal y la Mala Praxis. [Online].; 2016 [cited 2017 5 12. Available from: <http://www.geosalud.com/malpraxis/malapraxis.htm>.(10)
5. Ordón Chitay ÉJ. Técnicas de Movilización y Transferencias de Pacientes. [Online].; 2012 [cited 2017 6 12. Available from: <https://www.efisioterapia.net/articulos/tecnicas-movilizacion-y-transferencias-pacientes>.(16)
6. Orozco Vargas. Manejo de los conceptos de Margaret Rood en Terapia Ocupacional. [Online].; 2014 [cited 2017 6 23. Available from: [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Marg\\_Rood.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Marg_Rood.shtml).(18)
7. Padilla. ESCALA DE NORTON. [Online].; 2016 [cited 2017 5 12. Available from: <http://teamworkmedicalnurse.blogspot.com/2016/01/escala-de-norton-valoracion-del-riesgo.html>.(14)
8. Pérez, Cuadrado ML. Terapia ocupacional en neurología. [Online].; 2012 [cited 2017 7 6. Available from: <https://psiquiatria.com/rehabilitacion/terapia-ocupacional-en-neurologia/#>.(23)

9. Stark. Qué es la técnica de Rood. [Online].; 2016 [cited 2017 6 5. Available from: [https://es.scribd.com/doc/133633107/Que-es-la-tecnica-de-Rood\(17\)](https://es.scribd.com/doc/133633107/Que-es-la-tecnica-de-Rood(17)).
10. Sánchez. Guía Del Cambio Postural. [Online].; 2016 [cited 2017 8 1. Available from: [http://fernamor.wixsite.com/higiene-postural.\(20\)](http://fernamor.wixsite.com/higiene-postural.(20)
11. Tabares. Úlceras por presión: Prevención. [Online].; 2014 [cited 2017 8 9. Available from: [https://www.ulceras.net/monografico/112/100/ulceras-por-presion-prevencion.html.\(22\)](https://www.ulceras.net/monografico/112/100/ulceras-por-presion-prevencion.html.(22)
12. Tamayo. Úlceras por Decúbito. [Online].; 2014 [cited 2017 8 12. Available from: [http://thales.cica.es/rd/Recursos/rd99/ed99-0026-01/escaras.html.\(19\)](http://thales.cica.es/rd/Recursos/rd99/ed99-0026-01/escaras.html.(19)



## CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UTA

**1. PROQUEST:** Wilmshurst JM; Epilepsia; 56(8): 1185-97, 2015 Aug. Artículo en Inglés | proquest | ID: mdl-26122601 [en línea], disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-26122601>


**2. PROQUEST:** Overwater IE; MC. Epilepsia; 56(8): 1239-45, 2015 Aug. Artículo en Inglés | proquest | ID: mdl-26046563, [en línea], disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-26046563>

**3. PROQUEST:** Lee YJ; Yeon GM; Kim YM; Nam SO. Epilepsy Res; 110: 49-54, 2015 Feb. Artículo en Inglés | proquest | ID: mdl-25616455, [en línea], disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-2604656355>

**4. SPRINGER:** Yilmaz, samem; Evaluation of ten prognostic factors affecting the outcome of West syndrome, [en línea], disponible en: <https://staticcontent.springer.com/lookinside/art%3A10.1007%2Fs13760-016-611-8/000.png>

ANEXOS

ANEXO 1 FICHA ODONTOLÓGICA



**DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL**  
**FICHA ODONTOLÓGICA**

Nombre: [Redacted] Edad: 27 Fecha: 20 II - 03 - 14  
 Grado: Sargento Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Dirección: Valdivia Teléfono: \_\_\_\_\_

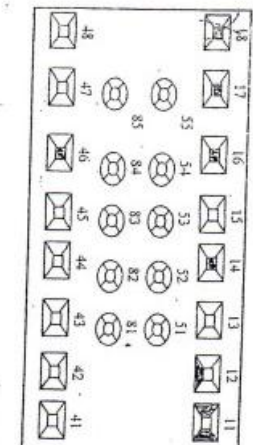
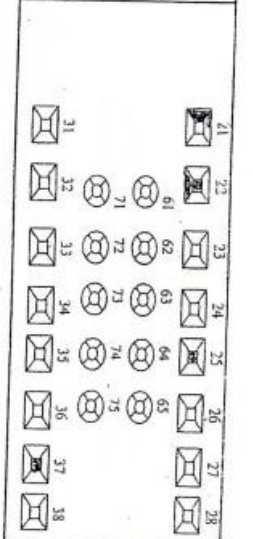
Presión Arterial: 110/70 Pulso: 72 x' Tor: 36,8 °C

**SIGNOS VITALES**

**ANTECEDENTES MEDICOS**

Se encuentra bajo tratamiento medico - Es alergico a algún medicamento - Esta embarazada	Complicaciones con anestesia en boca - Es usuel propenso a la hemorragia												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 50%;">SI</td><td style="width: 50%;">NO</td></tr> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> </table>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 50%;">SI</td><td style="width: 50%;">NO</td></tr> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>NO</td><td>NO</td></tr> </table>	SI	NO	SI	NO	NO	NO
SI	NO												
SI	NO												
SI	NO												
SI	NO												
SI	NO												
NO	NO												

**ODONTOGRAMA**

**TRATAMIENTO**

No. OPERATORIAS: \_\_\_\_\_ EXODONCIA: \_\_\_\_\_ CIRUGIA: \_\_\_\_\_  
 PROFILAXIS: \_\_\_\_\_ ORTODONCIA: \_\_\_\_\_ ENDODONCIA: \_\_\_\_\_  
 PROTESIS TOTAL: \_\_\_\_\_ REMOVIBLE: \_\_\_\_\_ RAYOS X: \_\_\_\_\_  
 P. FUA: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO

FECHA	MATERIAL	TRATAMIENTO
2011-03-14	Desinfectivo con hipoclorito	Exodoncia p/18, cuidados p/18 Ostracón (evitar el sol, no realizar ejercicio físico, dieta blanda de 10 días Koral, buena higiene bucal + antifúngicos: odontogel SSD mg (6) 19/24h x 3 días Chequear en albedo si la pieza dental extraída sin movilidad cico- fricción normal. Se extruye de nuevo medico por 24h + antifúngicos. quetridina 100mg 19/24h x 2 días (21) odontogel SSD mg 14/24h x 3 días (6), clindamicina 75 mg I.M. 2se mueren. Continuar en los cuidados indicados. Primer control en 24 horas.

FECHA	ABONO	SALDO
2011-03-14	Pte MD	Acude a control.

OBSERVACIONES: 2011-03-14: Extracción limpia de la pieza dental #18, estípica completamente erupcionada sin complicaciones.  
Indicaciones locales post extracción, antifúngicos. Se le indica consumir analgésicos por necesidad.  
2011-03-16: Se extruye de nuevo por 24h, pte ygiene haberse expuesto al sol por ostracón los cables fuera de la  
primera ayar en la tarde; se le prescriben antibióticos, antifúngicos; se le recomienda mejorar su higiene bucal por la  
presencia de placa bacteriana en control. Control en 24h.

  
ODONTÓLOGO

SELLO

DEPARTAMENTO DE ODONTOLÓGICO

AMBATO

**ANEXO 2 CERTIFICADO ODONTOLÓGICO**



**SANIDAD DE POLICIA  
SUBCENTRO MEDICO DEL CP-9**

Ambato, 16 de marzo del 2011

**CERTIFICADO ODONTOLOGICO**

Certifico que el Sr. CBOS. AMORES GUAMUSHIG BYRON SANTIAGO, requiere reposo absoluto por 24 HORAS, por presentar un edema facial en el lado derecho, tras realizarse una extracción de tercer molar. razón por la cual se le recomienda no realizar esfuerzo físico, evitar el sol, al momento se encuentra con cobertura antibiótica y antiinflamatoria.  
Es cuanto puedo manifestar.

Atentamente,

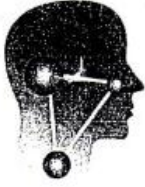
[Redacted]  
SBTE. DE SANIDAD  
ODONTOLOGA DEL CP-9



SUBCENTRO DE SALUD DEL CP\_9

.....  
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL

# ANEXO 3 HISTORIA CLÍNICA # 1

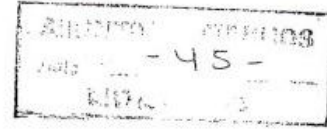


Centro de  
Otorrinolaringología

Oídos - nariz - garganta  
Cirugía de cabeza y cuello

Dr. Paúl Dueñas Villacís  
ESPECIALIZADO EN CUBA

*Historia de caso 52 JB*



## HISTORIA CLINICA (ANAMNESIS)

CODIGO: 10333 FECHA INGRESO: 18/03/2011 APELLIDOS: [REDACTED]  
FEC.NAC.: 01/02/1984 EDAD: 27 AÑOS SEXO: M ESTADO CIVIL: S DIRECCION: AV. UNIDAD NACIONAL  
TELEFONO: 2814641/094744424

ANT. PERSONALES:

ANT. QUIRURGICOS: EXTRACCION MOLAR HACE 3 DIAS.

ANT. FAMILIARES: ABUELITA MAT. DIABETICA, MAMA HIPERTENSA

OS: ALERGIA: PROFESION: POLICIA FUENTE INFOR.: EX PACIENTE

MO<sup>+</sup> DE CONSULTA: INDICA QUE HACE 3 DIAS LE EXTRAEN EL 3 ER. MOLAR DE LADO DERECHO, TIENE DOLOR DE OIDO DERECHO, DOLOR DE GARGANTA AL PASAR LA SALIVA.

SS: PACIENTE REFIERE QUE HACE 3 DIAS LE EXTRAEN 3ER MOLAR SUPERIOR DERECHO TRAS LO QUE PRESENTA ODINOFAGIA, OTALGIA, SALIVACION ABUNDANTE.

S0: MAS AUMENTO DE VOLUMEN EN CUELLO, MALESTAR GENERAL. VOMITO, TOMA AMOXICILINA DE 500mg, MAS ODONTOGIL

TEMPERATURA: 37 PULSO: 87 T.ARTERIAL: 139/91 F.RESPIRATORIA: PESO: 72 Kg. TALLA:

OIDOS:  
OIDO DERECHO: NORMAL  
OIDO IZQ.: NORMAL

NARIZ:  
FND: NORMAL  
FNI: NORMAL  
NASOFARINGE: NORMAL  
OTROS:

GARGANTA:  
CAVIDAD ORAL:  
AMIGDALAS Y PILARES: EDEMA DE PILAR ANTERIOR, AMIGOALA Y PALADAR BLANDO DERECHOS  
OROFARINGE: CONGESTIVA, EDEMA DE UVULA, LATERALIZADA HACIA LADO IZQUIERDO.  
HIPOFARINGE:

INGE: NORMAL

C0: EDEMA DE CUELLO REGION SUBMAXILAR DERECHO

OTROS: HOSPITALIZACION Y VALORACION DE INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO.

DG: ABSCESO DE CUELLO EN ESTUDIO?, ANGINA DE LUDWIN EN ESTUDIO?

PD: TC DE CUELLO, ECO DE CUELLO.

PT:

*[Handwritten signature]*  
[REDACTED]

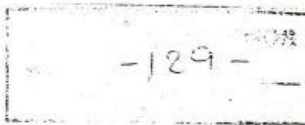
COD. 595

*Copia de historia de caso 52 JB*  
*[Handwritten notes]*



## ANEXO 4 EPICRISIS

*Contenido p. 1776*



### EPICRISIS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL QUITO No.1 POLICIA NACIONAL

Ingreso UTI: 25-03-11 Hora: 06:25 Ingreso Hospital: 18-03-11 Hora: 14:47  
EGRESO: 11-04-2011 HORA: 13:00

Nombre: AMORES C. [REDACTED] Relación: P. N S/A HCL: 102224  
Edad: 27 Años Sexo: Masculino Peso: 70 kg  
Talla: 1.63m Peso Ideal: 60.5Kg

DG: ANGINA DE LUDWIG + MEDIASTINITIS.  
COD: K12.2  
DG DE EGRESO: ENCEFALOPATÍA POSANÓXICA  
COD: G93.1

SCORES INGRESO: SOFA: 4 APACHE II: 24 MORTALIDAD: 50% TISS: 32  
SCOR DE EGRESO: TISS: 19

Procedencia: Hospital: Emergencia: Quirófano: Otro: Hospital: XX

Paciente masculino de 27 años, nacido y residente en Latacunga, Estado Civil: Soltero,  
Instrucción: Secundaria completa, ocupación: Cabo segundo. Religión: Católica, Lateralidad:  
Diestra, Tipo de Sangre: ORh (+).

#### APF:

- Abuela DM 2
- Madre HTA

#### APP:

- Clínicos
  - No refiere
- Quirúrgicos
  - No refiere

#### Hábitos:

- Alimentario: 3 veces al día.
- Micción: 4 veces al día.
- Deposición: 2 veces al día.
- Tabaquismo: ocasional
- Alcohol: ocasional
- Medicación: No refiere
- Transfusiones: No refiere
- Alergias: No refiere

Fuente de información: Familiar de paciente con buena colaboración

#### RESUMEN DE HISTORIA:

Paciente quien el día 15 de marzo del 2011 es sometido a una exodoncia de la pieza dental Nro.48, posteriormente presenta dolor localizado, edema facial y submandibular derecho dificultad a la masticación, por lo que acude a centro de atención primaria desde donde es transferido a esta casa de salud para manejo e especialidad. Ingresó por el servicio de emergencia el día 18 de marzo del 2011 a cargo del servicio de otorrinolaringología y cirugía maxilofacial.

En hospitalización el tratamiento ha sido clínico con cobertura antibiótica a base de clindamicina, metronidazol y gentamicina con lo cual hay aparente mejoría; sin embargo el día

HOSPITAL QUITO No.1

*Caral, retrof, umbra, 17/11/11*

13

24 de marzo del 2011, dolor torácico anterior hacia posterior, imposibilidad de apertura de cavidad bucal, disfagia y dificultad respiratoria, se realiza Rx tórax y una TAC en donde se aprecia importante derrame pleural realizan pleural con signos de mediastinitis por lo que se decide cirugía de emergencia.

En S.O, al intentar la intubación OT es un procedimiento difícil por la falta de apertura bucal y la presencia de abundantes secreciones purulentas lo cual ocasiona hipoxemia, hipotensión, bradicardia y acidosis mixta que progresa al paro cardio respiratorio (PCR) evento de 5 minutos aproximadamente en el cual es reanimado con RCPB, masaje cardiaco, adrenalina y atropina, reanimado al paciente se continua con la cirugía, traqueotomía de emergencia, toracotomía izquierda, cervicotomía derecha fisiotomía y drenaje de absceso acto quirúrgico de 9 horas de duración el transquirúrgico se comporta hipotenso por lo que se administra vaso activo, se colocan un tubos torácico para drenar material purulento desde mediastino y pleura. En este contexto paciente es transferido a nuestra unidad de Terapia Intensiva.

### INGRESO A UTI (H.Q.N 1)

Paciente ingresa oro intubado, bajo efectos de sedación, a febril, hidratado, EG: 3 T (O: 1 M: 1 V: 1T), pupilas anisocóricas normoreactivas a la luz y acomodación.

TA: 120/80 Con vaso activos TAM: 80 mmHg FC: 135 x' T: 37.5°C SATO2: 94% FR: 15

**Cabeza:** normocefalica, cabello implantación normal

**Nariz:** simétrico, fosas nasales permeables.

**Boca:** mucosas orales semihúmedas, piezas dentales en regular estado de conservación, secreción abundante purulenta distribuida en toda la cavidad

**Cuello:** Cuello se aprecia absceso importante que toma toda cara anterior de cuello, presencia de traqueos tomo y drenajes bilaterales.

**Tórax:** a la inspección: simétrico, a la palpación: elasticidad y expansibilidad conservado, a la auscultación: MV disminuido en campo izquierdo y presencia de tubos torácicos

**Corazón** RSCS ritmicos, no soplos, híper fonéticos.

**Abdomen:** Abdomen Suave depresible, no doloroso, RHA disminuidos.

**EXT:** Movilidad, sensibilidad y pulsos conservados

### Laboratorio de Ingreso:

<b>Laboratorio</b> Na : 142 K: 4 Cl : 98 Hcto: 47.5 PlaQ: 400 PCR: 48 Leuc: 26.100 Creat: 0.98 BUN: 37 TP: 21.8 TTP: INR: 1.1	<b>VT:</b> FR: FIO2: 50 PEEP: Pmes PVA pH: 7.45 Pa O2: 107.7 PCO2: 33 HCO3: 22 Sat O2: 98%  Procalcitonina:	<b>Monitorización</b>  SC YUG: Art: PIC: Bulbo Y: PIA:	<b>Hemodinamia</b>  PVC: 5 FC: 145 PA : 120/70 PAM: 80mmHg PAP: PAMP: GC: IC: LVSWI: PVC: PCP: RVS: RVP:
---	---	---	--

### Evolución en UTI

Paciente cursa hoy su décimo séptimo día de hospitalización en nuestra unidad, ha presentado la siguiente evolución:

### NEUROLÓGICO

Paciente con antecedentes mencionados ingresa nuestra unidad bajo efectos de sedación farmacológica y que este permaneció hasta el 02-04-2011 a base de Barbitúricos y Opiáceos a dosis de 3.9 mg/Kg de Tiopental y 41 ugr/h de Fentanyl, llegando a presentar un Ramsay de 6



175 (2) 10315  
-131-  
y una EG de 3T. Se mantuvo en coma barbitúrico por evidenciar en la TAC de cráneo cuadro severo de HIC con edema generalizado, hipo densidad en todo el territorio de arteria cerebral posterior y zonas de hiperperfusión superiores a las demandas metabólicas en territorio de cerebral arterial que sugiere swelling difuso y mal pronóstico vital y funcional.

Por persistencias de midriasis pupilar y con resultados de TAC se administra manitol a dosis de 0.5 g/Kg/c/4h con lo cual se evidenció reducción del diámetro pupilar.

Sensor de PIC da valores de 20 mmHg inicialmente que con cargas de soluciones osmóticas (manitol) bajan a entre 8-10mmHg. Se procedió a retirar sensor de PIC.

No se colocó catéter en el golfo de la yugular por patología de partes blandas de cuello, Posterior a la suspensión de sedación E. Giasgow paulatinamente va subiendo llegando hasta 9T (M4 O4 V1T), y que se ha mantenido hasta el momento.

Resonancia Magnética simple de Encéfalo realizado el 09-04-2011: reporta: no se observa signos de evento isquémico durante el estudio, y en forma incidental se observa opacificación del seno esfenoidal.

EEG: anormal por ser isoelectrico carente de respuesta a estímulos

### RESPIRATORIO

Paciente que desde su ingreso a permanecido en VMI en modo CMV ciclado por presión con parámetros que han permitido controles gasométricos adecuados (FR: 14 PC: 18 PEEP: 5 FIO2:30%). Posterior a la suspensión de sedación, por tener autonomía respiratoria, se desteta del apoyo ventilatorio. Inicialmente cambiando de parámetros ventilatorios a SIMV, ESPONTÁNEO y finalmente a INSPIRÓN. Tolerando adecuadamente. Al momento en espontáneo apoyado con oxígeno por mascarilla a 1ltx'.

GSA: PH: 7.43 PCO2: 34 PO2: 56 HCO3: 23.1 TCO2: 24.1 SATO2: 90% (sin oxígeno).

Placa de Rx de tórax no evidencia zonas patológicas ni extra ni intraparenquimatosos.

### HEMODINÁMICO

Paciente que ha permanecido hemodinámicamente estable. Necesitó de apoyo vasopresor a base de noradrenalina a dosis mínimas para optimizar presión arterial media, y así tener una buena perfusión cerebral.

El 04-04-2011, realiza melena por una ocasión. Hcto: 24 Se trasfunde 2 concentrados de glóbulos rojos. Hcto de control 27.7%. Se descarta endoscópicamente sangrado digestivo alto. Hoy en 36.3%.

Función renal normal. Diuresis amplias, hasta 300cc/h. al parecer redistribuye los líquidos administrados. Volumen urinario en 24 horas: 5320cc Gasto urinario: 3.1cc/kg/h

Balance Hídrico últimas 24 horas:

Ingresos Totales: 4258.5 Pérdidas Totales: 6638.8 Balance: -2380.3 Balance Acumulado: -7739.5

TA: 115-120/60-80 TAM: 76-98mmHg. FC: 55-62x'. PVC: 6-10

### METABÓLICO

Paciente que los primeros días de su ingreso se mantuvo con nutrición parenteral para garantizar un adecuado soporte metabólico, desde el 30 de marzo se inicia nutrición enteral por gastrostomía a base de Ensure con un aporte calórico de 1750 Kcal según el grado de estrés.

Buena tolerancia, sin dejar residuos gástricos significativos. No deposiciones diarreas.

Balance nitrogenado: adecuado para el aporte.

Electrolitos: sodio: 144 potasio: 4.8 Calcio: 7.6 magnesio: 1.8 fósforo: 4.1. Se administra Gluconato de calcio con horarios.

No realiza picos de hiperglucemias.

Creatinina desde su ingreso dentro de valores normales. Hoy en 0.75 BUN: 7 Ácido Láctico: 1.2

### INFECCIOSO

Paciente que se encuentra con terapia antibiótica a base de Imipenem, Amikacina y Tigaciclina. Respuesta leucitaria en descenso, llegando a mantenerse entre 6000-8000. Procalcitonina en 0.6. Cultivo de secreción de herida (04-04-2011), hay crecimiento de Pseudomona Aeruginosa resistente a carbapenémicos, sensible a Amikacina y PIP: TAZ, razón por la que se rota de ATB a estos últimos. Hoy su sexta dosis.

No ha realizado picos febriles.

TAC S/C de cuello y Tórax no se evidencia nuevas colecciones.



*Creo en mente 1800*

Drenes que fueron retirados por Cardiotorácica y Maxilofacial respectivamente por tener drenajes en cero.

-132

**COMENTARIO:**

Se ha resuelto parte infecciosa. Con estabilidad hemodinámica, respiratoria, metabólica y hematológica. Parte neurológica estacionario con E. Glasgow que se ha mantenido desde el 07-04-2011, hasta el momento en 9T (M4 O4 V1T). Se apoya con terapia física. Al momento estable, en condiciones de alta a cargo de los servicios de: ORL, Cardiotorácica y Neurología.



MIR OTI  
11-04-2011

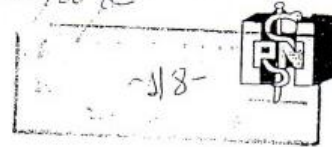
*e*



**ANEXO 6 HISTORIA CLÍNICA # 3**

**HOSPITAL QUITO N° 1**  
DE LA POLICÍA NACIONAL  
SERVICIO DE REHABILITACIÓN  
CARDIO RESPIRATORIA

*Control de vitalidad y peso*



NOMBRE  No.C 107224 GRADO S.A.  
 EDAD 28 años SEXO ♂ PISO UCI CAMA F.  
 FECHA 25-3-2011 SERVICIO U.C.I. MEDICO Moya.  
 Dg: DE INGRESO Mediastinitis.

FECHA	HORA	NOTAS DE EVOLUCIÓN DE TERAPIA CARDIORESPIRATORIA
25-3-11		Pcte. en ventilador mecánico, con troqueostoma a la auscultación, ruidos añadidos por colocación de tubos torácicos, se realiza limpieza de secreciones por tubo, con succiones sangüíneas espesas, SPO <sub>2</sub> 96%. 1 - Movilización Torácica 2 - Drenaje Postural. 3 - Limpieza de Secreciones
12-04-11		Paciente poco colaborador primer día Post UCI se encuentra estable en troqueostoma + Drenaje con FIO <sub>2</sub> 28% con una saturación de 98% se realiza limpieza de secreciones en poca cantidad, se coloca válvula de voz con 1 Lt. de O <sub>2</sub> saturación 96% paciente estable. Licda Sandra Guzmán
13-04-11		Pcte troqueotomizado, presencia de mucosidades por troqueostoma en mediana cantidad, blanquecinas de gran cantidad densas; tos a la estimulación saturación 96% con un aporte de 2 Lt. buena tolerancia a volúmenes.
14-04-11		Pcte troqueotomizado, presencia de secreciones por troqueostoma en poca cantidad blanquecinas; por boca transparentes en poca cantidad buenas tos; saturación de O <sub>2</sub> 90% con aporte de 1 1/2 Lt. de O <sub>2</sub> buena tolerancia a volúmenes.
27-04-11		Pcte troqueotomizado; disminución de secreciones por troqueostomo y por boca; secreciones por troqueostomo densas viscosas, blancas.



**ANEXO 7 HISTORIA CLÍNICA # 4**

**HOSPITAL QUITO N°1  
POLICIA NACIONAL  
NOTAS DE ENFERMERIA**

PACIENTE [REDACTED] CUARTO [REDACTED] CAMA 208

FECHA	HORA	ANOTACIONES	FECHA	HORA	ANOTACIONES
1/04/2011		Nota de Ingreso			
		<p>Paciente de 27 años, que el día 15 de marzo 2011 es sometido a exodoncia de pieza dental # 48 posterior a lo cual presenta dolor localizado, edema facial y submandibular derecho, dificultad a la masticación, por lo que acude a médico, desde donde transfieren a esta casa de salud con diagnóstico de Angina de Ludwig, por lo que el 18 de marzo 2011 ingresa a esta casa de salud a cargo del servicio de otorrinolaringología y cirugía maxilofacial, durante su ingreso en hospitalización, recibe terapia antibiótica a base de clindamicina, metronidazol y gentamicina, con lo que se observa el día 24 de marzo 2011 presenta dolor torácico anterior irradiado hacia región posterior, con imposibilidad para la apertura de cavidad bucal, disfagia y dificultad respiratoria, realizan TAC + Rx tórax evidenciándose signos de mediastinitis y derrame pleural y se decide cirugía de emergencia, sin embargo durante intubación orotraqueal ante la dificultad de la apertura bucal y presencia de abundante secreción purulenta, se presenta serios dificultades, produciendo hipoxemia, hipotensión, bradicardia, acidosis mixta que lleva a PCR, para lo que se realiza maniobras de RCP avanzadas obteniéndose respuesta, por lo que se decide realizar traqueostomía y continuar con procedimiento quirúrgico, durante procedimiento quirúrgico se encuentra salida de líquido purulento en abundante cantidad en cavidad, fibrina + colapso pulmonar por toracotomía izquierda, cervicotomía derecha, con colocación de tubo torácico con salida de material purulento desde mediastino y pleura y paciente sule a UTI, donde ingresa bajo efectos de sedo-anestesia y antibiograma se realiza TAC craneo donde se aprecia HIC severa con edema generalizado, hipodensidad en territorio de arteria cerebral posterior y zonas de hipoperfusión superiores a los</p>			

HOSPITAL QUITO N°1  
POLICIA NACIONAL  
NOTAS DE ENFERMERIA

*Cardio, pulmonar y renal*

-115-

PACIENTE

[Redacted Patient Name]

CUARTO

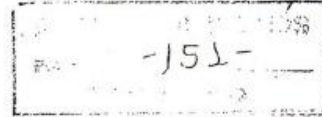
CAMA

FECHA	HORA	ANOTACIONES	FECHA	HORA	ANOTACIONES
		<p>demonstró metabólica. Permanece con VMI por 10 días, se suspende sedación, con obtención de autonomía de historia por lo que es dado de alta a pedido.</p> <p>EF T.A: 110/70 F.C: 60x' Pupils midriaticas, poco reactivas</p> <p>Paciente despierto, no responde a comandos verbales</p> <p>presencia de traqueostomía permeable.</p> <p>Tórax: expansibilidad conservada. Corazón: R. G.R.</p> <p>Pulmos: MU conservados.</p> <p>Abdomen: presencia de gastrostomía permeable, seduce degradable, RHA presentes</p> <p>Ext: no edemas, pulsos periféricos presentes</p> <p>RIG: Presencia de sonda vesical con salida de orina clara.</p> <p>ENE: Glasgow 9T (M4 O4-V1)</p> <p>Pupils midriaticas, poco reactivas a la luz</p> <p>Fuerza, tono muscular 2/5 en 4 extremidades</p>			
		<p>Rp.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <del>Enseñe 1750 Kcal pasar por gastrostomía q/8h</del></li> <li>2. <del>Semifowler</del></li> <li>3. <del>ESU + CI/Ex + controla glicémica q/6h.</del></li> <li>4. <del>Cuidados de enfermería.</del></li> <li>5. <del>Cuidados de traqueostomía y gastrostomía</del></li> <li>6. <del>SS.O. 9% 1000cc + 20cc soleirol K pasar 40ml</del></li> <li>7. <del>Clexane 40mg SC QD HS</del></li> <li>8. <del>Amepirrol 40mg IV QD</del></li> <li>9. <del>Amikacina 1g IV QD (6/7)</del></li> <li>10. <del>Piperacilina - Tazobactam 4,5gr IV q/6h (6/7)</del></li> <li>11. <del>Fisioterapia respiratoria</del></li> <li>12. <del>O2 por mascarilla para mantener Sat &gt;90%</del></li> <li>13. <del>BH - QS - electrolitos monitor</del></li> <li>14. <del>Novedades</del></li> </ol>			

HOSPITAL QUITO N°1

**ANEXO 8 ENCEFALOGRAFÍA # 1**

*Cuando se cuenta y se hace 199 €*



**HOSPITAL QUITO No.1**

**ELECTROENCEFALOGRAFIA**

APELLIDOS	[Redacted]
NOMBRES	[Redacted]
EDAD	27 años
REMITENTE	DR YEPEZ
FECHA	5/3/2011 11:06:21 PM

**INFORME DE EEG**

**INTERPRETACION:**

EEG digital, 20 canales, en vigilia. Sistema 10-20. Sensibilidad 15 uv. Duracion 30 minutos  
Trazado que muestra disminución importante del voltaje en todos los montajes, casi isoelectrico, levemente reactivo, con actividad artefactual muscular  
Sin presencia de actividad epileptiforme

**CONCLUSION: -**

EEG anormal por ser de muy bajo voltaje, sin que se puedan apreciar ritmos que puedan ser contabilizados, no hay actividad epileptiforme



*[Handwritten signature]*  
FIRMA: Dra. Sandra Espinoza C

*[Handwritten mark]*


**ANEXO 9 ENCEFALOGRAFÍA # 2**

*Cuenta inventario y cheque 198 de*

HOSPITAL QUITO No.1

14023
-150-

**ELECTROENCEFALOGRAFIA**

APELLIDOS	
NOMBRES	
EDAD	28 años
REMITENTE	TERAPIA
FECHA	4/6/2011 1:49:06 AM

**INFORME DE EEG**

**INTERPRETACION:**

EEG digital, 20 canales, en vigilia. Sistema 10-20. Sensibilidad 15 uv.  
Trazado de fondo a nivel posterior isoelectrico, sin reactividad a ningun tipo de estimulo  
No se aprecia variación con la fotoestimulacion

**CONCLUSION: -**

EEG anormal por ser isoelectrico carente de respuesta a estímulos.

*Letucuf*  
FIRMA: 

*C*



ANEXO 10 HISTORIA CLÍNICA # 5



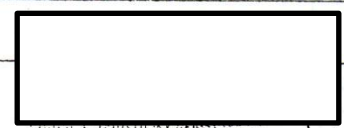
-163-

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>	<b>HISTORIA CLÍNICA</b>
			<b>102224</b>

<p style="text-align: center;"><b>RECORDATORIO</b></p> <p><b>EXAMEN SOMÁTICO GENERAL</b></p> <p><b>APARIENCIA GENERAL</b> Actividad Psicomotora Estado Nutricional</p> <p><b>EXAMEN REGIONAL</b></p> <p><b>PIEL Y TEGUMENTOS</b> Linfáticos</p> <p><b>CABEZA Y CUELLO</b> Ojos, Oídos, Nariz, Boca, Garganta.</p> <p><b>TÓRAX</b> Anomalías a la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación A. Corazón B. Pulmones</p> <p><b>ABDOMEN</b> Anomalías a la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación</p> <p><b>REGIÓN LUMBAR</b> Anomalías de Aspecto, Forma, Tamaño y Sensibilidad</p> <p><b>REGIÓN INGUINO-GENTAL</b> Anomalías en el Aspecto, Forma y Tamaño A. Examen Ginecológico B. Examen Urológico</p> <p><b>REGIÓN ANO-PERINEAL</b> Inspección a la Inspección y la Palpación, Tacto Rectal.</p> <p><b>EXTREMIDADES</b> Anomalías en el Aspecto, Forma, Tamaño, Sensibilidad y Movilidad</p> <p><b>EXAMEN NEUROLÓGICO ELEMENTAL</b></p> <p><b>IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</b></p> <p><b>FECHA Y FIRMA QUIEN REALIZA EL EXAMEN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente consiente, orientado en tiempo, espacio y persona, febril, hidratado, algico. Temperatura: 38.4°</li> <li>• <b>PIEL Y FANERAS:</b> elasticidad y turgencia conservadas para la edad y sexo</li> <li>• <b>CABEZA:</b> Normocefálico, cabello de implantación normal para la edad y el sexo.</li> <li>• <b>OJOS:</b> Pupilas isocóricas, escleras anictéricas y conjuntivas rosadas</li> <li>• <b>OÍDOS:</b> Pabellones auriculares de forma e implantación normal, OAE permeables</li> <li>• <b>NARIZ:</b> Pirámide nasal íntegra, fosas nasales permeables,</li> <li>• <b>BOCA:</b> Mejilla derecha y región submandibular edematosa y dolorosa a la palpación.</li> <li>• <b>ORF:</b> No apertura bucal por dolor.</li> <li>• <b>CUELLO:</b> Movilidad conservada activa y pasivamente, no hay presencia de adenopatías, tiroides OA</li> <li>• <b>TÓRAX:</b> Simétrico, con expansibilidad conservada</li> <li>• <b>CORAZÓN:</b> RscRs normales, no soplos.</li> <li>• <b>PULMONES:</b> MV conservado, No ruidos sobreañadidos.</li> <li>• <b>ABDOMEN:</b> Suave, depresible no doloroso a la palpación RHA+</li> <li>• <b>R. LUMBAR:</b> Puño percusión bilateral negativa</li> <li>• <b>RIG:</b> no valorado</li> <li>• <b>EXTREMIDADES:</b> simétricas, pulsos distales presentes, no edemas.</li> <li>• <b>ENE:</b></li> <li>• Glasgow 15/15, con funciones mentales superiores conservadas, pares craneales sin patología aparente, no signos de focalidad neurológica, sensibilidad y fuerza conservadas.</li> </ul>
--	--

*IDC: Angina de Ludwig*

**REALIZADO POR: IRM SOLIS**  
18/03/2011







PELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	HISTORIA CLÍNICA
			102224

**CORDATORIO**  
**MOTIVO DE CONSULTA**  
**ENFERMEDAD ACTUAL**  
 Enumerar síntomas principales  
 Comienzo  
 Evolución  
 Medicación recibida

**REVISIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LOS SISTEMAS**  
 Cardio - Circulatorio -  
 Respiratorio - Genito  
 Urinario - Endocrino  
 Metabólico - Locomotor -  
 Hematológico - Neurológico -  
 Organos de los sentidos.

**ANTECEDENTES PERSONALES**  
 Perinatal. Natal. Neonatal.  
 Desarrollo. Psicomotor.  
 Historia de la alimentación.  
 Inmunizaciones. Hábitos  
 Alcohólicos. Parasitarias.  
 Respiratorias. Circulatorias.  
 Gastrointestinales.  
 Urogenitales. Venéreas.  
 Dociminas. Hemodinámicas.  
 Neurológicas. Psiquiátricas.  
 Metabólicas. Nutricionales.  
 Digestivas. Aparato locomotor.  
 Ginecologías. Intervenciones  
 quirúrgicas. Traumatismos.  
 Accidentes. Gineco -  
 obstétricos. Pubertad. Ciclo  
 menstrual. Características de la  
 menstruación. Última  
 menstruación. Métodos  
 anticonceptivos. Relaciones  
 sexuales. Embarazos a término.  
 Abortos. Tipo de parto.  
 Partos. Hijos vivos. Hijos  
 muertos. Mortinatos y  
 natieros.

**HÁBITOS**

**PERSONALIDAD**

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES**

**CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES**

**FORMACIÓN DE INTERES**

**COMENTARIOS**

**FECHA Y FIRMA DEL QUE REALIZA LA INVESTIGACIÓN**

Paciente masculino de 27 años de edad, nacido y residente en Latacunga, mestizo, soltero, instrucción secundaria completa, ocupación cabo segundo, católico, diestro, GS: ORH+

**MC: transferencia por angina de Ludwig**

**EA:** Paciente que hace 3 días en procedimiento odontológico se extrae molar N. 48 y posteriormente presenta dolor localizado, edema facial y submandibular, dificultad a la masticación, por lo que acude a centro de salud de la unidad donde realizan exámen de imagen los cuales sugieren angina de Ludwig, por lo que es transferido a esta casa de salud para valoración y tratamiento.

**Alergias:** No refiere

**APP:**

- **Clinicos:** No refiere
- **Quirúrgicos:** No refiere
- **Transfusiones:** No refiere.

**APF:** abuela con DM2, Madre con HTA

**HÁBITOS:**

**Alimentario:** 3 veces al día, dieta variada

**Miccional:** 3 veces al día

**Defecatorio:** 1-2 v/día.

**Tabaco:** ocasional

**Alcohol:** ocasional

**Drogas:** No refiere

**Fuente de Información:** Familiar del Paciente con buena colaboración

**ANEXO 11 PROTOCOLOS DE LESIONES**



**PROTOCOLO DE LESIONES**

INFORME Nº DML-AHA-PM- 0153-0411

Dr.  
 Iván Garzón Villacres.  
 FISCAL DE TUNGURAHUA.  
 Fecha: *Ambato, 01 de Abril del 2011.* Hora de la diligencia: *12:00 Horas*

Lugar del examen:  
 DML: *XXX*  
 Domicilio: *XXX*  
 Casa de salud: *XXX* Cama N.- *F* Historia Clínica: *102224*  
 Otros:  *Hospital Policia Nacional-Quito.*

**I. DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA:**  
 Apellidos y Nombres:   
 Lugar y Fecha de Nacimiento:  Cedula /Pasaporte: *0502339633*  
 Género: M  F  Edad: *27* Años *XXX* Meses Estado Civil: C  S  V  D  UL   
 Lugar de residencia y dirección domiciliaria: *Lafacunga, Unidad Nacional y Atahualpa.*  
 Profesión u oficio: *Policía Nacional.* Teléfonos de contacto: *084034799*  
 Instrucción o Grado Académico:  
 Ninguna:  Primaria:  Secundaria:  Superior:  Técnica:  Otras:   
 Ocupación: Labores del hogar:  Estudiante:   
 Empleado/a privado/a:  Jubilado/a:  Trabajador independiente:   
 Empleado/a público/a:  Desempleado/a:

**II. INFORMACIÓN ADICIONAL:**  
 Nombre del Acompañante: *Carmen Amores Guamushig.* CI: *0501732606*  
 Parentesco: *Hermana.* Dirección: *XXX* Telf: *084034799*  
 Nombre de un familiar: *XXX* CI: *XXX*  
 Parentesco: *XXX* Dirección: *XXX* Telf: *XXX*

**III. DATOS DEL PRESUNTO AGRESOR:**  
 Número de agresores/as:   ¿Agresor (es/as) conocido (s/as)?: SI  NO   
 Nombres del presunto agresor/a: *XXX*  
 Dirección del presunto agresor/a: *XXX*  
 Relación con la víctima: *XXX* Teléfono: *XXX*  
 Género: M  F  Edad: *XXX* Años *XXX* Meses Estado Civil: C  S  V  D  UL   
 Descripción física del agresor (es/as):  
*XXX*





PROTOCOLO DE LESIONES



**IV. HISTORIA MÉDICO LEGAL:**

Tipo de violencia:		Lugar de los hechos / especifique:	
Física:	<input type="checkbox"/>	Hogar:	<input type="checkbox"/> xxx
Sicológica:	<input type="checkbox"/>	Trabajo:	<input type="checkbox"/> xxx
Sexual:	<input type="checkbox"/>	Vía Pública:	<input type="checkbox"/> xxx
Otras:	<input checked="" type="checkbox"/>	Otros:	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Dispensario odontologico policia Ambato.</i>
Que ocurrió? (breve detalle):	<i>Extracción pieza dental el día 14-03-2011</i>		
Quando Ocurrió?:	Fecha (dd-mm-aa):	Hora: xxx Horas aprox.	
Fue violentada/o sexualmente?:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	(Si la respuesta es afirmativa, llene el formato de Delitos Sexuales)
Consumo de drogas, alcohol u otros productos, previa la agresión?:			
En la víctima:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Alcohol: <input type="checkbox"/> Drogas: <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/>
En el presunto agresor:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Alcohol: <input type="checkbox"/> Drogas: <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/>
Recibió atención o tratamiento médico ?:	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Lugar de la atención médica:	<i>Policlínico Policía Nacional Ambato.</i>		
Tratamiento médico recibido:	<i>Extracción de pieza dentaria.</i>		
Utiliza o usa algún medicamento ?:	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Para que lo usa ?:	xxx		

**V. EXAMEN GENERAL:**

Consentimiento de la víctima o acompañante para:	Exámenes Médicos:	<input checked="" type="checkbox"/>
	Toma de muestras:	<input checked="" type="checkbox"/>
	Toma de imágenes:	<input checked="" type="checkbox"/>
Nivel de Conciencia:	<i>Examinado bajo efectos de sedación, como parte del soporte vital asistido, no se puede valorar su estado de conciencia al momento.</i>	
Estado Emocional:	<i>Examinado bajo efectos de sedación, como parte del soporte vital asistido.</i>	
Estado General:	<i>Examinado bajo efectos de sedación, como parte del soporte vital asistido.</i>	
Descripción de Ropas:	xxx	

**VI. EXAMEN MÉDICO GENERAL:**

Cabeza y Craneo:	<i>Aspecto anatómico normal, aparentemente sin novedad.</i>
Cara y Cuello:	<i>Aparato de traqueotomía, conectado a ventilador médico, cuatro insiciones de drenajes con tubos en ambos lados del cuello.</i>
Tórax anterior y posterior:	<i>Insición de denuje torácico aprox 4 cm en epigástrico.</i>

## PROTOCOLO DE LESIONES

VI. EXAMEN MÉDICO GENERAL ( continuación...):	
Mamas y Anexos:	<i>Aspecto anatómico normal, aparentemente sin novedad.</i>
Abdomen y Digestivo:	<i>Aspecto anatómico normal, aparentemente sin novedad.</i>
Región Dorso / Lumbar:	<i>Aspecto anatómico normal, aparentemente sin novedad.</i>
Región Glutea:	<i>Aspecto anatómico normal, aparentemente sin novedad.</i>
Genitales y periné:	<i>Aspecto anatómico normal, aparentemente sin novedad.</i>
Miembros Superiores:	<i>Venocllisis en ambos brazos.</i>
Miembros Inferiores:	<i>Aspecto anatómico normal, aparentemente sin novedad.</i>
Sistema Nervioso:	<i>Glasgow no valorable por sedación (registrado en HC 6/15), pupilas anisocóricas fijas, signos de hipoxia cerebral.</i>
Aparato Locomotor:	<i>Aspecto anatómico normal, aparentemente sin novedad.</i>
Otros Detalles:	<i>Ingresa al hospital de la Policía Nacional en malas condiciones, según indica reporte de historia clínica, al momento con tratamiento de especialidad.</i>

**VII. MUESTRAS RECOGIDAS Y ESTUDIOS SOLICITADOS:**  
*Exámenes de gabinete y especialidad.*

**VIII. CONCLUSIONES, PRONÓSTICO, TIEMPO DE INCAPACIDAD y/o ENFERMEDAD:**  
*El examinado se encuentra en unidad de cuidados intensivos, con diagnóstico de: ANGINA DE LUDWIG, ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA, MEDIASTINITIS, SEPSIS (infección severa), hay como antecedente, extracción de pieza dentaria posterior a lo cual desmujera paulatinamente, su pronóstico es reservado, salvo complicaciones se indica NOVENTA DÍAS, de enfermedad e incapacidad física.*

**DIAGNÓSTICO:** ANGINA DE LUDWIG, ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA, MEDIASTINITIS, SEPSIS, PRONÓSTICO RESERVADO.

*Es todo lo que puedo informar en honor a la verdad, sobre la diligencia practicada.  
 Se adjunta imágenes.*



MEDICO FORENSE

Dr. Angel Hernández / Perito Médico / EMERGENCIAS: 099-030-030

Página 3 de 3

## ANEXO 12 INFORME MEDICO



HOSPITAL QUITO  
SERVICIO DE REHABILITACION

Quito, 20 de Junio del 2011

PACIENTE:

HCL:

102224

GRADO:

CABOS/SA

### INFORME MEDICO

Su valoración médica se la realiza el 26 de mayo del 2011 en esta Casa de Salud en base a parámetros de Rehabilitación Neurológica, para tratamiento de especialidad.

Paciente con antecedente Hipoxia Cerebral que deja como secuela compromiso motor funcional severo a cuatro extremidades, hay déficit a la oclusión temporomaxilar bilateral por tensión muscular, no hay respuesta compresiva y expresiva, el control cefálico es deficiente, deglución limitada por dismovilidad de faringe y laringe, lo que acelera el reflejo nauseoso en ciertos momentos, Respiración clavicular superficial, Tono Espástico, hiperreflexia, reflejo plantar inespecífico, hipotrofia- atrofia muscular generalizada.

Su pronóstico no es bueno al momento, se recomienda valoración mensual dentro del primer año para determinar su evolución funcional motora, de lenguaje y físico, así como mantener Terapia Física y Terapia de Lenguaje permanente.



SUBTENIENTE DE POLICIA DE SANIDAD  
COORDINADOR DEL SERVICIO DE REHABILITACION  
DEL HOSPITAL QUITO No1.

## ANEXO 13 CONSENTIMIENTO INFORMADO



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



Yo, CHAUCA PANCHI MARÍA BELÉN, 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, debo realizar el análisis de un caso clínico, y al conocer el caso por medio de historias clínicas de su hijo, tomé gran interés por analizar los tratamientos a los que ha sido sometido su representado.

Toda la información obtenida en este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y tanto su nombre como el de su hijo no serán usados. Este estudio no con lleva ningún riesgo, también se le informa que no habrá ninguna compensación por participar.

He leído el procedimiento anteriormente descrito y la investigadora ha contestado todas mis preguntas al respecto. Voluntariamente doy el consentimiento para que el caso de mi hijo sea estudiado y me comprometo en facilitarle toda la información que requiera.

.....

Firma

Fecha:

CI.: