



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“HEMIPLEJIA POR CAUSA DE ABSCESO CEREBRAL”

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

Autora: Gutiérrez Pérez, María Luisa

Tutora: Lcda. Salazar Tupiza, Lisseth Marisol

Ambato - Ecuador

Noviembre, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“HEMIPLEJIA POR CAUSA DE ABSCESO CEREBRAL”** de María Luisa Gutiérrez Pérez, 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 H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2015

LA TUTORA

LIC. FT. Salazar Tupiza, Lisseth Marisol

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico sobre: **“HEMIPLEJIA POR CAUSA DE ABSCESO CEREBRAL”**, 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, Agosto del 2015

LA AUTORA

.....

Gutiérrez Pérez, María Luisa

DERECHOS DE AUTOR

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

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

Ambato, Agosto del 2015

LA AUTORA

.....

Gutiérrez Pérez, María Luisa

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de caso clínico sobre el tema: **“HEMIPLEJIA POR CAUSA DE ABSCESO CEREBRAL”**, de María Luisa Gutiérrez Pérez, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Noviembre 2015

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato y a la Facultad Ciencias de la Salud por los conocimientos impartidos desde sus aulas y a mis maestros que en este andar de la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que me pone la vida.

A mis padres por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente, en especial a mi madre por ser mi amiga, mi aliada, mi ejemplo, gracias por todo el apoyo en este trabajo de grado y en mi vida.

Un agradecimiento especial al Hospital Provincial Docente Ambato, por la colaboración brindada hacia mi persona para el desarrollo del presente trabajo investigativo.

A mi Tutora la Lcda. Ft. Lisseth Salazar por guiarme en el campo científico, me ha orientado de la mejor manera en el desarrollo de mi trabajo logrando concluirlo en las mejores condiciones.

A mi familia y amigos gracias porque siempre estuvieron listos para brindarme toda su ayuda, brindándome su mano para formarme en mi carrera profesional y personal.

María Luisa Gutiérrez P.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a Dios, por haberme dado la vida y el permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres Adriano y Nelly por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional para que yo pudiera lograr mis sueños, que me han ayudado a crecer, por la paciencia que han tenido para enseñarme y por sus cuidados.

A mis hermanas Betty e Isabel y a mis sobrinas Allison, Danna y Kristel, que con su amor me han enseñado a salir adelante. Gracias por su paciencia, por preocuparse por mí, por compartir sus vidas, pero sobretodo, gracias por estar en otro momento tan importante en mi vida.

A mis amigas Johana, Gabriela, Verónica, Mayra y Angie, por brindarme su amistad sincera y pasar a mi lado los momentos de mi vida universitaria y estar siempre en las buenas y en las malas.

María Luisa Gutiérrez P.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA.....	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
ÍNDICE DE TABLAS	x
RESUMEN.....	xi
SUMMARY	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CASO CLÍNICO	4
1. TEMA:.....	4
2. OBJETIVOS.....	4
2.1. OBJETIVO GENERAL	4
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN	5
3.1. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN:.....	5
3.2. IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE:.....	5
4. DESARROLLO.....	6
4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO:.....	6

4.2.	DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	9
4.2.1.	FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS	9
4.2.2.	FACTORES DE RIESGO POR SU ESTILO DE VIDA	10
4.2.3.	FACTORES DE RIESGO SOCIO ECONÓMICO.....	10
4.3.	ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	10
4.3.1.	OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE CONSULTA	10
4.3.2.	ACCESO	11
4.3.3.	CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN	11
4.3.4.	OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN:	12
4.3.5.	TRÁMITES ADMINISTRATIVOS.....	12
4.4.	IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS	12
4.5.	CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	17
4.6.	PROPUESTA DE TRATAMIENTO.....	18
5.	CONCLUSIONES.....	56
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
6.1	BIBLIOGRAFÍA	57
6.2	LINKOGRAFÍA	58
6.3	CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA	59
	ANEXOS.....	61
	Anexo 1. Informe Anátomo Patológico	62
	Anexo 2 Ecografía Renal	63
	Anexo 3 Nota de Ingreso a UCI	64
	Anexo 4 Nota de Egreso a UCI	66
	Anexo 5 Entrevista al Paciente.....	68
	Anexo 6 Entrevista al Médico Tratante en UCI	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N 0 BATERIA DE LOEWENSTEIN	20
GRÁFICO N° 1 MOVILIZACIÓN DE HOMBRO, CODO Y MUÑECA CON INDICACIONES FÁCILES	21
GRÁFICO N° 2 RECONOCIMIENTO DE FORMAS Y TEXTURAS ALEATORIAMENTE.	22
GRÁFICO N° 3 RECONOCIMIENTO DE REGLETAS.	23
GRÁFICO N° 4 RECONOCIMIENTO DE SEMIESFERAS	24
GRÁFICO N° 5 RECONOCIMIENTO DE LA CANTIDAD DE PRESIÓN EN ESPONJAS.	25
GRÁFICO N° 6 RECONOCIMIENTO DEL PESO DE LA SEMIESFERA, MANTENIENDO EN POSICIÓN HORIZONTAL EN EL BALANCÍN Y CONTROLAR LAS IRRADIACIONES ANORMALES.	27
GRÁFICO N° 7 RECONOCIMIENTO DE LA PRESIÓN SOBRE EL PULGAR CON SEMIESFERA 1, 2	28
GRÁFICO N° 8 RECONOCIMIENTO DE LONGITUD UTILIZANDO EL PULGAR.	29
GRÁFICO N° 9 RECONOCIMIENTO DEL ESPACIO.	30
GRÁFICO N° 10 OPTIMIZACION DEL TRAZADO DE TRAYECTORIAS RECTILINEAS.	32
GRÁFICO N° 11 OPTIMIZACIÓN DE TRAYECTORIAS DIVERSAS	33
GRÁFICO N° 12 OPTIMIZACION VIRTUAL DE TRAYECTORIAS. ⁽¹⁸⁾	34

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	18
---------------------------------------	----

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

“HEMIPLEJIA POR CAUSA DE ABSCESO CEREBRAL”

Autora: Gutiérrez Pérez, María Luisa

Tutora: Lcda. Salazar Tupiza, Lisseth Marisol

Fecha: Agosto del 2015

RESUMEN

“La Hemiplejia es una pérdida del movimiento voluntario en una mitad del cuerpo, asociada a una alteración del tono muscular de esa mitad, el cual puede estar aumentado, espasticidad, o disminuido, flacidez.” (1) Se designan como hemiplejia derecha e izquierda según el lado de la parálisis.

Presenta diferentes factores de riesgo como la hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, diabetes mellitus, infecciones, tabaquismo, colesterol alto y sedentarismo. (2)

En este caso la hemiplejia fue causada por un absceso cerebral, el mismo que se produjo por una septicemia de una infección localizada en sus pulmones, por lo que hay que tener en cuenta que esta situación acompañada con su padecimiento diabético condujo al paciente a empeorar su cuadro clínico; razón por la cual se debe tener conocimiento acerca de cada una de las patologías, sus síntomas y sus posibles complicaciones.

Al conocer el caso y abordarlo a detalle, identificando la causa desencadenante, su evolución y la sintomatología que persiste en el paciente hasta el momento actual se toma como factible una propuesta de un tratamiento coadyuvante al tratamiento fisioterapéutico convencional. Siendo éste el Método Perfetti, con la finalidad de lograr una recuperación cognoscitiva y funcional del miembro superior afectado del paciente mediante este tipo de terapia ocupacional. ^(1,2)

PALABRAS CLAVES: HEMIPLEJIA, DIABETES_MELLITUS, ABSCESO_CEREBRAL, SEPTICEMIA, TERAPIA_OCUPACIONAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

PHYSICAL THERAPY CARRER

“HEMIPLEGIA DUE TO BRAIN ABSCESS”

Author: Gutiérrez Pérez, María Luisa

Tutor: Lcda. Ft. Salazar Tupiza, Lisseth Marisol.

Date: August 2015

SUMMARY

Hemiplegia is a loss of voluntary movement in one half of the body, associated with impaired muscle tone of that half, which may be increased, spasticity, or decreased, sagging. They are designated as right and left hemiplegia side paralysis.

It presents different risk factors such as hypertension, heart disease, diabetes mellitus, infections, smoking, high cholesterol and physical inactivity.

In this case hemiplegia was caused by a brain abscess, the same that was caused by a septicemia localized in the lungs infection, so keep in mind that this situation accompanied by his diabetic condition led the patient to worsen their clinical; why you should have knowledge about each of the diseases, their symptoms and possible complications.

To hear the case and deal with it in detail, identifying the underlying cause, evolution and symptoms that persists in the patient to date is taken as possible a proposal for an adjuvant to conventional physiotherapy treatment. It is the Perfetti

method in order to achieve a cognitive and functional recovery of the affected upper limb of the patient by this type of occupational therapy.

KEYWORDS: HEMIPLEGIA, DIABETES_MELLITUS, BRAIN_ABSCESS, SEPTICEMIA, OCUPATIONAL_THERAPY.

INTRODUCCIÓN

Se realiza la presente investigación considerando que la hemiplejia es una parálisis de un lado del cuerpo y sus dos extremidades. Es una enfermedad que figura dentro de las causas de mortalidad en el adulto en todo el mundo⁽³⁾.

Con una predominancia en el sexo masculino, el 71% presenta menoscabo de sus capacidades vocacionales, el 16% necesitara ser institucionalizado, el 31% precisará ayuda de autocuidado y el 20% ayuda para desplazarse⁽⁴⁾.

La hemiplejia puede ser causada por un absceso cerebral, el cual se origina de 3 maneras: el 50% por una infección pericraneal, en un 15% a 30% es de origen hematógeno, producto de una infección distante como infecciones pulmonares, intrabdominales y cutáneas y en un 8% a 19% es producto de inoculación directa por trauma o neurocirugía.⁽⁵⁾

En Ecuador, desde hace más de una década la Diabetes Mellitus consta entre las primeras diez causas de mortalidad, ocupando el primer lugar en el último reporte presentado por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos)⁽⁶⁾

Con todos estos antecedentes, el paciente presentaba un organismo inmunodeprimido por lo que un 10% al 25% de éstos sumados a una infección pulmonar desarrollan una enfermedad cerebral en este caso el absceso cerebral.⁽⁷⁾

El caso clínico expuesto corresponde a un paciente del Hospital Provincial Docente Ambato, de sexo masculino de 53 años, que hace 3 años presenta dolores

articulares en rodillas por lo cual acude al Hospital Municipal donde diagnostican artrosis de rodilla, prescriben medicación con lo que tiene mejoría leve, por lo que hace 2 años recibe tratamiento con acupuntura sin mejoría clínica por lo que desiste.

En Octubre del 2014 paciente sufre caída por lo que acude al Centro de Salud #3 presentando trauma de rodillas, donde le prescriben antibioticoterapia y analgesia, el cuadro no mejora por lo que el paciente decide solicitar en una farmacia medicación, 5 días después de la caída paciente persiste con dolor y dificultad respiratoria.

El 11 de Octubre acude al Hospital Provincial Docente Ambato solicitando traslado por personal de ECU, es atendido por el Servicio de Emergencia debido a que su cuadro respiratorio empeora con alza térmica y se le diagnostica Sepsis de origen pulmonar con el que ingresa al Servicio de Medicina Interna, su hospitalización transcurre con complicaciones de problemas respiratorios, articular, fiebre de origen indeterminado, es atendido por equipo de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) quienes deciden transferencia a su servicio.

Encontrándose en UCI, paciente es sometido a ventilación mecánica, le realizan diferentes exámenes, entre ellos una Tomografía Craneal en la que revela una imagen sugestiva de masa tumoral, por lo que es intervenido quirúrgicamente por el servicio de Neurocirugía, además requiere de traqueostomía y gastrostomía días posteriores, en el transcurso de su estadía en UCI es sometido a drenaje de su rodilla izquierda que presentaba proceso inflamatorio diagnosticando Artritis séptica.

Paciente evoluciona positivamente y el 11 de Noviembre es remitido a Cirugía donde se continua tratamiento de medicamentoso donde además se incrementa atención de fisioterapia motora y respiratoria, se discontinua traqueostomía y gastroclisis, es importante señalar el cuadro neurológico de hemiplejia por intervención quirúrgica post craneotomía. Paciente hemipléjico es dado de alta y remitido a Consulta Externa para Rehabilitación Física la misma que es suspendida 8 días posteriores ya que paciente presenta un cuadro agudo de gastroenteritis que le obliga hospitalizarse por el lapso de 2 semanas posterior a lo cual paciente retoma asistencia de terapia física hasta el momento actual.

CASO CLÍNICO

1. TEMA:

“HEMIPLEJIA POR CAUSA DE ABSCESO CEREBRAL”

2. OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO GENERAL

Evaluar el avance evolutivo de un paciente con Hemiplejia por causa de Absceso Cerebral para mejorar su capacidad funcional en las actividades de la vida diaria.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar los factores de riesgo que desencadenan al paciente a padecer un absceso cerebral
- Establecer las complicaciones físicas de un paciente con hemiplejia por causa absceso cerebral.
- Elaborar un plan de tratamiento fisioterapéutico para un paciente con hemiplejia por causa de absceso cerebral.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

3.1.DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN:

La recolección de la información se basó en datos obtenidos de la Historia Clínica del paciente, la misma que me fue facilitada por el Hospital Provincial Docente Ambato.

En la historia clínica se encontró información parcial, interconsultas médicas, por lo que hubo la necesidad de acudir directamente a los servicios de hospitalización por donde el paciente permaneció durante su tratamiento tal es el caso de UCI, cirugía y patología en los cuales me fue facilitada la información respectiva.

También se puede constatar los tipos de intervención quirúrgica que se le ha realizado, siendo éstos, una limpieza quirúrgica de rodilla izquierda, craneotomía, traqueostomía y gastrostomía además constan los factores de riesgo como son su diabetes y alcoholismo.

3.2.IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE:

Para la recopilación de información que no se encontraba en la historia clínica del paciente, realice entrevistas basadas en preguntas formuladas al paciente y a familiar que permaneció cerca de su evolución, así como también al equipo multidisciplinario que atendió al paciente en los diferentes servicios del área hospitalaria.

Al aplicar la entrevista directamente al paciente se obtiene información cronológica desde el momento que iniciaron los síntomas, mencionando también

como fue la atención que recibió en cada una de las casas de salud. En la aplicación de las entrevistas al equipo multidisciplinario involucrado en el caso se obtendrá la información acerca del manejo que se le ofrece al paciente en cada una de las áreas a las que acudió. En la entrevista al Fisioterapeuta se descubre la información del estado en la que la paciente empieza el tratamiento fisioterapéutico, detallando cual ha sido la mejoría que presenta el paciente hasta el momento actual.

4. DESARROLLO

4.1.DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO:

El presente caso se trata de un paciente de sexo masculino de 53 años, nacido y residente en Ambato, provincia de Tungurahua, mestizo, católico, instrucción secundaria, casado, padre de dos hijos, diestro, grupo sanguíneo ORH +, de profesión mecánico pero actualmente no ejerce por su discapacidad.

Teniendo como antecedentes patológicos familiares: Padre fallece con cáncer pulmonar y poliglobulia, hermano diagnosticado de diabetes mellitus.

Antecedentes patológicos personales: diabetes mellitus tipo 2 desde hace 4 años, tratamiento con metformina, alcohol hace 30 años cada 8 días, exposición a humo de leña durante toda su vida.

Hábitos alimenticios 3 veces al día, aspecto socio-económico: vivienda de construcción mixta, la misma que comparte con sus padres, cuenta con todos los servicios básicos, ingreso económico bajo, actualmente depende de su esposa quien tiene como profesión comerciante.

Hace 3 años paciente refiere que inicio con dolores articulares especialmente a nivel de rodillas por lo cual acude al Hospital Municipal donde se le realizan radiografías teniendo como diagnóstico desgaste articular, le prescriben Glucosamina por 6 meses con lo que mejora levemente.

Transcurre un año, las molestias se iban agravando por lo que decide por recomendación de amigos acudir a un centro de Acupuntura donde le diagnostican Artritis Reumática y dan tratamiento con 4 sesiones cada 15 días insertándole agujas en rodillas y muñecas recibiendo además medicación que no especifica, con lo cual el paciente refiere que sentía alivio sólo el día de tratamiento pero luego a los dos días retornaba el dolor.

Hace ocho meses atrás (Octubre del 2014) teniendo como causa aparente caída de su propia altura impactándose sobre superficie dura y golpe directo a nivel de rodillas, se agudiza el dolor en articulaciones de miembros superiores e inferiores y se acompaña de mialgias de gran intensidad, y tos que no moviliza secreciones, con esta sintomatología acude al Centro de Salud #3 donde le prescriben paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas y flumucil 300mg vía oral cada 8 horas por 5 días, paciente no encuentra mejoría y acude a farmacia donde le aplican una ampolla de diclofenaco sódico más complejo B (neurobión) intramuscular, presentando leve mejoría, con el paso de los días el cuadro se intensifica, acompañándose de alza térmica no cuantificada, dificultad respiratoria, además expectoración amarillenta por lo que acude el 9 de Octubre del 2014 nuevamente al Centro de Salud # 3, donde le aplica nebulizaciones con aparente mejoría.

El 11 de Octubre del 2014 agrava su cuadro encontrándose en domicilio y tiene la necesidad de hacer un llamado al ECU 911 quienes le asisten y trasladan al Servicio de Emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato en horas de la

madrugada tras presentar dificultad respiratoria, alza térmica no cuantificada, diaforesis, taquicardia, palidez, a la auscultación pulmonar gran cantidad de estertores bilaterales, abdomen suave, depresible, control de glicemia 162 g/dl, se le prescribe oxigenoterapia, hidratación, analgesia y se le diagnostica Sepsis de origen pulmonar, por lo que se decide hospitalización en Medicina Interna, paciente ingresa al servicio consciente, orientado, deshidratado, afebril, sudoroso, álgico, al examen físico presenta murmullo vesicular abolido en bases pulmonares, con dolor abdominal, a nivel de extremidades dolor de gran intensidad en articulaciones, edema de rodilla izquierda, con diagnóstico de Derrame pleural bilateral y neumonía adquirida, recibe oxigenoterapia, hidratación, analgesia, posteriormente es valorado por UCI quienes indican su ingreso al servicio, a su ingreso a uci el 12 de octubre del 2014, paciente somnoliento, con autonomía respiratoria, sudoroso, álgico, al examen físico presenta signos de dificultad respiratoria, uso de músculos accesorios, en extremidades presenta edema a nivel de rodillas bilateral, con diagnóstico de neumonía grave y sepsis de origen pulmonar, plan de tratamiento: ventilación mecánica, antibioticoterapia y protección gástrica, el 15 de octubre del 2014 se realiza limpieza quirúrgica de rodilla izquierda, además se recibe resultados de cultivo de secreción traqueal, la cual muestra Pseudomona Aeruginosa, el 27 de octubre del 2014 se realiza TAC simple de cráneo encontrándose imagen sugestiva de absceso cerebral, por lo que es intervenido por el servicio de Neurocirugía encontrándose hematoma subdural, hematoma intraparenquimatoso, absceso intraparenquimatoso, tumor cerebral, se toma muestras y se envía para el estudio anátomo patológico el mismo que reporta presencia de coágulos y tejido inflamatorio en el mismo, además en la misma fecha se realiza traqueostomía y gastrostomía sin complicaciones. El 28 de octubre del 2014 es intervenido quirúrgicamente por el servicio de traumatología para realizar limpieza quirúrgica en rodilla izquierda teniendo hallazgos de tejido necrótico y secreción seropurulenta, diagnosticando artritis séptica, el 5 de Noviembre del 2014 se realiza destete de ventilador mecánico con buena tolerancia, paciente permanece con tubo en T por medio de traqueostomo, neurológicamente paciente se ha mantenido con evolución estacionaria.

El 11 de Noviembre paciente ingresa a servicio de Cirugía donde se continua tratamiento de antibioticoterapia, asistencia de fisioterapia motora y respiratoria, progresivamente se le va descontinuando gastroclisis incluyendo dieta por vía oral y valoración neurológica, mejora su cuadro, 15 días posteriores es dado de alta.

Paciente continua su tratamiento hemipléjico causado por el absceso cerebral. En consulta externa (Fisiatria) acude en silla de ruedas en compañía de su esposa presentando al examen físico un déficit motor parcial del hemicuerpo izquierdo, pierna izquierda extendida y rotada internamente, plantiflexion y supinación de pie, el miembro superior izquierdo presenta hombro en aducción, flexion de codo y muñeca con su dedo pulgar en la palma y los demás dedos flexionados a su alrededor. Su lado derecho presenta una afectación grado 3 a nivel de fuerza muscular, teniendo como impresión diagnóstica una hemiplejia izquierda. Inicia tratamiento con electroestimulación en miembros inferiores y superiores izquierdos, ejercicios activos asistidos del lado afectado y ejercicios activos resistidos del lado derecho, facilitación neuromuscular propioceptiva y técnica bobath.

Transcurre una semana y paciente recae por presentar un cuadro de gastroenteritis aguda + pielonefritis por lo que debe ser nuevamente hospitalizado a través de emergencia al servicio de medicina interna donde permanece 2 semanas con complicación intestinal y renal y es dado de alta el 3 de enero del 2015, nuevamente reinicia el tratamiento de rehabilitación física, ingresando con un patrón espástico más acentuado y continua hasta el momento actual.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

4.2.1. FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS

- La diabetes como padecimiento crónico es considerada factor de riesgo para que se produzca la artritis séptica.
- El trauma de rodilla por caída en un paciente con artritis inicia su cuadro séptico.
- El cuadro pulmonar séptico de un paciente con antecedentes de padecimiento de diabetes y artritis, determina un paciente inmunodeprimido propenso a complicaciones severas.
- La aplicación de procedimientos como la Acupuntura a repetición predisponen a procesos infecciosos, sin considerar su inmunodepresión por su patología anterior: diabetes.

4.2.2. FACTORES DE RIESGO POR SU ESTILO DE VIDA

Alcoholismo

4.2.3. FACTORES DE RIESGO SOCIO ECONÓMICO

Baja condición económica

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

4.3.1. OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE CONSULTA

Hospital Municipal: el paciente tuvo una atención buena debido a que la demora para la consulta en esta casa de salud fue de un día.

Centro de Acupuntura: para la obtención de una consulta, el paciente tuvo que esperar una semana.

Centro de Salud #3: el paciente no tuvo una atención inmediata ya que tuvo que esperar 3 días para la consulta.

Hospital Provincial Docente Ambato: el paciente tuvo una atención inmediata ya que ingresó por el servicio de Emergencia después de agravarse su cuadro en domicilio.

4.3.2. ACCESO

No tuvo ninguna dificultad para el acceso a las distintas casas de salud, contando con una llegada inmediata y sin ningún inconveniente.

4.3.3. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

Hospital Municipal: paciente refiere que la atención fue rápida pero tuvo problemas ya que el médico que le recibió le prescribió medicación sin conseguir aliviar sus molestias.

Centro de Acupuntura: paciente refiere que la atención fue rápida pero no obtuvo los resultados esperados ya que el especialista al valorar y revisar los exámenes complementarios del paciente realizó una impresión diagnóstica errónea con lo que no mejora.

Centro de Salud #3: paciente refiere que la atención fue rápida y de excelente calidad por parte del Doctor que le atendió sin embargo el personal de enfermería no supo prestarle la atención adecuada.

Hospital Provincial Docente Ambato: paciente refiere que tuvo problemas en la atención ya que al momento en el que llegó al servicio de Emergencia éste se

encontraba con un acontecimiento más importante y de atención prioritaria por lo cual el paciente fue atendido 3 horas después de su ingreso, se le realizaron varias interconsultas las cuales fueron atendidas inmediatamente, en su paso por esta casa de salud acudió al servicio de Clínica, UCI y Cirugía en los cuales la atención fue buena debido a que los especialistas y el equipo multidisciplinario siempre se encontró al pendiente de la evolución del paciente.

4.3.4. OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN:

Al presentarse el cuadro grave del paciente es referido a varios especialistas los cuales valoraron y evaluaron adecuadamente y de manera rápida, explicando al paciente y a su acompañante en este caso a su esposa cada tratamiento que se le iba a aplicar.

4.3.5. TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

En el Hospital Provincial Docente Ambato los trámites administrativos de hospitalización y la obtención de resultados de distintos exámenes complementarios realizados al paciente no presentaron demora, lo cual ayudo a que el cuadro del paciente sea tratado con la brevedad debida.

Sin embargo en ciertas casas de salud a las que el paciente acudió hubo demora de aproximadamente una semana para agendar las citas médicas.

4.4.IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

- **Falta de confianza por lo que decidió recurrir a la medicina alternativa.**

La acupuntura es una técnica oriental que se fundamenta en insertar finas agujas, consiste en que el acupuntor gira de manera lenta durante unos segundos, en distintos lugares específicos del cuerpo. Algunos terapeutas usan láser acupuntura para eliminar el riesgo de infección, algunos las tratan con hierbas y otros pasan corriente eléctrica por ellas. ⁽⁸⁾

La acupuntura es utilizada para atender varias patologías, entre algunas de estas se encuentran las patologías infecciosas desde su inicio como por ejemplo la influenza, la malaria, la artritis reumatoide y enfermedades purulentas de la piel, pero la acupuntura no posee efectos antimicrobianos, sin embargo interviene activando la energía autocurativa del cuerpo, así el propio cuerpo del paciente actúa neutralizando los microbios. ⁽⁹⁾

En este caso la acupuntura fue aplicada en un paciente con patología diabética por lo tanto inmunodeprimido, lo que significa que el cuerpo no actuaría activando la energía autocurativa ni neutralizando los microbios, además de no aportar mejoría en su padecimiento de dolores articulares.

- **Falta de conocimiento sobre su diabetes lo que conlleva a que tenga mayor riesgo de complicaciones.**

La hiperproducción de la insulina es causada por la resistencia corporal de las acciones de esta hormona, lo que se conoce como síndrome de resistencia a la insulina, se lo denomina generalmente como diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependientes o de comienzo en el adulto, por otro lado a la diabetes insulino dependiente se la conoce como tipo I o de inicio juvenil. ⁽¹⁰⁾

Las personas con diabetes tipo 2 parecen padecer complicaciones menos severas como enfermedades de la vista y enfermedades de los riñones, algunos síntomas que presentan las personas portadoras de esta enfermedad son:

- Fatiga: debido a que las células de su organismo no reciben la glucosa que necesitan.
- Ganas de orinar y sed frecuente.
- Vista borrosa

- Infecciones de la piel, encías y urinarias tardan en curarse: cuando existe una infección, los glóbulos blancos que defienden al organismo de esta no actúan adecuadamente debido a los altos niveles de glucosa que presenta el paciente, incluso este medio hace que las bacterias que producen la infección se proliferen, por lo que la diabetes hace que el organismo sea susceptible a infecciones.
- Entumecimiento de los pies o piernas: el paciente siente el entumecimiento a causa de una común complicación a largo plazo de la diabetes conocida como neuropatía. Si nota entumecimiento y neuropatía, además de otros síntomas de la diabetes, probablemente ha tenido el padecimiento desde hace bastante tiempo, ya que la neuropatía toma más de cinco años para desarrollarse en un ambiente de diabetes. ⁽¹¹⁾
- Afecciones del corazón.

Se presume que la patología diabética tuvo sus inicios hace mucho tiempo atrás y fue diagnosticada en un estado avanzado por el cual comenzó con su sintomatología de neuropatías lo que le provocaba los dolores articulares y musculares que le obligaron a buscar alternativas para el alivio de sus síntomas como la aplicación de tratamiento de acupuntura.

La infección pulmonar por *Pseudomona Aeruginosa* que presento el paciente es conocida como una infección hospitalaria y se observa frecuentemente en personas con inmunidad deprimida, en enfermos con alteraciones metabólicas como la diabetes, entre otros; esta infección pudo diseminarse por el torrente sanguíneo produciendo una septicemia de alta gravedad e instalarse en otros tejidos, dando lugar a procesos supurativos.⁽¹²⁾

El absceso cerebral es una colección de material purulento en los hemisferios cerebrales, que se comporta clínicamente como una masa intracraneal.

La entrada de los gérmenes hasta el cerebro puede producirse a través de tres vías:

- Infección por contigüidad: a partir de focos infecciosos de las estructuras adyacentes, como el oído o los senos paranasales.
- Infección por entrada directa, como ocurre en los traumatismos craneales que causan lesiones profundas o, con menos frecuencia tras una intervención neuroquirúrgica.
- Diseminación hematógena: a través del torrente sanguíneo desde un foco infeccioso distante, con mayor frecuencia asociado a infecciones pulmonares.⁽¹³⁾

Otros contribuyentes son la diabetes mellitus, la insuficiencia hepática o renal y las cardiopatías congénitas.⁽¹⁴⁾

En el análisis se concuerda que el paciente con patología diabética se complicó con su proceso infeccioso pulmonar determinantes que conllevaron a la formación del absceso cerebral que concluyó con su daño neurológico consecuente.

- **Falta de diagnóstico y tratamiento oportuno intrahospitalario.**

El Sistema de Referencia y Contrareferencia es el mecanismo a través del cual el Ministerio de Salud, en el marco de sus procesos de descentralización de competencias y recursos, define estrategias que permitan garantizar a la población en general el acceso a los servicios de salud, con el concurso de los distintos actores involucrados entre los que se cuentan los entes territoriales, y los prestadores de servicios de salud de carácter público.

Este Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) tiene el enfoque en la Atención Primaria en Salud; es decir que este sistema permite mejorar la

atención al usuario y realizar un direccionamiento adecuado para ofrecer una atención de acuerdo a las necesidades de salud.

En la práctica, “el Sistema de Referencia y Contrareferencia busca que los usuarios ya no madruguen a los hospitales para acceder a un turno y ser atendidos. Ellos deberán asistir primero al centro o subcentro de Salud más cercano a su lugar de residencia. En este lugar recibirán atención médica integral. Así evitarán largas filas en los hospitales para obtener un turno.

En el caso que el paciente requiera atención especializada, en el centro o subcentro de salud se le entregará un turno con la hoja de referencia para ser atendido en un hospital por un médico especialista, o por el contrario, serán contrareferidos.

También, se ha creado el Sistema de Adscripciones por el cual las personas se pueden atender según el sitio de ubicación de su domicilio, para esto además se ha realizado la contratación de asistentes administrativos que procuran informar asertivamente a los usuarios con Calidad y Calidez así el objetivo fundamental es brindar un servicio personalizado a la ciudadanía.”⁽¹⁵⁾

Dentro del Sistema Nacional de atención el paciente debe acudir al primer nivel que será el centro de salud cercano a su domicilio, de existir la necesidad será referido a un segundo nivel donde recibirá tratamiento de especialidad, en el presente caso el endocrinólogo por su padecimiento de diabetes. Este proceso de atención provoca una demora, lo que hace que el paciente busque una alternativa inmediata ya que generalmente el paciente busca ayuda cuando su cuadro se encuentra agravado.

4.5.CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

TABLA 1: Oportunidades de Mejora

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none">• Educación al paciente en el nivel primario.	Plan de charlas para el paciente sobre la patología a tratar.
<ul style="list-style-type: none">• Fortalecer los sistemas de salud con los equipos básicos de atención en salud	Promocionar los niveles de atención por grupos patológicos en los diferentes sistemas de salud
<ul style="list-style-type: none">• Manejo de complicaciones de diabetes de acuerdo al plan de tratamiento	Ejecución del plan de tratamiento para evitar complicaciones articulares en pacientes diabéticos.

Fuente: Autora

4.6.PROPUESTA DE TRATAMIENTO

MÉTODO PERFETTI

La interrelación adecuada del hombre con el entorno dependería no solamente del movimiento, sino también de los procesos cognitivos, cuya activación está presente en cualquier aprendizaje, bien sea en condiciones normales o en condiciones patológicas.

Este método se basa en 3 elementos:

- La movilidad de la mano, ya que en este tipo de pacientes, la mano suele tener peor recuperación que otras partes del cuerpo.
- La sensibilidad y la percepción táctil en relación con la elaboración del movimiento.
- El proceso cognitivo de la atención y su relación con el movimiento

Perfetti considera la reeducación del paciente con lesión en el SNC como un proceso de aprendizaje a partir de una situación patológica, en la que el proceso sensoriomotor está alterado, de tal manera que el paciente debe aprender todo lo necesario para volver a organizar su esquema cerebral, interviniendo en esta reorganización procesos motores, sensitivos y cognitivos.

OBJETIVOS

Objetivo a corto plazo:

Adquisición de control sobre la reacción anormal al estiramiento.

Objetivo a mediano plazo:

Guiar al paciente para que adquiriera el control sobre los efectos de la irradiación anormal. Comienza el trabajo del movimiento voluntario ejecutado.

Objetivo a largo plazo:

Comprenden todos aquellos ejercicios mediante los cuales el paciente aprende a adaptar su movimiento a la hipótesis perceptiva propuesta. Es necesario el reclutamiento del mayor número de unidades motoras posibles y combinar los aspectos temporales y espaciales, con el fin de mejorar la calidad de movimiento.

(16)

El tratamiento se realiza con una frecuencia de 2 veces por semana, 1 hora por cada sesión y con reforzamiento en el domicilio, en cada sesión se realiza el aprendizaje del movimiento adecuado realizando entre 10 a 15 repeticiones el mismo tipo de ejercicio hasta obtener el objetivo deseado.

Se planifica 10 sesiones con los ejercicios de primer grado en la parte inicial del tratamiento, es decir para cumplir el objetivo a corto plazo, sometido a evaluación fisioterapéutica, después de este tiempo y alcanzando con éxito el objetivo con la ayuda de la perseverancia del paciente se procederá a realizar 10 sesiones con los ejercicios de segundo grado con el fin de lograr el objetivo a mediano plazo después de esto se evaluará para verificar si se consiguió el objetivo, para finalizar se realizan 10 sesiones con los ejercicios de tercer grado e ingresar a la fase de resolución o a largo plazo.

EVALUACIONES

1.- Funciones Cognitivas

Se realizará mediante la Batería de Loewenstein (Evaluación Cognitiva en Terapia Ocupacional - LOTCA). Consta de 20 subtest integrados en 4 áreas (orientación percepción, organización visomotora y operaciones racionales); también se incluye el subtest de la atención – concentración. Cada subtest tiene una escala de puntuación del 1 – 4, puntos bajos 1-2 (puntuación total baja: 22 – 44 puntos) y punto altos 3 – 4 (puntuación total alta: 66 - 91). El resultado del paciente será idóneo ya que se considerara la puntuación alta (4-5) como requisito previo para aplicar el ETC.

LOTCA: ADMINISTRACIÓN Y PUNTAJE



Grafico N 0 Bateria de Loewenstein

ORIENTACIÓN

1. ORGANIZACIÓN DEL LUGAR:

Procedimiento: T.O pregunta al paciente:

- a- ¿Dónde está usted ahora? (institución).
- b- ¿Dónde está localizado? (Zona – Ciudad).
- c- ¿Dónde vive usted? ¿Cuál es su dirección exacta?.
- d- Nombre una ciudad ubicada cerca de donde Ud. vive.

Puntaje: para ninguna respuesta correcta o sólo una, el paciente recibe 1 punto.

Por cada respuesta correcta adicional agrega un punto más.

Mínimo desempeño: 1 punto. Máximo desempeño: 4 puntos.

2. ORIENTACIÓN DE TIEMPO:

Procedimiento: T.O pregunta al paciente:

- a- ¿Qué día es hoy? ¿Qué mes?.
- b- ¿Qué hora es ahora?.
- c- ¿Cuánto tiempo hace que está hospitalizado/ en tratamiento?

Puntaje: Para el punto a, si el paciente (P) responde todas las preguntas

correctamente, recibe 2 puntos. Para resultado parcial o incorrecto de a, recibe 1 punto. Por los otros 2 ítems, recibe 1 punto por cada respuesta correcta.

Mínimo desempeño: 1 punto. Máximo desempeño: 4 puntos.

PERCEPCIÓN

3. IDENTIFICACIÓN CISUAL DE OBJETOS:

Procedimiento: Se le muestran al paciente 8 tarjetas con objetos cotidianos dibujados: silla, pava, reloj, llave, zapato, bicicleta, tijera, anteojos.

Se le pide al paciente que mencione cada objeto.

- Si el paciente no puede nombrarlos por problemas expresivos, se le muestran dos tableros con 4 objetos c/u y se le pregunta: ¿Dónde está la silla? ¿Dónde está el reloj?, etc. Este procedimiento se utiliza para c/u de los 8 objetos.

- Si el paciente tiene problemas receptivos/ expresivos, se le debe mostrar 2 tableros con 4 objetos similares en c/u. El paciente debe unir el objeto pedido con el similar del tablero. Si la persona no puede identificar objetos similares el terapeuta le presenta 2 tableros con los objetos idénticos. El paciente debe relacionarlos con exactitud.

Puntaje:

1 punto: P. Identifica sólo pocos objetos por relación exacta (menos de 4).

2 puntos: P. Identifica 5 – 8 objetos por relación exacta.

3 puntos: P. Identifica por lo menos 4 objetos por nominación, comprensión o relación c/un similar (4-7).

4 puntos: P. Identifica todos los objetos por nominación, comprensión o relación con 1 similar.

4. IDENTIFICACIÓN VISUAL DE FORMAS:

Procedimiento: Se le muestra al paciente 8 tarjetas con formas ilustradas,

cuadrado, triángulo, círculo, rectángulo, rombo, semicírculo, trapecioide, hexágono. Se le pide al paciente que mencione cada figura.

- Si el paciente no puede nombrarlos (por problemas expresivos o educacionales) se le muestra un tablero con todas esas formas y él debe identificar c/ forma nombrada por la terapeuta.

- Si el paciente no identifica las formas en el tablero por comprensión de sus nombres, él puede identificarlas por relacionarlas con un similar. Se le muestran 2 tableros de 8 formas similares y se le pide identificarlos correctamente. Si no puede identificar las formas por su similar, se le pide que haga la relación con otra forma exactamente igual.

Puntaje:

1 punto: P. identifica sólo pocas formas por relación exacta (menos de 4).

2 puntos: P. identifica 5 – 8 formas por relación exacta.

3 puntos: P. identifica por los menos 4 formas por nominación, comprensión o relación c/un similar (4-7).

4 puntos: p. identifica todas las formas por nominación, comprensión o relación con 1 similar.

5. FIGURAS SUPERPUESTAS:

Procedimiento: El T.O le muestra al P. 2 tarjetas con 3 objetos superpuestos en c/u.

a- Banana, pera, manzana.

b- tenaza, azada, sierra.

Se le pregunta ¿Qué figuras ves en la tarjeta?

- Si el paciente tiene dificultades de identificar figuras, el T.O debe mostrarle un tablero con las 6 figuras separadas y decirle “señale los objetos que Ud. ve en la tarjeta”. Repita este procedimiento con la segunda tarjeta.

Puntaje: (para las 6 figuras)

1 punto: P. no identifica ninguna o identifica menos de 3 figuras con la ayuda del tablero.

2 puntos: P. identifica 3 figuras con la ayuda del tablero.

3 puntos: P. identifica 4 de las figuras del tablero o todas con ayuda del mismo.

4 puntos: P. identifica todas las figuras sin el tablero.

5. CONSTANCIA DE LOS OBJETOS:

Procedimiento:

Se le muestra al paciente 4 fotografías de objetos tomadas de ángulos inusuales. Auto, martillo, teléfono, tenedor. Para c/u de las fotografías, se le pregunta: “¿Qué ve Ud. en la fotografía?”

- Si el paciente dificultades de lenguaje (ej. Afasia) y sólo en ese caso, el T.O debe usar el tablero de “múltiple opción”. Se le pregunta: “Señale la pequeña fotografía del tablero que concuerda con la grande”.

Puntaje:

1 punto: Si el P. es incapaz de identificar las figuras, o identifica sólo una.

2 puntos: P. identifica 2 objetos.

3 puntos: P. identifica 3 objetos.

4 puntos: P. identifica los 4 objetos.

7. PERCEPCIÓN ESPACIAL.:

Procedimiento:

A- El T.O le pide al Paciente:

1- Muéstreme su mano derecha.

2- Muéstreme su mano izquierda.

3- Ponga su mano derecha en su oreja izquierda.

4- Ponga su mano izquierda en su pierna derecha.

Nota: El T.O debe pedir los movimientos deseados de acuerdo con sus posibilidades motoras.

B- T.O pone frente al paciente un lápiz, y una caja pequeña y le pide:

- 1- Ponga el lápiz en la caja.
- 2- Ponga el lápiz a la izquierda de la caja.
- 3- Ponga el lápiz a la derecha de la caja.

C- El T.O se sienta al frente del Paciente y le pide:

- 1- Señale mi mano derecha.
- 2- Señale mi oreja izquierda.
- 3- Señale mi ojo derecho.

Puntaje:

- 1 punto: El P. no reconoce direcciones de ninguna manera.
- 2 puntos: P. reconoce direcciones sólo sobre sí mismo.
- 3 puntos: P. reconoce direcciones en sí mismo y entre dos objetos.
- 4 puntos: P. reconoce direcciones sobre sí mismo, entre dos objetos y sobre otra persona enfrente suyo.

8. PRAXIAS:

Procedimiento:

A- Imitación motora: T.O y paciente se sientan uno en frente a otro. T.O pide “haga los mismos movimientos que yo”.

- 1- T.O pone su mano derecha en su oreja izquierda.
- 2- T.O pone su mano derecha en su cabeza.
- 3- T.O pone su mano derecha en su codo izquierdo.
- 4- T.O pone su mano izquierda en su hombro izquierdo.

Nota: El T.O debe poner atención en las posibilidades motoras del paciente y pedir movimientos acorde a sus habilidades motoras.

B- Ubicación de Objetos: El T.O le muestra al P. varios objetos: peine, tijera, y papel, caja con fósforos. Por cada objeto se le pide: “Muéstreme como lo usa”.

C- Acciones simbólicas: (ideomotora descriptiva). El T.O pide al P.: “Muéstreme cómo o que hace cuando quiere oler una flor, cortar pan, abrir una puerta con llave, “llamar a alguien para que se acerque a Ud.”

Puntaje:

1 punto: El P. es incapaz de producir ninguna tarea.

2 puntos: El P. sólo puede imitar movimiento.

3 puntos: El P. puede imitar movimientos y manipular objetos.

4 puntos: El P. realiza todas las tareas.

ORGANIZACIÓN VISOMOTORA:

9. COPIA DE FORMAS GEOMÉTRICAS:

Procedimiento: T.O pone frente a la persona una hoja de papel y 1 lápiz. T.O dice: “Le voy a mostrar 5 formas. Copie, por favor cada una en el papel”. T.O le muestra las formas en el siguiente orden: círculo, semicírculo, rombo, cubo y forma compleja.

Puntaje:

1 punto: El P. no puede copiar ninguna de las formas o copia sólo una.

2 puntos: el P. copia dos o tres formas.

3 puntos: El P. copia cuatro formas.

4 puntos: El P. copia las cinco formas.

Nota: Copiando el cubo, se considera un buen desempeño sólo se el paciente copió la forma con todas las líneas en los ángulos apropiadas, por decir: percibió las perspectivas en tres dimensiones.

10. REPRODUCCIÓN DE UN MODELO DE DOS DIMENSIONES:

Procedimiento: T.O muestra al paciente un dibujo que consiste en un círculo, un rectángulo y 2 triángulos y las correspondientes piezas en plástico. T.O dice: “Construya este patrón al lado del dibujo”. Si el P. falla al hacerlo, T.O pide: “Ahora, trate de construirlo sobre el dibujo”.

Puntaje:

- 1 punto: El P. no puede reproducir el patrón.
- 2 puntos: El P. puede reproducirlo sólo sobre el dibujo.
- 3 puntos: El P. reproduce el patrón correctamente pero por ensayo - error.
- 4 puntos: Buen desempeño.

11. CONSTRUCCIÓN DEL TABLERO Y CLAVIJAS:

Procedimiento: T.O pone frente a P. un tablero, clavos y un diseño de un triángulo. T.O pide: “Construya este patrón”.

Puntaje:

- 1 punto: El P. no puede reproducirlo el patrón.
- 2 puntos: El P. puede reproducir sólo las líneas vertical y horizontal. Falta en la línea oblicua.
- 3 puntos: El P. reproduce la forma correspondiente. Pero no lo localiza en el lugar correcto del tablero.
- 4 puntos: Buen desempeño, sin ensayo - error.

12. DISEÑO DE CUBOS DE COLORES:

Procedimiento: T.O muestra al P. un diseño de cubos de colores y los cubitos de verdad.

Se le pide: “ Construya este diseño”.

Puntaje:

- 1 punto: El P. no puede reproducirlo.
- 2 puntos: El P. construye sólo la superficie, sin altura y profundidad.
- 3 puntos: El P. construye con altura, pero sin profundidad.
- 4 puntos: Buen desempeño.

13. DISEÑO DE CUBOS NATURALES:

Procedimiento: T.O muestra al P. un diseño de cubos sin colores y los cubos de verdad. Se le pide:

- a- ¿Cuántos cubos necesita para cubrir el diseño?
- b- Ahora, constrúyalo.

Puntaje:

- 1 punto: El P. no puede.
- 2 puntos: El P. construye lo que ve, pero no los cubos tapados.
- 3 puntos: El P. no cuenta correctamente los cubos necesarios, pero construye correctamente, o viceversa.
- 4 puntos: Buen desempeño.

14. REPRODUCCIÓN DE UN ROMPECABEZAS:

Procedimiento: T.O muestra al paciente un diseño de un mariposa de colores y las 3 piezas correspondientes. Se le pide: “Construya el rompecabezas sobre el diseño”.

Puntaje:

- 1 punto: El P. no puede realizarlo.
- 2 puntos: El P. sólo puede poner las 3 piezas centrales verticales.
- 3 puntos: El P. lo realiza con ensayo – error pero logra terminarlo bien.
- 4 puntos: Buen desempeño sin ensayo – error.

15. DIBUJO DE UN RELOJ:

Procedimiento: T.O da al P. un lápiz y 1 dibujo de un círculo vacío. Se le pide: “Llene los números del reloj y ponga las agujas a las 10:45hs.

Puntaje:

1 punto: El P. no puede realizarlo.

2 puntos: El P. construye el esquema general, pero la organización dentro de este es incorrecta.

3 puntos: El P. organiza los números del reloj correctamente, pero falla al marcar la hora o viceversa. Paciente marca la hora correctamente, pero los números no son colocados exactamente en su lugar.

4 puntos: Buen desempeño.

OPERACIONES ABSTRACTAS

16. CATEGORIZACIÓN:

Procedimiento: T.O desparrama al azar sobre la mesa 14 tarjetas con estas representaciones, bote, helicóptero, avión bicicleta, barco, tren, auto, martillo, tijera, destornillador, máquina de coser, máquina de escribir, lápiz, aguja.

Se le pide al Paciente:

- a. “Separe las tarjetas en grupos”.
- b. “Nombre o titule los grupos”.
- c. ¿Hay otra forma posible de agruparlos”.
- d. Titule los grupos.

Nota: En la parte c, si el paciente no puede cambiar, el T.O puede incitarlo. “puede separarlos en grupos más grandes o más pequeños”.

Puntaje:

1 punto: El P. no puede realizarlo.

2 puntos: El P. puede hacer agrupaciones parciales (ya sean grandes o pequeños grupos).

3 puntos: El P. puede hacer las dos tareas, pero cambia sólo con la incitación.

4 puntos: Puede realizarlo con o sin incitación pero no puede conceptualizarlo verbalmente.

5 puntos: Buen desempeño. P. puede realizarlo y verbalizar los criterios.

17. CLASIFICACIÓN DE OBJETOS RISK A (adaptación en 1985).

DESESTRUCTURADA:

Procedimiento: Se usan 18 piezas planas en 3 colores (marrón oscuro, marrón claro y natural) y 3 formas (tipo flecha, oval, y cuarto círculo). Las piezas son ubicadas frente al paciente y se le pide: “Ponga estos objetos en grupos que sean parecidos/ iguales”.

Cuando termina se le pregunta: “¿En qué son iguales?”. Después de que el P, da el criterio, se le pide: “Ahora tenga grupos de otro tipo que también sean iguales”.

Nota: el puntaje original fue colapsado para mantener la línea de LOTCA. El puntaje más alto de cualquiera de los ensayos es dado cuando el paciente puede realizarlo y establecer el criterio (menos en caso de afasia).

Puntaje:

1 punto: Identificó, es decir apareamiento y recolección exacta.

2 puntos: 1 criterio incompleto.

3 puntos: 1 criterio con disposición espacial.

4 puntos: 1 criterio con disposición al azar.

5 puntos: 2 criterios o más simultáneamente.

18. CLASIFICACIÓN DE OBJETOS ESTRUCTURADA RISKÁ:

Procedimiento:

- 1 punto: Identificó, es decir apareamiento y recolección exacta.
- 2 puntos: 1 criterio incompleto.
- 3 puntos: 1 criterio.
- 4 puntos: 2 criterios o más simultáneamente sólo en el segundo ensayo.
- 5 puntos: 2 criterios o mas simultáneamente en el primer intento.

19. SECUENCIA PICTÓRICA:

Procedimiento:

19. a: El P. recibe 5 tarjetas representando una historia corta. Las tarjetas son dadas en el siguiente orden:

5 2

1

4 3

Se le pide al paciente: - Arregle las imágenes en la secuencia correcta.

- Cuénteme la historia.

Puntaje:

- 1 punto: No lo puede realizar.
- 2 puntos: Usa sólo alguna de las tarjetas, pero no hace referencia a toda la secuencia.
- 3 puntos: P. puede contar la historia, pero no puede acomodar la secuencia correctamente, o puede acomodar la secuencia correctamente, o puede acomodarlas pero no contar la historia.
- 4 puntos: Buen desempeño.

19. b: Si el paciente recibe un puntaje de 4, el T.O presenta una segunda secuencia pictórica colocada en el siguiente orden:

5 1 4

2 6 3

El T.O da al P. las mismas instrucciones que en 19.a y da puntaje de la misma manera. T.O debe marcar a o b en la planilla de puntaje.

20. SECUENCIA GEOMÉTRICA:

Procedimiento: T.O da al P. una hoja de papel y un lápiz. Le muestra 2 secuencias geométricas, una por vez y le pide al paciente para cada secuencia “En esta línea las formas están dibujadas en un orden especial. Continúa la secuencia en ese orden”.

La correcta respuesta para la primer secuencia: circulo, cuadrado. Para la segunda es: 4 líneas horizontales, 5 líneas verticales. En la segunda secuencia, si el P. no entiende el orden y entonces no continua en el modo correcto (es decir, P. empieza desde el principio o refiere sólo a 1 componente) el T.O debe preguntarle “¿Hay otra manera posible de continuar la secuencia?”.

Puntaje:

1 punto: No lo puede realizar.

2 puntos: Realiza sólo la primera secuencia.

3 puntos: Realiza ambas secuencias pero con ensayo – error.

4 puntos: Buen desempeño.

21. **ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN:** (Se observa a lo largo de todo el test)

Puntaje:

1 punto: Muy corta tensión atencional. P. no puede concentrarse por mas de 5 minutos y necesita repeticiones continuas de las instrucciones.

2 puntos: Puede poner atención por cortos períodos de tiempo y concentrarse por 15 minutos, necesita algunas repeticiones de las instrucciones.

3 puntos: Muestra ligeras dificultades en atención y concentración, pero puede atravesar el test por vueltas a concentrarse de tiempo en tiempo.

4 puntos: No tiene problemas de atención y concentración.

Batería LOTCA: Planilla de resultados

Paciente:		Fecha:			
Diagnóstico:					
Edad:					
SUB - TEST COMENTARIOS					
PUNTAJE		BAJO		ALTO	
ORIENTACION	Tiempo	1	2	3	4
	Lugar	1	2	3	4
PERCEPCION	Identificación de objetos	1	2	3	4
	Identificación de formas	1	2	3	4
	Figuras superpuestas	1	2	3	4
	Constancia de objetos	1	2	3	4
	Percepción espacial	1	2	3	4
	Praxias	1	2	3	4
ORGANIZACIÓN VISOMOTORA	Copia de figuras geométricas	1	2	3	4
	Reproducción de modelo 2 dimen.	1	2	3	4
	Construcción en tablero	1	2	3	4
	Diseño de cubos naturales	1	2	3	4
	Reproducción de rompecabezas	1	2	3	4
	Dibujo de un reloj	1	2	3	4
OPERACIONES ABSTRACTAS	Categorización	1	2	3	4
	Clasificación de obj. desestructurado	1	2	3	4
	Clasificación de obj. estructurado	1	2	3	4
	Secuencia de dibujo A	1	2	3	4
	Secuencia de dibujo B	1	2	3	4
	Secuencia geométrica	1	2	3	4

INDIQUE / Duración: Evaluado en: 1 Sesión 2 o mas Sesiones					
Basado en la observación durante el desarrollo del test	Atención y Concentración:	1	2	3	4

Fuente: Autora (16)

2.- Funcionalidad del Miembro Superior Hemipléjico

Se realizara mediante el Cuestionario DASHe – Escala de Evaluación Funcional del Miembro Superior versión en español (DASHe), (discapacidad de brazo, hombro y mano); se evaluara, otorgando materiales a cada paciente para que demuestre la capacidad del miembro superior afectado, al realizar:

Modulo I:

Función Física: Preguntas del 1-11, 13 -16: Actividades de la Vida Diaria Preguntas del 17-19: Actividades de Tiempo Libre Preguntas del 12, 20, 22 y 23: Actividades Productivas. Luego se continuara el cuestionario autoadministrado donde el sujeto marca el impacto que tiene la hemiplejia en el brazo, hombro y mano.

Módulo II: Síntomas Preguntas del 24 – 29: Dolor, Sensación, Debilidad y rigidez del Miembro superior.

Módulo III: Función Psicológica Pregunta 30: Autoestima

Módulo IV: Deportes y Artes Plásticas

Módulo V: Función Laboral Cada ítem se puntúo de 1 a 5, con valores crecientes en función de la intensidad de capacidad del lado hemipléjico.

Y utilizando la fórmula del DASHe, se obtuvo un porcentaje de dificultad en 3 grandes categorías; severa (60 – 100%), moderada (30 – 59%) y leve (1 – 29%).

CUESTIONARIO DASH SOBRE LAS DISCAPACIDADES DEL HOMBRO, CODO Y MANO

Marque con una X el número que mejor indica su capacidad para llevar a cabo las siguientes actividades durante la semana pasada.

	Ninguna dificultad	Poca dificultad	Dificultad	moderada	Mucha dificultad	Incapaz
	1	2	3	4	5	
1. Abrir un pote que tenga la tapa apretada, dándole vueltas						
2. Escribir a mano						
3. Hacer girar una llave dentro de la cerradura						
4. Preparar una comida						
5. Abrir una puerta pesada empujándola						
6. Colocar un objeto en una tablilla que está más arriba de su estatura						
7. Realizar los quehaceres del hogar más fuertes (por ejemplo, lavar ventanas, mapear)						
8. Hacer el patio o cuidar las matas						
9. Hacer la cama						
10. Cargar una bolsa de compra o un maletín						
11. Cargar un objeto pesado (de más de 10 libras)						
12. Cambiar una bombilla que está más arriba de su estatura						
13. Lavarse el pelo o secárselo con un secador de mano (blower)						
14. Lavarse la espalda						
15. Ponerse una camiseta o un suéter por la						

cabeza					
16. Usar un cuchillo para cortar alimentos					
17. Realizar actividades recreativas que requieren poco esfuerzo (por ejemplo, jugar a las cartas, tejer, etc.)					
18. Realizar actividades recreativas en las que se recibe impacto en el brazo, hombro o mano (por ejemplo, batear, jugar al golf, al tenis, etc.)					
19. Realizar actividades recreativas en las que mueve el brazo libremente (lanzar un frisbee o una pelota, etc.)					
20. Poder moverse en transporte público o en su propio auto (tomar guagua, taxi, guiar su carro, etc.)					
21. Actividad sexual					

CUESTIONARIO DASH SOBRE LAS DISCAPACIDADES DEL HOMBRO, CODO Y MANO

Marque con una X el número correspondiente:

	En lo absoluto	Poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
	1	2	3	4	5
22. ¿Hasta qué punto el problema del brazo, hombro o mano dificultó las actividades sociales con familiares, amigos, vecinos o grupos durante la semana pasada?					
23. ¿Tuvo que limitar su trabajo u otras actividades diarias a causa del problema del					

brazo, hombro o mano durante la semana pasada?					
--	--	--	--	--	--

Por favor, evalúe la intensidad de los siguientes síntomas durante la semana pasada:

	Ninguna	Poca	Moderada	Mucha	Muchísima
	1	2	3	4	5
24. Dolor de brazo, hombro o mano					
25. Dolor de brazo, hombro o mano al realizar una actividad específica					
26. Hormigueo en el brazo, hombro o mano					
27. Debilidad en el brazo, hombro o mano					
28. Rigidez en el brazo, hombro o mano					

Marque con una X el número correspondiente:

	Ninguna dificultad	Poca dificultad	Dificultad Moderada	Mucha Dificultad	Incapaz
	1	2	3	4	5
29. ¿Cuánta dificultad ha tenido para dormir a causa del dolor de brazo, hombro o mano durante la semana pasada?					

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
30. Me siento menos capaz, menos útil o con menos confianza en mí debido al problema del brazo, hombro o mano.					

CUESTIONARIO DASH SOBRE LAS DISCAPACIDADES DEL HOMBRO, CODO Y MANO

Trabajo/Ocupación (Opcional)

Con las siguientes preguntas se intenta determinar las consecuencias del problema del brazo, hombro o mano en su capacidad para trabajar (incluidos los quehaceres del hogar de ser ésta su ocupación principal).

Indique cuál es su trabajo/ocupación: _____ No trabajo.

(Pase a la sección siguiente.)

Por favor, marque con una X el número que mejor describe su capacidad física durante la semana pasada.

	Ninguna dificultad	Poca dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Incapaz
	1	2	3	4	5
1. ¿Se le hizo difícil realizar las tareas de su trabajo como normalmente las hace?					
2. ¿Se le hizo difícil realizar las tareas propias de su trabajo a causa del dolor de brazo, hombro o mano?					
3. ¿Se le hizo difícil hacer su trabajo tan bien como quisiera?					
4. ¿Se le hizo difícil realizar su trabajo en el tiempo en que generalmente lo hace?					

CUESTIONARIO DASH SOBRE LAS DISCAPACIDADES DEL HOMBRO, CODO Y MANO

Atletas de Alto Rendimiento/Músicos (Opcional)

Las siguientes preguntas se relacionan con las consecuencias del problema del brazo, hombro o mano al practicar un deporte, tocar un instrumento musical (o ambas cosas). Si practica más de un deporte o toca más de un instrumento musical (o ambas cosas), conteste tomando en consideración la actividad que sea más importante para usted. Indique el deporte que practica o el instrumento musical que toca que sea más importante para usted:

_____ No practico ningún deporte ni toco ningún instrumento musical. (Puede pasar por alto esta sección.)

Por favor, marque con una X el número que mejor describe su capacidad física durante la semana pasada.

	Ninguna dificultad	Poca dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Incapaz
	1	2	3	4	5
1. ¿Tuvo dificultad al utilizar la técnica habitual para practicar su deporte o tocar su instrumento musical?					
2. ¿Tuvo dificultad para practicar su deporte o tocar su instrumento musical a causa del dolor de brazo, hombro o mano?					
3. ¿Tuvo dificultad para practicar su deporte o tocar su instrumento musical tan bien como quisiera?					
4. ¿Tuvo dificultad para dedicarle la cantidad de tiempo habitual para practicar su deporte o tocar su instrumento musical?					

CUESTIONARIO DASH SOBRE LAS DISCAPACIDADES DEL HOMBRO, CODO Y MANO

Puntuación de discapacidad/síntoma

La puntuación del DASH tiene dos componentes: las preguntas de discapacidad/síntomas (30 preguntas, puntuación del 1-5) y las secciones opcionales de trabajo/ocupación y de atletas de alto rendimiento/músicos (4 preguntas, puntuación del 1-5). Para poder calcular la puntuación de discapacidad/síntomas hay que completar al menos 27 de las 30 preguntas.

Se suman los valores asignados a cada una de las respuestas completadas y se halla el promedio, obteniendo así una puntuación del uno al cinco.

Para expresar esta puntuación en por cientos, se le resta 1 y se multiplica por 25. A mayor puntuación, mayor discapacidad.

Puntuación de DASH de discapacidad/síntoma = suma de n respuestas – 1 x 25; n donde n es igual al número de las respuestas completadas.

Secciones opcionales (trabajo/ocupación y atletas de alto rendimiento/músicos)

Cada sección opcional consta de cuatro preguntas que las personas pueden contestar según la naturaleza de las mismas. La finalidad de las secciones opcionales es identificar las dificultades específicas que pueden presentar los atletas de alto rendimiento/músicos u otro grupo de trabajadores/profesionales pero que no necesariamente afectan a sus actividades cotidianas y por consiguiente pueden pasar desapercibidas en la sección de las 30 preguntas del DASH. Para calcular la puntuación de la sección de 4 preguntas, se sigue el procedimiento descrito anteriormente. Para poder calcular la puntuación hay que contestar las cuatro preguntas. Se suman los valores asignados a cada una de las respuestas completadas y se divide entre cuatro. Para expresar esta puntuación en por cientos, se le resta 1 y se multiplica por 25. Preguntas sin contestar Si la persona deja sin contestar más del 10 por ciento de las preguntas (es decir, más de 3 preguntas), no se podrá calcular la puntuación DASH de discapacidad/síntoma. Siguiendo esta misma regla (es decir, no se pueden dejar sin contestar más del 10 por ciento de las preguntas), no es aceptable que se dejen preguntas sin contestar en las secciones opcionales de trabajo/ocupación y de atletas de alto rendimiento/músicos, porque cada sección consta solamente de 4 preguntas. ⁽¹⁷⁾

3. Evaluación de la Función Sensitiva de la Mano Hemipléjica

Se realizara mediante la ficha de Valoración Sensitiva de la Mano Hemipléjica siendo esta una recopilación de muchas pruebas de evaluación y estudios científicos. Se valorara los diferentes tipos de sensibilidad de la mano incluyendo pruebas y test estandarizados internacionalmente, reconocidos y utilizados en nuestro medio tales como: El Signo de Tinel, Prueba Estática de Weber, Prueba de Wynn Parry y el Tets de Moberg. Se evalúo si existe sensibilidad conservada, disminuida y/o alterada y sin sensibilidad; con la siguiente estructura:

VALORACIONES ANALITICAS: Se realiza con los ojos abiertos.

a. Sensibilidad Superficial Protectora:

Signo de Tinel: Percusión en el tronco nervioso de la muñeca en dirección de distal a proximal, con un martillo para explorar reflejos tendinosos, siendo positivo cuando el paciente siente hormigueo o electricidad.

Dolor, pinchazo de una aguja punta roma en la yema de cada dedo. Temperatura, se estimuló en la palma las sensaciones de calor y frío con objetos de 10° C y 40° C.

Tacto Presión Constante, captada por los receptores de adaptación lenta, y se explora mediante la aplicación de algodón sobre la piel de cada dedo primero en yema – falanges y palma.

Tacto Presión Fugaz, captadas por los receptores de adaptación rápida, que se comportan como receptores de velocidad y sólo se activan en el momento del contacto inicial. Se estimuló mediante un masajeador de mano a batería, colocado en cada dedo en dirección de distal a proximal.

Tacto Desplazado, mediante brocha de filamentos en cada dedo, en dirección de distal a proximal.

b. Sensibilidad de Discriminación

Discriminación de 2 puntos: Se utilizó la prueba de discriminación de dos puntos inmóviles (prueba estática de Weber), investiga la distancia más corta entre dos puntos de estimulación simultánea, localizados y percibidos

separadamente. El examen puede realizarse con ayuda de un compás de punta roma, cuyos brazos se separan entre 2 y 30 mm, Se comienza con distancia de 5 mm., el paciente refiera si siente 1 ó 2 puntos. Los resultados es normal: si reconoce puntos de menos de 6 mm. de distancia; disminuido de 6 a 10 mm. y pobre: de 11 a 15 mm.

Localización por estímulo táctil, Se utilizó la prueba de Wynn-Parry, que consiste en aplicar una aguja punta roma en 26 zonas definidas de la mano. El paciente debe indicar en un mapa, o en su propia mano, la zona tocada por el examinador. El resultado será: normal, si reconoce más de 10 zonas; disminuido, menos de 8 zonas y pobre, menos de 4 zonas.

VALORACIONES ANALITICAS: Se realiza con un antifaz o atril a la altura de los ojos y dos agujeros para las manos.

c. **Sensaciones Profundas Propioceptivas**

Sentido Posicional, Se aprecia pidiendo la reproducción contralateral de una posición impuesta pasivamente en el miembro afectado, con ausencia de visión.

Cinestesia, resultado de la estimulación de diferentes receptores simultáneamente y no de la actividad de una sola categoría. Se evaluara tras la movilización pasiva de los segmentos digitales de la mano afectada, se pide al paciente que indique la dirección de los desplazamientos realizados pasivamente en la mano afectada y que ejecute un movimiento simultáneo en el lado opuesto.

d. **Percepciones Elementales**

Hilognosia, reconocimiento de esponja, masa terapéutica y plomo, en ausencia de visión. Se basa en la identificación de revestimientos y materiales variados, donde se apreciará la temperatura, la resistencia, el peso, la rugosidad.

Morfognosia, reconocimiento de formas plásticas. Se pide al paciente que dibuje la forma que se coloca en la mano (tamaño, contorno, etc.)

e. **Percepciones y Reconocimientos Complejos**

Identificación de Objetos Complejos: Se utilizó el Test de Moberg, se colocó 12 objetos sobre la mesa (1 tornillo, 1 clavo, 1 clip metálico, 1 imperdible, 1 moneda

de 50 ctvs, 1 botón pequeño, 1 tuerca, 1 llave pequeña, 1 clavo de pared, 1 arandela (soporte de tuercas), 1 botón grande (2cm.) y 1 moneda de 1 dólar. Se pide al paciente que levante cada objeto con agarre funcional y lo guarde en una caja con la mano afectada y luego con la mano indemne. Luego se realiza con los ojos cerrados el mismo procedimiento y en esta ocasión se le pide que logre identificar el objeto con la mano afectada.

EJERCICIOS DE PRIMER GRADO

Objetivo principal: Controlar la reacción al estiramiento.

Este nivel de ejercicios cada paciente tiene que reconocer la posición exacta de su extremidad afectada y el reconocimiento de objetos, con los ojos cerrados para ello se utilizó un antifaz. En este nivel del Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo no se permite que el paciente realice contracción voluntaria de los músculos del miembro afectado.

Ejercicio 1

Hipótesis Perceptiva: Reconocimiento de la posición exacta del miembro superior en el espacio.

Material: Un bloque de madera y un antifaz.

Aprendizaje: Percibir las aferencias cinestésicas de los movimientos pasivos hechos por la terapeuta. Y responder en qué posición se encuentra el segmento movilizado.

Ejecución: Paciente sentado, con los ojos cerrados, prestando atención a los movimientos que realiza la terapeuta en su miembro superior hemipléjico. La primera vez la terapeuta realizara los movimientos sin tapar los ojos del paciente y le dirá los nombres de cada movimiento, en palabras sencillas.

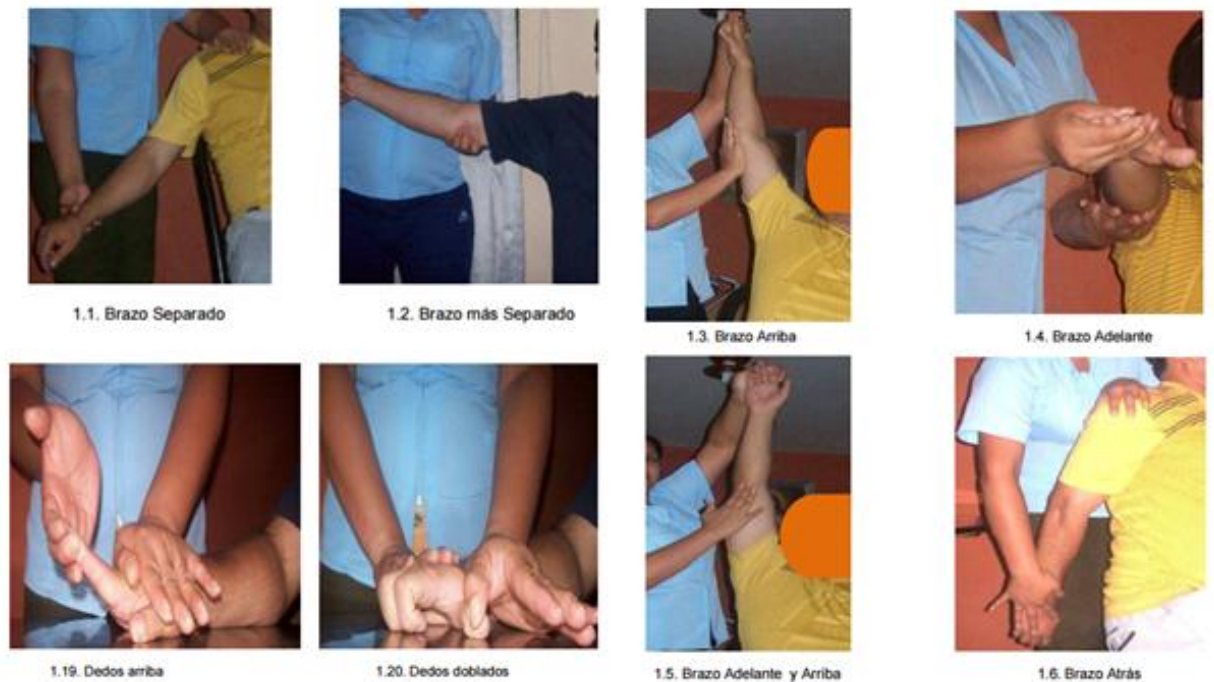


Gráfico N° 1 Movilización de hombro, codo y muñeca con indicaciones fáciles.

Ejercicio 2

Hipótesis Perceptiva: Reconocimiento de formas, superficies y trayectorias en forma aleatoria.

Material: Tablero inclinado con fichas de figuras geométricas, letras, texturas y trayectorias.

Aprendizaje: Percibir las informaciones recogidas por todos los dedos, excepto el pulgar y responder cuál de las tres formas presentadas es la diferente.

Ejecución: Paciente sentado, con los ojos cerrados, frente al tablero inclinado y la terapeuta sujeta el segmento adecuado del miembro superior hemipléjico, llevando los dedos hacia las formas, superficies y/o trayectorias a reconocer. La primera vez la terapeuta mostrara los objetos sin tapar los ojos del paciente y le dirá los nombres de cada forma superficie y/o trayectoria.



2.1. Serie de Figuras Geométricas



2.2. Serie de Letras



2.3. Serie de Superficies

Gráfico N° 2 Reconocimiento de formas y texturas aleatoriamente.

Ejercicio 3

Hipótesis Perceptiva: Reconocimiento de la altura de los objetos.

Material: Regleta de 12 , 10, 8, 6, 4 y 2 centímetros

Aprendizaje: Controlar la reacción anormal al estiramiento de los flexores de los dedos. Organizar las informaciones cinestésicas que provienen de las articulaciones metacarpofalángicas e informaciones táctiles y de presión procedentes del pulpejo del dedo que interviene. Reclutamiento de unidades motoras para una extensión aislada de los dedos.

Ejecución: Paciente sentado, con los ojos cerrados y la terapeuta sujeta los segmentos elegidos de la mano hemipléjica, guiando las yemas de los dedos y llevándolo con movimiento uniforme hacia la regleta, colocada verticalmente en la mesa. La primera vez se mostrara las regletas para observar su altura y si en la ejecución el terapeuta percibe resistencia a la extensión del dedo reducirá la velocidad.



Gráfico N° 3 Reconocimiento de regletas.

Ejercicio 4

Hipótesis Perceptiva: Reconocimiento del volumen.

Material: Semiesferas de diferentes tamaños.

Aprendizaje: Controlar la reacción anormal al estiramiento de los extensores de muñeca. Organizar las informaciones táctiles y de presión procedentes de la palma de la mano y de los dedos.

Ejecución: Paciente sentado, ante la mesa, con los ojos cerrados y la terapeuta sujeta la mano hemipléjica, guiando con movimiento uniforme hasta situarla sobre cada semiesfera, colocada sobre la mesa. La primera vez se mostrara las semiesferas para que el paciente preste atención a los tamaños de aquellas.



Gráfico N° 4 Reconocimiento de Semiesferas

Ejercicio 5

Hipótesis Perceptiva: Reconocimiento de la cantidad de presión.

Material: Esponjas de diverso índice de resistencia a la presión.

Aprendizaje: Controlar la reacción anormal al estiramiento de los extensores de muñeca. Organizar las informaciones táctiles y de presión procedentes de la palma de la mano y de los dedos

Ejecución: Paciente sentado, con los ojos cerrados y la terapeuta sujeta la mano hemipléjica, guiando con movimiento uniforme hasta situarla sobre cada esponja, colocada sobre la mesa, cuyo índice de presión deberá reconocer. La primera vez se mostrará el material, para que el paciente observe y palpe la serie de esponjas prestando atención a la resistencia que ofrece su hundimiento.



Gráfico N° 5 Reconocimiento de la cantidad de presión en esponjas.

EJERCICIOS DE SEGUNDO GRADO

Objetivo Principal: Control de las irradiaciones anormales ocasionadas por la contracción activa de grupos musculares distantes e inicio del reclutamiento motor.

En este nivel de ejercicios, el movimiento efectuado por el paciente no debe activar una sola unidad motora de más con respecto a las necesarias para alcanzar el umbral de aparición de las contracciones irradiadas, pero, si el ejercicio se lleva a cabo correctamente, tampoco debe activar una sola de menos.

Se continuó con los ejercicios de primer grado para convertirse en ejercicios de segundo grado, de forma que el paciente, activó un reclutamiento motor mínimo que sea imprescindible para verificar la hipótesis perceptiva. Donde se debe apreciar en algunos segmentos del hemicuerpo lesionado no sólo una reducción satisfactoria y selectiva del tono muscular, sino, además, una adaptación activa a la trayectoria que se está siguiendo, varía la selección de cómo posicionar la extremidad superior para permitir una libertad mayor de movimiento a determinadas articulaciones.

Ejercicio 1

Hipótesis Perceptiva: Reconocimiento de la presión sobre antebrazo y mano.

Material: Balancín y pesos.

Aprendizaje: Controlar las irradiaciones anormales y mejorar el reclutamiento motor. Mejorar la recogida de información exteroceptiva y cinéstica

Ejecución: Paciente sentado, frente al material. La terapeuta coloca la mano del paciente en el balancín y a la vez coloca distintos pesos, asignando a cada uno de ellos un código (1, 2, 3, etc.). La primera vez se mostrará el material, para que el paciente observe y presione el balancín con los distintos pesos que deberá identificar, intentando mantener siempre la horizontalidad del balancín. La prueba se realiza primero con los ojos cerrados y luego con los ojos abiertos.



Gráfico N° 6 Reconocimiento del peso de la semiesfera, manteniendo en posición horizontal en el balancín y controlar las irradiaciones anormales.

Ejercicio 2

Hipótesis Perceptiva: Reconocimiento de la presión sobre el pulgar.

Material: Balancín y pesos de semiesferas.

Aprendizaje: Controlar las irradiaciones anormales e iniciar el reclutamiento motor del oponente y aductor del pulgar. Mejorar la recogida de información exteroceptiva, y cinéstica desde la articulación metacarpofalángica del pulgar.

Ejecución: Paciente sentado y la terapeuta coloca el pulgar en posición adecuada en el balancín y coloca sucesivamente distintos pesos, asignando a cada uno de ellos un código (1, 2, 3, etc.) y se encontrarán a diferentes distancias, sobre la mesa. La primera vez se mostrará el material, para que el paciente observe y presione el balancín con una serie de pesos que deberá identificar, intentando mantener siempre la horizontalidad del balancín. La prueba se realiza primero con los ojos cerrados y luego con los ojos abiertos.



2.1. Reconocimiento de la presión sobre el pulgar con semiesfera 1, 2 y 3

Gráfico N° 7 Reconocimiento de la presión sobre el pulgar con semiesfera 1, 2 y 3.

Ejercicio 3

Hipótesis Perceptiva: Reconocimiento de longitud utilizando el pulgar.

Material: Regleta de 12, 10, 8, 6, 4 y 2 centímetros.

Aprendizaje: Controlar las irradiaciones anormales e iniciar el reclutamiento motor de la musculatura de la mano y muñeca. Mejorar la recogida de información exteroceptiva, y cinésica desde las articulaciones de los dedos.

Ejecución: Paciente sentado y coloca sucesivamente los pulpejos de dos dedos en las distintas regletas asignadas por la terapeuta; cada uno de ellas tendrá un código (1, 2, 3, etc.). La primera vez se mostrará el material, para que el paciente observe y se explicara la estructura del ejercicio, donde el terapeuta corregirá, si la posición de la extremidad superior del paciente no es la adecuada. La prueba se realiza primero con los ojos abiertos.



Gráfico N° 8 Reconocimiento de longitud utilizando el pulgar.

Ejercicio 4

Hipótesis Perceptiva: Reconocimiento del espacio con flexoextensión, abducción y rotación de la muñeca

Material: Cartulina con trayectorias

Aprendizaje: Controlar las irradiaciones anormales e iniciar el reclutamiento motor de la musculatura de la mano, muñeca y antebrazo. Mejorar la recogida de información cenestésica desde las articulaciones de mano y la muñeca.

Ejecución: Paciente sentado, frente al material y la terapeuta lleva los cuatro dedos menos el pulgar, con un movimiento uniforme que describa todas las trayectorias seleccionadas. Luego el paciente debe intentar activar el movimiento repasando con los pulpejos de los dedos las trayectorias, estando la mano en posición fisiológica (palma hacia abajo) luego nombrarlas con palabras sencillas. La primera vez se mostrará las trayectorias, para que el paciente observe y preste atención al movimiento de su extremidad superior y se corregirá las posiciones inadecuadas. La prueba se realiza primero con los ojos cerrados y luego con los ojos abiertos.

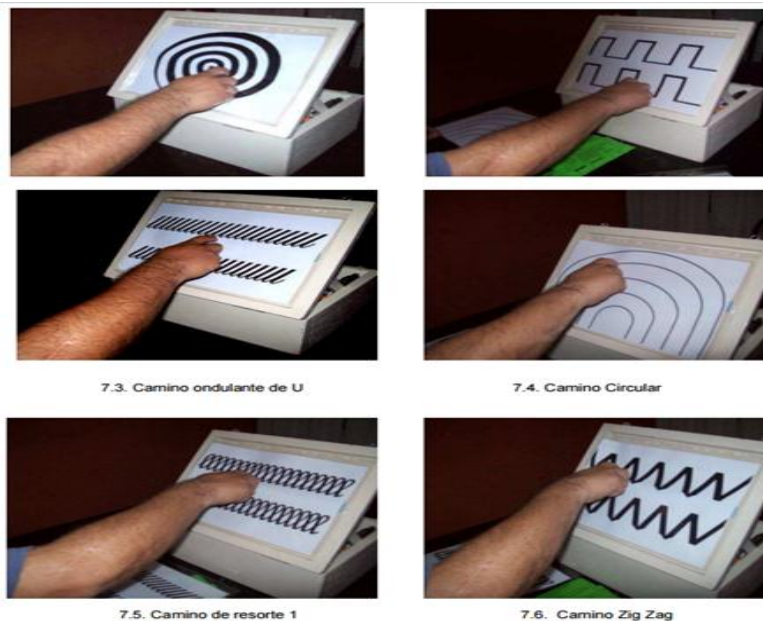


Gráfico N° 9 Reconocimiento del espacio.

EJERCICIOS DE TERCER GRADO

Objetivo Principal: Optimizar el reclutamiento de un número mayor de unidades motoras y de las trayectorias de movimientos, consiste en lograr que pueda efectuar los reclutamientos en distintas combinaciones temporales y espaciales, a fin de que recupere las finas regulaciones del movimiento que permitan su adaptación.

En este nivel la atención se dirigió exclusivamente a valorar la discordancia entre el movimiento ejecutado y el propuesto por el terapeuta. El paciente se mantuvo con los ojos abiertos. Además se ofreció una facilitación adecuada, se programó con exactitud la dificultad del control que se pretende y la configuración de las trayectorias de movimiento cuya realización se solicita al paciente y en la intensidad de las contracciones que deben activarse en los segmentos que intervienen.

Ejercicio 1

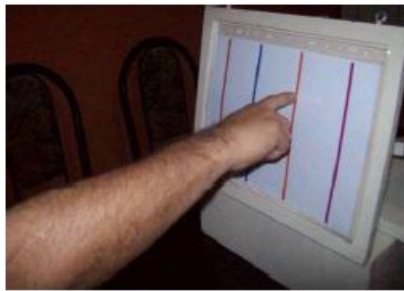
Hipótesis Perceptiva: Optimización del trazado de trayectorias rectilíneas.

Material: Regletas de colores, semiesferas, y tablero inclinado.

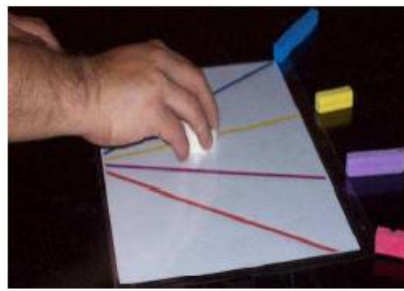
Aprendizaje: Controlar el reclutamiento motor en las trayectorias de acercamiento frontal a un objeto con reclutamiento motor adecuado. Mejorar las informaciones cinésticas que provienen en la extremidad superior.

Ejecución: El paciente sentado ante el tablero, con los ojos abiertos, observa la serie de trayectorias dibujadas, cada una de las cuales se inicia en el mismo punto

y finaliza en una regleta de diferente color. Al principio usamos trayectorias simples de trazado rectilíneo. A continuación el paciente hace presa sobre una semiesfera, que le sirve para controlar sus parámetros de presión, y la guía con un movimiento uniforme, hasta situarla al final de la trayectoria de forma que el dedo medio indique a una de las regletas, colocadas sobre la mesa. La inclinación y distancia al plano se modifican para hacer más selectivo el trabajo de una determinada articulación y para solicitar un control de acción progresivamente más extenso, por ejemplo, que llegue a involucrar también al tronco. Incluso podemos dificultar el control del tronco colocando un plato de Böhler en el asiento, obteniendo así programaciones de acción más avanzadas.



1.1. Líneas en plano vertical e inclinado



1.2. Líneas diagonales seguidas con una semiesfera



1.4. Líneas horizontales, verticales y diagonales con plato de Böhler



1.5. Cuadrícula seguida con cada dedo, con una semiesfera y el plato de Böhler en el asiento

Gráfico N° 10 Optimización del trazado de trayectorias rectilíneas.

Ejercicio 2

Hipótesis Perceptiva: Optimización del trazado de trayectorias diversas.

Material: Atril y cartulina.

Aprendizaje: Controlar el reclutamiento motor en las trayectorias de acercamiento frontal a un objeto. Mejorar las informaciones cinésticas que provienen en la extremidad superior.

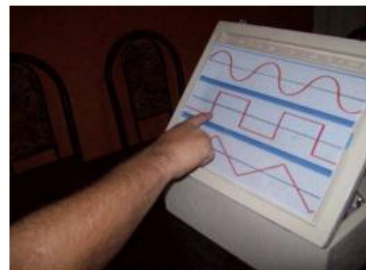
Ejecución: El paciente sentado a un lado del tablero, con los ojos abiertos, observa la serie de trayectorias circulares dibujadas, cada una de las cuales se inicia en el mismo punto pero tiene un diámetro diferente. A continuación guía su dedo índice o todos los dedos con un movimiento uniforme que complete la trayectoria. La inclinación del plano se modifica para hacer más selectivo el trabajo muscular y para solicitar un control de acción progresivamente más extenso, por ejemplo, que llegue a involucrar también al tronco. Incluso podemos dificultar el control del tronco colocando un plato de Böhler en el asiento, obteniendo así programaciones de acción más avanzadas.



2.1. Trazado de trayectoria en zigzag



2.2. Trazado de trayectoria ondulante



2.3. Trazado de trayectoria en ondas

Gráfico N° 11 Optimización de trayectorias diversas

Ejercicio 3

Hipótesis Perceptiva: Optimización del trazado virtual de trayectorias.

Material: Atril de trayectorias virtuales y puntero óptico.

Aprendizaje: Controlar el reclutamiento motor al trazar las trayectorias a través de la guía de un puntero. Mejorar las informaciones cinésticas que provienen en la extremidad superior.

Ejecución: El paciente sentado ante el tablero, con los ojos abiertos, observa la serie de trayectorias, cada una de las cuales se inicia en una trayectoria de frecuencias de umbrales de diferente color. A continuación el paciente reposa el antebrazo sobre una superficie sostenida de un resorte, que le sirve para controlar sus parámetros de presión y resistencia, y guía su mano con un movimiento uniforme, hasta situar el puntero al final de la trayectoria.



Gráfico N° 12 Optimización virtual de trayectorias. ⁽¹⁸⁾

5. CONCLUSIONES

- Se concluye que el paciente luego de todo el proceso que sufrió desde sus inicios de su enfermedad como es la diabetes que por desconocimiento tuvo un proceso de tratamiento inadecuado que le llevo al absceso cerebral provocado por infección el mismo que dio como resultado la hemiplejía del cual padece hasta el momento con una favorable recuperación.
- Los factores de riesgo identificados en el presente caso, al ser de difícil identificación ya que el paciente hizo omiso de su problema de base asumiendo éste cuando sus complicaciones deterioraron su estado general mismas que conllevaron a las debidas dificultades de salud.
- La hemiplejia causada por cualquier situación de base afecta al paciente en todo los ámbitos como también a su familia y a todo su entorno ya que su grado de discapacidad se ve con una afectación, con mayor razón si el problema que causo este deterioro de discapacidad tuvo sus inicios en un padecimiento como la diabetes que de haber sido aceptada y concientizada desde sus inicios podría haberse evitado la presente situación por lo que es imprescindible que a nivel de la atención primaria de salud se establezcan modelos de información haciendo énfasis en la peligrosidad de su descuido.
- Se concluye que el tratamiento coadyuvante del tratamiento convencional “método Perfetti” ayudara al paciente a mejorar sobretodo su miembro superior afectado ya que se enfoca en una terapia ocupacional para la mano hemipléjica.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6.1 BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez Lario, B. El Libro de la Artritis Reumatoide. Terapias Alternativas .Ed. Días de Santos. 2003. (7)
2. Alvear. M. Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido. Editorial Médica Panamericana. 2010. Pag. 187. (15)
3. Bai Xinghua. Acupuntura, el Holismo Visible. Cap. 4. La Acupuntura, la práctica de una estructura holística. Ediciones Europeas. 2002. Pag. 185 (8)
4. Clínica Universidad De Navarra. Diagnóstico Y Tratamiento Del Absceso Cerebral En La Clínica. 2015. (12)
5. Franquet Casas. B. Diabetes e infección pulmonar. Ed. Médica Panamericana. 2008. Pág. 23-25. (6)
6. Gil. A. Tratado de Nutrición. Diabetes Mellitus Tipo 2. Segunda Edición. Editorial Médica Panamericana. 2010. Cap 11. Pag. 285. (9)
7. Guías Diagnósticas De Medicina Física Y Rehabilitación. Hemiplejía. 2003. Pág. 25-28. (3)
8. Miranda, A., Gutiérrez, J., Alcalá, G. Absceso cerebral. Sociedad Cubana de Neurología y Neurocirugía. 2013; Pag. 162–171 (5)
9. Revista Médica de Chile. Artículos de investigación. 2013. (13)
10. Romero Cabello. R. Microbiología y parasitología Humana. Tercera Edición. Editorial Médica Panamericana. 2007. Pag 874. (11)
11. Rubin . A. Diabetes para Dummies. Como enfrentar el inicio de la Diabetes Segunda Edición. Welley Publishing. 2007. Pag. 42 (10)

6.2 LINKOGRAFÍA

1. Amado Marcela. Protocolo de Evaluación LOTCA. 2009. Citado el 20 de Junio de 2015. Disponible en: <http://neurodesarrollo-terapiaocupacional.blogspot.com/2009/10/protocolo-de-evaluacion-lotca.html> (16)
2. CEMIC. Hemiplejia del Adulto. 2013. Citado el 2 de junio de 2015. Disponible en: http://www.cemic.edu.ar/atencion_medica/am_dep_reh_artinteres.asp (2)
3. Delgado. J. La Hemiplejia, generalidades y causas. 2009. Citado el 23 de Junio de 2015. Disponible en: <http://ec.globedia.com/hemiplejia-generalidades-causas> (1)
4. Monografías. Aspectos fundamentales en la rehabilitación de la hemiplejía en el adulto. Citado el 15 de Junio del 2013. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos105/aspectos-fundamentales-rehabilitacion-hemiplejia-adulto/aspectos-fundamentales-rehabilitacion-hemiplejia-adulto.shtml#ixzz3hxtuvPX0> (4)
5. Mulero Portela A., Colón Santaella, El Cuestionario Dash. 2003. Citado el 20 de Junio de 2015. Disponible en: http://dash.iwh.on.ca/system/files/translations/dash_spanish_puertorico.pdf (17)
6. Somos Salud. ¿Qué es el Sistema de Referencia y Contra referencia? 2012. Citado el 20 de Junio de 2015. Disponible en: <http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/index.php/noticias-de-la-reforma/131-que-es-el-sistema-de-referencia-y-contrareferencia> (14)

6.3 CITAS BIBLIOGRAFICAS – BASE DE DATOS UTA

1. **SCOPUS** Antonio, M.D.D.G. , Elizabeth, A.Y., Alberto, M.A. Brain Abscess. Hospital Regional Adolfo López Mateos, ISSSTE, Mexico
Disponibile en: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-77953417368&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=absceso+cerebral&st2=&sid=B509D2E10DF4D2B27853F102FAC5B915.I0QkgbIjGqqLQ4Nw7dqZ4A%3a900&sot=b&sdt=b&sl=31&s=TITLE-ABS-KEY%28absceso+cerebral%29&relpos=12&relpos=12&citeCnt=0&searchTerm=TITLE-ABS-KEY%28absceso+cerebral%29>
2. **SCOPUS:** Armendariz J. Quality of life in the phases of hemiplegia. Rev Mex Psicol 2006;23(2):267-276. Disponible en: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-29444443632&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=absceso+cerebral&nlo=&nlr=&nls=&sid=B509D2E10DF4D2B27853F102FAC5B915.I0QkgbIjGqqLQ4Nw7dqZ4A%3a900&sot=b&sdt=b&sl=31&s=TITLE-ABS-KEY%28absceso+cerebral%29&relpos=28&relpos=8&citeCnt=0&searchTerm=TITLE-ABS-KEY%28absceso+cerebral%29#>
3. **SCOPUS** Juárez F, Cárdenas C, Martínez C. Quality of life in the phases of hemiplegia. Rev Mex Psicol 2006;23(2):267-276. Disponible en: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-71449108915&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=hemiplejia&st2=&sid=B509D2E10DF4D2B27853F102FAC5B915.I0QkgbIjGqqLQ4Nw7dqZ4A%3a10&sot=b&sdt=b&sl=25&s=TITLE-ABS-KEY%28hemiplejia%29&relpos=17&relpos=17&citeCnt=1&searchTerm=TITLE-ABS-KEY%28hemiplejia%29#>
4. **SCOPUS** Otaola SP, De La Villa FM. Evolution and prognosis of disability in patients with hemiplegia. Med Clin 2000;115(13):487-492. Disponible en: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-0034699843&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=hemiplejia&nlo=&nlr=&nls=&sid=B509D2E10DF4D2B27>

853F102FAC5B915.I0QkgbIjGqqLQ4Nw7dqZ4A%3a10&sot=b&sdt=b&sl=25&s=TITLE-ABS-

KEY%28hemiplejia%29&relpos=26&relpos=6&citeCnt=10&searchTerm=TITLE-ABS-KEY%28hemiplejia%29#

5. **SCOPUS:** Saldias E. Physical rehabilitation in hemiplegia. Rev Chil Pediatr 1953;24(7):243-244 Disponible en:

[http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-](http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84873764294&origin=resultslist&sort=plf-)

[84873764294&origin=resultslist&sort=plf-](http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84873764294&origin=resultslist&sort=plf-)

[f&src=s&st1=hemiplejia&nlo=&nlr=&nls=&sid=B509D2E10DF4D2B27](http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84873764294&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=hemiplejia&nlo=&nlr=&nls=&sid=B509D2E10DF4D2B27)

[853F102FAC5B915.I0QkgbIjGqqLQ4Nw7dqZ4A%3a10&sot=b&sdt=b&sl=25&s=TITLE-ABS-](http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84873764294&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=hemiplejia&nlo=&nlr=&nls=&sid=B509D2E10DF4D2B27)

[KEY%28hemiplejia%29&relpos=60&relpos=0&citeCnt=0&searchTerm=TITLE-ABS-KEY%28hemiplejia%29#](http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84873764294&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=hemiplejia&nlo=&nlr=&nls=&sid=B509D2E10DF4D2B27)

ANEXOS

Anexo 1. Informe Anátomo Patológico

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

APELLIDO PATERNO		MATERNO	NOMBRES	H. CLINICA
[REDACTED]			[REDACTED]	392528
SERVICIO	SALA CAMA	CONSULTA,EXT	EDAD SEXO FE. OBTEN.	FE. SOLICITUD
			52 M 27/10/2014	27/10/2014

SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

DIAGNOSTICO CLINICO Ca. DE CEREBRO
 OPERACIÓN PRACTICADA
 TRATAMIENTO
 ORIGEN Y/O NATURALEZA DE LA PIEZA TEJIDO CEREBRAL
 DATOS DE ORIENTACION DIAGNOSTICA

SOLICITANTE	Nº DE PIEZAS
Md. Alfonso Borja FIRMA DEL MEDICO	

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	Nº INFORME
28/10/2014	10/11/2014	2944-14

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

Se recibe múltiples coágulos hemáticos mezclados con un tejido blancuecino y friable con un volumen de 10 cc. SPTM (3C).

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

Los cortes histológicos muestran numerosos coágulos hemáticos en parte organizados, mezclados con múltiples fragmentos de tejido cerebral; algunos fragmentos con signos de edema, otros necróticos. En algunos puntos existe reacción inflamatoria con abundantes polimorfonucleares mezclados con los coágulos y el tejido necrótico, todo con un aspecto supurado. Muchos de los vasos sanguíneos con fenómeno de vasculitis aguda.

DIAGNOSTICO: TEJIDO CEREBRAL:

- HEMARRAGIA, NECROSIS Y SUPURACION DEL TEJIDO CEREBRAL.
- EDEMA CEREBRAL.
- NO HAY TUMOR EN LOS FRAGMENTOS RECIBIDOS.

Dr. [REDACTED]
ANATOMO PATÓLOGO
MSP. I. 3.º E. F. 5. Nº 13
Dr. [REDACTED]
ANATOMIA PATOLÓGICA
as.

COPIA

ENTREGADO 10 NOV 2013

A

Anexo 2 Ecografía Renal

SERVICIO DE ECOGRAFIA

NOMBRE: [REDACTED]
EDAD : 52 AÑOS
SERVICIO: Clínica
HCL :
FECHA : 20 de diciembre 2014

ECO RENAL

Riñón derecho mide 12.7 cm long, 5.7 cm de AP, corteza mide 1.6 cm. Sin cálculos sin ectasia piélica.


Riñón izquierdo mide 9,1 cm de long de AP 3,8 cm, corteza de 1,5 cm se observa un aumento en la hipocogenicidad de las cortezas renales, no se observa cálculos ni ectasia piélica

En el hipocondrio izquierdo flanco izquierdo se observa ileo

No hay líquido en el abdomen

Ambos cortezas son hipocogénicas


CONCLUSION
Proceso pseudo obstructivo
Pielonefritis


Dra. [REDACTED]
MEDICO RADIOLOGO

Firma y Nombre del Médico

M.S.P. - H.C.U. - FORM. 012 INFORME DE IMAGEN

Anexo 3 Nota de Ingreso a UCI

1 EVOLUCIÓN		2 PRESCRIPCIONES	
FECHA	HORA	NOTAS DE EVOLUCIÓN	PRESCRIPCIONES
		HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NOTA DE INGRESO A UCI	
		Nombre: [REDACTED] Edad: 52 años (22/04/62) HCL: 392528 Fecha Ingreso HPDA: 11 Octubre 2014 Fecha Ingreso UCI: 12 Septiembre 2014	CIB-11-178 CI: [REDACTED] Apache II 23 Mortalidad 46.0%
Diagnósticos Ingreso: <ul style="list-style-type: none"> Sepsis de origen articular Artritis séptica DIC Derrame pleural Distres respiratorio Diabetes mellitus Tipo II Neumonía grave DIC 			
Paciente masculino 52 años, nacido y residente en Ambato, mestizo, casado, instrucción secundaria, comerciante. Antecedentes patológicos personales: Diabetes Mellitus tipo II desde hace 4 años, tratamiento de metformina. Antecedentes patológicos familiares: Padre fallece de Ca pulmonar Hábitos: Alcohol hace 10 años cada 8 días, alimentario 3 v/día, Micciones 4v/día, Defecatorio 1v/día			
Familiares informan que hace mas o menos 5 presenta migrajas de gran intensidad, a nivel de articulaciones de miembros superiores e inferiores, demás los que no moviliza secreciones, teniendo como causa aparente caída de su propio altura impactándose sobre superficie dura a nivel de las rodillas, por lo que acude a centro de Salud hace 5 días prescribiendo paracetamol + flui mobil + demás acude a la farmacia donde aplican neurobion, presentando leve mejoría. Hace 48 horas el cuadro clínico se intensifica, acompañándose de alza térmica no cuantificada, dificultad respiratoria, además expectoración amarillenta por lo que acude nuevamente al Centro de Salud, donde realizan nebulizaciones con aparente mejoría, cuadro clínico se exacerba hace 24 horas por lo que es traído a esta casa de salud.			
Emergencia (11.10.2014 02:35), paciente con TA 100/70, FC 130lpm, FR 28, vigil, taquicárdico, diaforetico, pálido, OFR: Hiperónico, corazón rítmico, taquicárdico, pulmones se ausculta estertores bilaterales, abundantes, abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación difuso, control de glicemia 162,9/dl. Plan de tratamiento: O2 a 6 litros por mascarilla, Hidratación (SS 0.9% 1000CC pasar 150ml/hora), Analgesia (tramadol 100mg IV), Paracetamol 1gr IV stat, Antiemético, con Diagnóstico de Sepsis de origen pulmonar, Exámenes de laboratorio (HGB 11,2 HCT 30,5 PLT 415 WBC 8,49, Creatinina 1,27 BUN Total 2,63 BUN Directa 2,31 AST 28,5 ALT 18,3).			
Ingresado hace 12 horas en el servicio de Medicina Interna (11.09.2014 10H54 AM), paciente vigil, orientado, deshidratado, afebril, diaforetico, algico, fases ligeramente pálidas, pupilas isoconcas, escleras ligero tinte icterico, conjuntivas pálidas, cuello movilidad conservada, no adenopatías, tórax simétrico, expansibilidad disminuida, cardiopulmonar RrCsRr, hipofonéticos, sincrónicos con pulso, MV abolido en base pulmonar izquierda, disminuido en base pulmonar derecha, auscultación crepitantes en ambas bases pulmonares, abdomen suave, depresible, doloroso en mesogastrio irradiado a región lumbar, además dolor en hipocondrio derecho, Murphy positivo, Murphy positivo, RHA presentes, RIG presencia de escudo vesical permeable, orina colínea, Extremidades simétricas, dolor a nivel de las articulaciones de gran intensidad 9/10, ROTS 2/5, pulso distales presentes, edema en articulas +/+++, en articulación de rodilla izquierda, muy dolorosa, con Diagnóstico: Derrame pleural bilateral + NAC curb 85 . + D/c Pancreatitis + D/C Colelitiasis, con tratamiento: O2 por mascarilla a 6 litros; Hidratación, Analgesia, Rx tórax, Exámenes de laboratorio, GSA, Cultivo y BAAR de esputo, Antiemético, Exámenes de laboratorio: Proteínas 5,42 AST 17,3 u/l ALT 17,3 Amilasa 34 U/L Lipasa 8L. Valorado nuevamente con Dg derrame pleural + DM tipo II, se ausculta múltiples estertores bilaterales, al momento no se cuenta con Gasómetro equipo dañado, TA 100/65, Sat 87% a 6 litros, Furosemida 20mg IV cada 12 horas, NBZ (20mg IV B+SS 0.9% cada 8 horas), además añaden Amrinofina 350mg IV y Ilogo 850mg a 34mg/h, además interconsulta al servicio de Uci.			
Valorado por el servicio de UCI, con TA 120/80, FC 160, Temperatura 39, pulmones estertores crepitantes diseminados en ambos campos pulmonares, corazón taquicárdico, GSA Pt: 7.40 PCO2 63,8 PCO2 22, con Diagnóstico de Neumonía Grave + Sepsis de origen Pulmonar + Diabetes Mellitus Tipo II.			

Anexo 4 Nota de Egreso a UCI



HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA
NOTA DE EGRESO DE UCI

Nombre: [REDACTED] CIE10: J18
H.Ct: 392528 CC: [REDACTED]
Edad: 52 años (22.04.1962)
Fecha ingreso HPDA: 11.10.2014
Fecha ingreso UCI: 12.10.2014
Fecha egreso UCI: 10.11.2014

Diagnósticos Ingreso:

- SEPSIS DE ORIGEN ARTICULAR
- ARTRITIS SEPTICA
- DERRAME PLEURAL
- DISTRESS RESPIRATORIO
- DIABETES MELLITUS TIPO II
- NEUMONIA GRAVE
- FALLA RENAL

Diagnósticos Egreso:

- TUMOR CEREBRAL
- SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR
- ARTRITIS SEPTICA
- DERRAME PLEURAL
- DISTRESS RESPIRATORIO
- DIABETES MELLITUS TIPO II
- NEUMONIA GRAVE

Paciente de 52 años de edad presenta cuadro de 5 días de evolución previo a su ingreso caracterizado por mialgias y artralgiyas de gran intensidad, en miembros superiores e inferiores, la cual mejora transitoriamente tras la administración de analgésicos, 48 horas previo a su ingreso presenta dificultad respiratoria, alza térmica, por lo cual acude al servicio de emergencias el 11.10.2014 taquicárdico, diaforético, pálido, a la auscultación pulmonar gran cantidad de estertores bilaterales, se le prescribe oxigenoterapia, hidratación, analgesia y se le diagnostica de sepsis de origen pulmonar, por lo que es ingresado al servicio de medicina interna, en la fecha antes señalada; en donde al examen físico presenta murmullo vesicular abolido en bases pulmonares, crepitantes en ambos campos pulmonares, en abdomen dolor a la palpación profunda en forma difusa, Murphy (+), a nivel de extremidades dolor de gran intensidad en articulaciones, edema de rodilla izquierda, se plantea un diagnóstico de Derrame pleural bilateral, NAC Curb 65 + d/c pancreatitis + d/c colestasis, recibe oxigenoterapia, hidratación, analgesia, posteriormente es valorado por uci quienes indican su ingreso al servicio; a su ingreso a uci paciente somnoliento, con autonomía respiratoria, diaforético, algico, ECG 9/15 (p2.v2.m5), TA 100/70 mmHg, Fc 130 lpm, Sat O2 80%, al examen físico paciente con signos de dificultad respiratoria, uso de músculos accesorios, murmullo vesicular abolido en campo pulmonar derecho, rales crepitantes, en extremidades edema +++/+++ a nivel de ambas rodillas; plan ventilación mecánica, antibioterapia, protección gástrica, anticonvulsivantes, control estricto de la función renal, exámenes de imagen y laboratorio, valoración por cirugía.

EVOLUCIÓN EN UCI:

Paciente permanece en UCI por 28 días, en un inicio permanece hemodinámicamente inestable, por lo que requiere apoyo vasoactivo e inotrópico positivo, febril, taquicárdico, requiere apoyo ventilatorio mecánico, con sedoanalgesia, el día 15.10.2014 se realiza limpieza quirúrgica de rodilla izquierda sin encontrarse líquido purulento, pese a haber drenado con punción transcutánea líquido purulento, además en la fecha señala anteriormente se recibe resultados de cultivo y antibiograma de secreción traqueal, la cual muestra *Pseudomonas Aeruginosa* sensible a Gentamicina, Meropenem, Ticarcilina y Tobramicina, por lo que se rota antibioterapia inicial; tras 8 días bajo sedoanalgesia se descontinúa la misma; a nivel de extremidades paciente presenta lesiones ulcerosas que comprometen piel y tejido celular subcutáneo. El 23.10.2014 debido a disminución de HB y Hcto se decide trastundir hemoderivados; el 27.10.2014 se realiza TAC simple de cráneo encontrándose imagen sugestiva de absceso cerebral, por lo que es intervenido por el servicio de Neurocirugía encontrándose hematoma subdural de aproximadamente 10 cc, hematoma intraparenquimatoso de aproximadamente 50 cc, abscesointraparenquimatoso de 70 ml, tumor cerebral, se toma muestras y se envía para estudio anatomopatológico el mismo que reporta presencia de coágulos y tejido inflamatorio en el mismo; además en la misma fecha se realiza traqueostomía y gastrostomía sin complicaciones.

El Día 28.10.2014 es intervenido quirúrgicamente por el servicio de traumatología para realizar limpieza quirúrgica, en rodilla izquierda teniendo los siguientes hallazgos: 1 - tejido necrótico en herida quirúrgica, 2 - secreción seropurulenta de aproximadamente b25cc, 3-

H6

presencia de escara necrótica por ulcera en tercio distal de pierna izquierda, posterior a intervención quirúrgica paciente presenta gran cantidad de sangrado por lo que es necesaria la transfusión de hemoderivados; el 26.10.2014 se realiza rotación de antibioticoterapia a Carbapenem + aminoglucósido en base a resultado de cultivo y antibiograma de secreción traqueal.

//

El 05.10.2014 se realiza destete de ventilador mecánico, con buena tolerancia paciente permanece con tubo en T por medio de traqueostomo; neurológicamente paciente se ha mantenido con evolución estacionaria, ECG 10/15 (O4,V1,M5).

Inicialmente se realiza control de glicemias las cuales muestran valores elevados, pese a administrarle dieta para diabético siendo necesaria la administración de bomba de insulina, pero posteriormente paciente mantiene óptimos niveles de glicemia, por lo que no ha sido necesaria la administración de insulina.

Análisis:

Paciente evoluciona favorablemente en UCI, se logra control de proceso infeccioso a nivel articular y pulmonar, en estabilidad hemodinámica sin apoyo inotrópico ni vasoactivo a su egreso; neurológicamente presenta una evolución estacionaria con ECG 10/15 (O4,V1,M5). Se recomienda mantener antibioticoterapia y modificarla de acuerdo a resultados de cultivos y antibiogramas, así como realizar fisioterapia y mantener apoyo familiar durante su recuperación.

Exámenes de Ingreso:

Biometría y Química sanguínea: Hb 10,6 gr/dl, Hcto 29,6 %, Leucocitos 18.530 U/L, segmentados 87 %, Plaquetas 299.000, Glucosa 146 mg/dl, Urea 142 mg/dl, Creatinina 1,24 mg/dl, Acido Úrico 8,31 mg/dl, >Bilirubina Total 1.83 mg/dl, Proteínas totales 4,92 g/dl, TGO 16,7 U/L, TGP 44,6 U/L, Colesterol 35 mg, Triglicéridos 92 mg, Fosfatasa Alcalina 133 U/L, , Sodio 142 mmol/L, Potasio 4,3 mmol/L, Cloro 113mmol/L.

GSA: Ph 7.31, PO2 214 mmHg, PCO2 32,9 mmHg, HCO3 16,3mmol/L, BE -8,8mmol/L, SatO2 99,6 %.

Exámenes al egreso:

Biometría y Química sanguínea: Hb 10 gr/dl, Hcto 29,3 %, Leucocitos 8.540 U/L, segmentados 76 %, Plaquetas 813.000, TP 10* TTP 43". Glucosa 134 mg/dl, Urea 16 mg/dl, Creatinina 0.55 mg/dl, Bilirubinas Totales 0.51 mg/dl, Bilirubina Directa 0.23 mg/dl, TGO 43.1 U/L, TGP 77 U/L, Colesterol 207 mg, Amilasa 469 U/L, Lipasa 507 U/L, PCR 153, Sodio 131mmol/L, Potasio 5.8mmol/L, Cloro 97mmol/L.

GSA: Ph 7.48, PO2 91 mmHg, PCO2 31.8 mmHg, HCO3 23.4 mmol/L, BE 0.9mmol/L, SatO2 97 %, Na 136 mmol/L, K 3.9mmol/L.

MD [REDACTED]
7RESIDENTE UCI.

Anexo 5 Entrevista al Paciente

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA



ENTREVISTA AL PACIENTE

Tiene hábito de consumo de:

Alcohol:

Sí No Frecuencia: _____

Drogas:

Sí No Frecuencia: _____

Tabaco:

Sí No Frecuencia: _____

¿Qué tipo de antecedentes patológicos personales y familiares tiene?

¿Hace cuánto tiempo comenzaron las molestias y cuáles eran?

¿Conocía acerca de su diabetes? ¿síntomas y complicaciones?

¿Con qué diagnóstico ingresó al Hospital Provincial Docente Ambato?

¿Hace cuánto tiempo ingreso y como fue el tratamiento en esta casa de salud?

¿Una vez que se encontró en esta casa de salud para recibir atención médica de emergencia, fue usted recibido de forma inmediata y con una atención oportuna?

¿Le explicaron cuál era su cuadro clínico motivo por el cual ingresó?

¿Qué estudios de laboratorio se realizó?

¿Cuánto tiempo permaneció en UCI y qué tipo de atención de dieron?

¿Cómo se siente con el tratamiento de fisioterapia recibido hasta el momento actual?

¿Cómo fue el trato de todos los profesionales que le atendieron en esta casa de salud?

¿Cuánto tiempo se demoró para agendar los turnos?

¿Por qué decidió recurrir a la medicina alternativa?

¿Mejoraron los síntomas con dicho tratamiento?

¿Cuánto tiempo se realizó la acupuntura?

¿Cómo fue la atención que recibió en las casas de salud que visitó?

¿Cuánto fue el tiempo de espera para la recepción de los resultados de todos sus exámenes complementarios?

¿Actualmente recibe seguimiento por parte de un Médico especialista?

Sí No

Especialidad: _____

¿Qué tratamiento recibe actualmente para mantenerse según su patología?

Anexo 6 Entrevista al Médico Tratante en UCI
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA



ENTREVISTA AL MÉDICO TRATANTE DE UCI:

¿Cuál es el protocolo de tratamiento en un paciente con absceso cerebral?

¿Cuál es el manejo ante la presencia de algún tipo de complicación postquirúrgica tras una plastia de Absceso Cerebral?

¿En qué casos un paciente postquirúrgico debería ser remitido de manera inmediata a Fisioterapia?

¿Qué medida se toma si existe una hemiplejia por causa de absceso cerebral?

Anexo 7 Entrevista al Familiar

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



ENTREVISTA AL FAMILIAR:

¿Una vez ingresado al HPDA para recibir atención médica de emergencia, fue recibido de forma inmediata y con una atención oportuna?

¿Por qué decidieron recurrir a la medicina alternativa?

¿Cómo fue la atención que recibió su esposo en las casas de salud que visitó?

¿Cuánto fue el tiempo de espera para la recepción de los resultados de todos los exámenes complementarios?

¿Cuánto tiempo se demoró para agendar los turnos?

¿Qué tipo de vivienda tiene?

¿Con quién viven actualmente?

¿Lugar de residencia?

¿En su casa existen las adecuaciones oportunas para la patología de su esposo?

¿Usted aportaba para el ingreso económico del hogar?

¿Cómo es el ingreso económico ahora?

¿Cuántos hijos tienen?

Anexo 8 Entrevista al Fisioterapeuta

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



ENTREVISTA AL FISIOTERAPEUTA:

¿Se ha presentado algún paciente con diagnóstico de Hemiplejia?

Sí

No

¿Cuál es el protocolo a seguir en la recepción de un paciente con Hemiplejia?

¿Qué objetivos se plantea en el tratamiento de un paciente con Hemiplejia?

¿Qué aspectos toma en cuenta para planificar un tratamiento en un paciente con Hemiplejia?

¿Cómo ha visto la evolución del paciente hasta el momento actual?

Describe: _____

Anexo 9 Historia Fisioterapéutica

APELLIDO PATRNO		MATRNO	NOMBRES	No. DE LA HISTORIA C.
no aposta			FISIOTERAPIA	22/4/02
FECHA	OBSERVACIONES	FIRMA		
21/4/02	<p>paciente que se encuentra en reposo por causa de dolor cervical que dejó una hemiparesia Izq Et. miica homin y masa no miica color (I) miica color no miica color, ni tacto (I) con haultura en la mano en apoyo con ayuda de la mano</p> <p>Dx Hemiparesia Izquierda Indico DREF en miica inf (I) por trial out y control IFUMP por hemiparesia con haultura en la mano por la mano</p> <p>ATO → 14pts solo, pero realiza controlado, homin Izq subleu olo Reducción de masa TO - Reducción de masa</p>	X 305		
2 JUN. 2015	<p>Esta mujer - como en Anamels Et. Rondo muy aparatosa a los 80 años lator a Doble o Potred N. S. I. Pudo por lator y apata Prol. Tschuss FNP. 2. Reducción de equilibrio y marcha 3. Reducción de tonos musculares</p> <p>TO - 1. Tschuss FNP N. S. Izq 2. Reducción FULGONIA de N. S. Izq 3. PUD -</p>	X 3055		

Anexo 10 Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

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

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

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

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar conmigo al 0992929362.

Investigadora: María Luisa Gutiérrez Pérez.

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

.....

Firma del Paciente:

Fecha:

CI:

