



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“HEMIPARESIA IZQUIERDA COMO CONSECUENCIA DEL TCE
GRAVE PRODUCIDO POR ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO”**

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

Autora: Garcés Veloz, Lorena Alexandra

Tutora: Lcda. Latta Sánchez, María Augusta

Ambato - Ecuador

Diciembre 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“HEMIPARESIA IZQUIERDA COMO CONSECUENCIA DEL TCE GRAVE PRODUCIDO POR ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO”** de Garcés Veloz Lorena Alexandra, 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, Septiembre 2017

LA TUTORA

Lcda. Latta Sánchez, María Augusta

AUTORÍA DEL TRABAJO

Los criterios emitidos en el análisis de caso clínico sobre “HEMIPARESIA IZQUIERDA COMO CONSECUENCIA DEL TCE GRAVE PRODUCIDO POR ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO”, 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, Septiembre del 2017

LA AUTORA

Garcés Veloz, Lorena Alexandra

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 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, Septiembre del 2017

LA AUTORA

Garcés Veloz, Lorena Alexandra

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“HEMIPARESIA IZQUIERDA COMO CONSECUENCIA DEL TCE GRAVE PRODUCIDO POR ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO”**, de Garcés Veloz, Lorena Alexandra, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Diciembre del 2017

Para constancia firman:

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

Mi trabajo de investigación está dedicado en primer lugar a Dios quien me ha sabido dar fortaleza para superar los obstáculos del día a día.

A mis padres Blanca y Adán quienes a pesar de las adversidades han luchado por sacarnos adelante tanto a mis hermanos como a mí, enseñándonos el valor del trabajo duro, con esfuerzo y amor.

A mis hermanos, Moni quien ha sido un pilar en nuestro hogar y un ejemplo de vida, a quien admiro por su fortaleza, Maury, Ricky quienes me han demostrado siempre su apoyo y cariño, Chris que ha sabido ser un gran hermano y amigo, incentivándome a salir adelante, Andy quien ha sabido ser mis oídos y mis risas y Daya mi hermanita milagro, quien inspiro este trabajo, devolviéndome el amor a mi profesión, demostrándome la importancia del mismo, siendo un ejemplo de lucha, esfuerzo y del amor infinito de Dios.

A mis sobrinos bellos, en especial a mi angelito en el cielo, Johan a quien tengo cada día en mi corazón.

A mi esposo Adry quien ha sabido ser mi amor incondicional, desde siempre me ha apoyado e incentivado a luchar por mis sueños y me ha sabido levantar en mis derrotas y a nuestro amado hijo Dylan quien me ha enseñado un nuevo y maravilloso mundo, quien con su sola sonrisa me incentiva a luchar cada día.

Lorena Garcés V.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud carrera de Terapia Física quienes fueron mi alma mater, a los docentes, que me han impartidos sus conocimientos con paciencia, cariño y han sabido prestar su tiempo para la guía y corrección de este trabajo.

Agradezco infinitamente a los profesionales del servicio de emergencia del ECU 911 y del hospital del seguro IESS que formaron parte en el rescate de mi hermanita y que gracias a su excelente trabajo pudieron salvarle la vida y darle una segunda oportunidad.

Un agradecimiento a la “Fundación Cuesta Holguín” y al centro de Rehabilitación y Terapia Física “El Buen Samaritano” quienes conjuntamente nos prestaron su invaluable apoyo en la recuperación de mi hermana.

Finalmente agradezco a toda mi familia y mis seres queridos que han creído en mí y me han sabido de una u otra manera, apoyar para culminar mis estudios.

Un agradecimiento especial a mi esposo Adrián Martínez, ya que su apoyo ha sido fundamental, ha sabido estar conmigo en los momentos más turbulentos, incluso en las ocasiones que yo no creí en mí, el sí lo hizo.

Lorena Garcés V.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
AUTORÍA DEL TRABAJO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
RESUMEN	x
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 GENERAL	3
2.2 ESPECÍFICOS	4
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES	4
3.1. Historia Clínica:	4
3.2. Recopilación y Descripción de Las Fuentes de Información No Disponible.....	4
3.2.1 Entrevista a familiares.....	4
4. DESARROLLO	6
4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO:	6
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO:	32
4.2.1. Factores de Riesgo biológicos.....	32
4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	34
4.3.1 Oportunidad en la Solicitud de la Consulta.....	34
4.3.2 Acceso	34
4.3.3 Características de la Atención	35
4.3.4 Oportunidades en la Remisión	37
4.3.5 Trámites Administrativos	38
4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.	38
4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	44
4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO	47
5. CONCLUSIONES	56

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
7. ANEXOS.....	61
.....	62

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

**“HEMIPARESIA IZQUIERDA COMO CONSECUENCIA DEL TCE
GRAVE PRODUCIDO POR ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO”**

Autora: Garcés Veloz, Lorena Alexandra

Tutora: Lcda. Latta Sánchez, María Augusta

Fecha: Ambato, Septiembre 2017

RESUMEN

La presente investigación realizada a base del análisis de caso de una “Hemiparesia Izquierda Como Consecuencia Del TCE Grave Producido por Accidente Automovilístico” hecho ocurrido hace aproximadamente un año, en una niña de 9 años de edad, que sufrió múltiples golpes directos, fue extraída del vehículo, inconsciente, recibió RCP básico (reanimación cardio pulmonar) presentó además convulsiones tónico clónicas, sangrado abundante a través de ojo izquierdo, boca y nariz, es trasladada al Hospital IESS Ambato donde fue valorada con la escala de Glasgow, encontrando un estado de 5/15, se le realizó intubación y colocación de vía central, ingresándola a UCI.

En UCI se evidenció Neumotórax derecho y se colocó un tubo torácico, se estableció los diagnósticos: politraumatismo + TCE Grave + FX base de cráneo + FX de fémur derecho + Neumotorax, permaneció 15 días en dicho servicio, fue intervenida quirúrgicamente a los 3 días para fijación de Fx de frontal más reconstrucción y a los 12 días por fractura de fémur derecho, permaneció con sedoanalgesia por 5 días, a los 8 días se le retira el tubo torácico.

Persistió con deterioro neurológico por lo que se decidió egreso a piso de pediatría a los 14 días, se realizó gastrostomía para alimentación enteral, se le realizó una reducción cerrada de Fx de muñeca izquierda, se educó a familiares sobre el manejo de niño con daño neurológico y del uso de gastrostomía, posterior a los cuales se decide el alta pasados un mes y 3 días de hospitalización.

Se propone un plan preventivo, un plan terapéutico y un plan de seguimiento los cuales se llevan a cabo, al conocer más a fondo sobre el caso y de acuerdo a las necesidades de la paciente se propone un plan Fisioterapéutico para ayudar a la paciente a disminuir las secuelas del daño neurológico.

PALABRAS CLAVES: HEMIPARESIA, NEUMOTÓRAX,
POLITRAUMATISMO

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

**"LEFT HEMIPARESIA AS A CONSEQUENCE OF SEVERE
CRANIOENCEPHALIC TRAUMA PRODUCED BY A CAR ACCIDENT"**

Author: Garcés Veloz, Lorena Alexandra

Tutorial: MSc. Latta Sanchez, María Augusta

Date: Ambato, September 2017

SUMMARY

The following investigation, based on the case analysis of a "LEFT HEMIPARESIA AS A CONSEQUENCE OF SEVERE CRANIOENCEPHALIC TRAUMA PRODUCED BY A CAR ACCIDENT", fact happened about a year ago in a 9-year-old girl, who suffered multiple direct blows, is extracted unconscious from the vehicle, receives basic CPR (cardiopulmonary resuscitation) she also had seizures Clonic Tonic convulsions, heavy bleeding through left eye, mouth and nose, is transferred to IESS Ambato Hospital where is valued with the scale of with Glasgow 5/15, intubation and placement of central path are performed, entering the Intensive Care Unit (ICU).

Once there, in ICU, right pneumothorax is founded. A permanent thoracic tube the diagnoses were established: polytrauma + Severe Cranioencephalic Trauma + skull basal FX + right femur FX + Pneumothorax. The patient remained 15 days in ICU. She went into surgery at the 3rd day for fixation of frontal FX plus reconstruction and at the 12th day for fixation of right femur FX. She remains with sedoanalgesia for 5 days, at 8th day the chest tube is removed.

She persists with neurological deterioration. She is moved to general ward in the pediatrics area at 14th day, gastrostomy is performed for enteral feeding. Also, a

Close reduction of right wrist FX is performed. Relatives are taught the management of the child with neurological damage and the use of gastrostomy. After one month and 3 days the patient comes out of hospital.

A preventive plan, a therapeutic plan and a follow-up plan are proposed, which are carried out carefully. Monitoring deeply the progress of the patient and according her needs a therapeutic plan is proposed to help the patient to reduce the sequelae of neurological damage.

KEY WORDS: HEMIPARESIA, PNEUMOTHORAX, POLYTRAUMA

1. INTRODUCCIÓN

El trauma cráneo encefálico (TCE) es una lesión producida por un golpe o trauma de carácter violento en el cerebro, chocando el mismo con las paredes del cráneo (1) la gran mayoría de los accidentes tienen implicado un trauma cráneo encefálico unido a un daño cerebral. (2)

Los daños en el cerebro se deben al tipo de traumatismo recibido, debido al impacto y a la magnitud del trauma (2) siendo las más frecuentes los accidentes de tránsito, laborales, de práctica deportiva y otros de caída (1).

Según la localización y el mecanismo de producción se producirán diferentes tipos de lesiones, como la hemorragia subdural, hemorragia epidural, contusión hemorrágica y lesión axonal difusa. (18).

La hemorragia subdural o también llamado hematoma subdural (HSD) es una acumulación de sangre venosa entre la duramadre y la corteza cerebral, se asocia con frecuencia a las fracturas de los huesos del cráneo, se produce cuando se rompe una vena entre el cráneo y la superficie cerebral, cuando una persona sufre un traumatismo craneal importante, esta área puede llenarse de sangre y desencadenar síntomas mortales, pueden utilizarse pruebas de diagnóstico por imágenes, como una tomografía computarizada (TC) o una resonancia magnética (RM) para diagnosticarlo, caracterizándose una hiperdensidad en semiluna, si es agudo, solo puede tratarse en una sala de emergencias, el cerebro puede hincharse a causa del traumatismo craneal y así provocar un aumento de la presión en la cabeza (presión intracraneal), si se acumula presión en el cerebro, es posible que el cirujano la alivie realizando una perforación pequeña en el cráneo, el médico podrá recetarle anticonvulsivos para tratar o prevenir las convulsiones que puedan originarse como consecuencia del hematoma subdural, pueden llegar a cronificarse y no ser detectados hasta 3 o 4 semanas después de la lesión, el grado de recuperación depende del tipo de traumatismo craneal y de su ubicación.(19)(20)

La hemorragia epidural o también llamado hematoma epidural es un cumulo de sangre arterial (de la arteria meníngea media) situada entre el hueso y la duramadre. La imagen característica en la tomografía axial computarizada (TAC) es hiperdensa, lenticular, biconvexa, puede producirse tras un trauma cráneo encefálico de cualquier intensidad, se cree que los pacientes pueden cursar sin alteración del estado de la conciencia hasta fases tardías del proceso, momento en el que se produce un rápido deterioro neurológico, que requiere intervención quirúrgica inmediata, para evitar la muerte. En los traumas cráneo encefálicos graves la presencia de hematoma epidural es mucho más frecuente y se encuentra en el 40 % de los TAC. (20)

Contusión hemorrágica o también llamada contusión cerebral, implica la presencia de edema cerebral, debido a una interrupción de la estructura tisular, con lesión de la pared vascular y hemorrágica. El impacto del lóbulo frontal contra el techo orbitario, del lóbulo temporal contra el ala menor del esfenoides, y de la protuberancia contra el clivus, explica la frecuente contusión de estas áreas.

Puede ser:

Contusión cerebral leve: paciente con trauma craneoencefálico que pierde el conocimiento por más de 5 minutos, con recuperación completa y examen neurológico satisfactorio.

Contusión cerebral moderada: paciente con trauma craneoencefálico con pérdida del conocimiento por más de 5 minutos, y cuya recuperación es incompleta, quedando con algún tipo de déficit focal, por ejemplo, una parálisis facial.

Contusión cerebral severa: paciente que ha sufrido un trauma craneoencefálico con pérdida del conocimiento que puede permanecer varios días, e incluso meses, en coma, llevando su tratamiento en cuidados intensivos. El TAC cerebral debe descartar un hematoma intracraneano, o haberse practicado la descompresión quirúrgica. (21)

La lesión axonal difusa, la cual es una lesión grave que afecta a la materia blanca del cerebro y provoca pérdida de conciencia con distinto pronóstico, esta lesión no está localizada en un único punto, sino que afecta frecuentemente a la unión córtico

medular, siendo la causa más común de estado vegetativo persistente y de discapacidad grave después de un traumatismo craneoencefálico. (22)

Los estudios sobre las lesiones craneales traumáticas en los países occidentales desarrollados señalan que unos 200 a 300 casos nuevos acuden a una evaluación médica por cada 100.000 habitantes al año (3) por ejemplo en EEUU el riesgo máximo de lesión se da entre los 16 a 25 años (3) se considera la principal causa de muerte en pacientes politraumatizados. Aproximadamente el 50 % de todas las muertes por trauma se asocia a lesiones craneoencefálicas y es responsable del 20 % del total de fallecidos en edades productivas (4)

Ya que los accidentes de tránsito son las principales causas de estas lesiones es importante que las autoridades junto con la población, fomenten una concientización universal sobre la magnitud del problema y las adecuadas medidas de prevención de las mismas. (4)

En los últimos 20 años distintas entidades médicas han concentrado su atención sobre este problema y es así como la World Federation of Neurosurgical Societies ha decidido la formación de un Comité Internacional de Neuro-traumatología para atender específicamente a este problema. (4)

Según los registros de la agencia nacional de tránsito del Ecuador, en enero del 2017 se presentaron en Tungurahua un total de 81 siniestros de tránsito, siendo en Ambato el mayor número de los mismos con un total de 64 de los cuales fallecieron 4 y en menor número en Quero, Tisaleo y Pillaro con 1 siniestro en cada una de las zonas mencionadas, sin personas fallecidas. (5)

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

- ✓ Analizar el caso del paciente con hemiparesia izquierda, como consecuencia de un TCE grave por accidente automovilístico, para determinar la funcionalidad motora en las actividades de la vida diaria.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Evaluar el caso y las secuelas que conlleva la paciente a causa del accidente automovilístico sufrido.
- ✓ Descubrir los puntos críticos, en relación a la evolución de la enfermedad y determinantes de salud.
- ✓ Proponer un plan terapéutico que le ayude a la paciente a tener independencia motora.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

3.1. Historia Clínica:

La información se obtuvo mediante la revisión de la historia clínica realizada en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, proporcionada por los familiares de la niña, bajo estrictas normas éticas.

3.2. Recopilación y Descripción de Las Fuentes de Información No Disponible

3.2.1 Entrevista a familiares

Durante la entrevista, familiares manifestaron que la atención inmediata que recibió fue sumamente importante, por la gravedad en la que se encontraba, consideran que eso le salvo la vida, al ingresar a la unidad de salud se les informó sobre el delicado estado de la paciente; ya que los padres también se encontraban en el accidente, los responsables sobre el cuidado y apoyo fueron los hermanos de la paciente, quienes

pusieron todo su tiempo para ello, al ser lenta y prolongada la recuperación ellos llegaron a pensar que no se estaba haciendo el trabajo suficiente por lo que decidieron buscar una segunda opinión, acudiendo en busca de un neurólogo particular en Quito, apoyándose en la historia clínica facilitada por el hospital del seguro Ambato , el mismo que concluyó que se realizó un excelente trabajo en la atención inmediata de la paciente.

Manifestaron también que al encontrarse la paciente inconsciente y con la mitad de su cuerpo inmóvil, no se le detectó una fractura cerrada en la muñeca izquierda, luego notaron un bulto extraño por lo que dieron aviso a la Dra. en turno, misma que ordeno una radiografía, detectando una fractura ya consolidada, por lo que se tuvo que realizar una refractura para la correcta consolidación, colocándole un yeso que impedía realizarle un tratamiento fisioterapéutico que ayude a la movilización del miembro superior izquierdo.

Al necesitar un cuidado permanente se les asigno la responsabilidad a sus hermanos quienes se turnaban para que ella no estuviera sola y aprendieron a realizarle los cuidados básicos, como el aseo, alimentación, cambio de parches en los ojos, y apoyaban en el aviso de las horas del suministro de la medicina, también siguieron algunas indicaciones extras por parte del neurólogo, tales como: leerle cuentos y la colocación de música que estimule su cerebro.

Se le asignó un tratamiento fisioterapéutico diario, el mismo que manifestaron se realizaba con un máximo de 10 minutos diarios, por lo que ellos consideran no se obtuvo ningún resultado, pero una vez dada el alta el tratamiento fisioterapéutico que recibió fue muy importante y obtuvo grandes resultados en su recuperación.

Al darle el alta recibieron indicaciones necesarias para el cuidado de la paciente en casa, así como los horarios de comida, medicina, citas médicas, una dieta balanceada y la recomendación de una rutina de fisioterapia, recibiendo al mismo tiempo el apoyo de la fundación Cuesta Holguín para el cuidado en casa.

4. DESARROLLO

4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO:

Datos de Filiación:

Paciente de sexo femenino de 9 años de edad, nacida en Ambato, residente en la Parroquia la matriz, sector Cdla España, de la provincia de Tungurahua, soltera, religión católica, ocupación estudiante, instrucción primaria, grupo sanguíneo O Rh positivo.

- Antecedentes patológicos personales:

Infección del tracto urinario (ITU) hace 6 meses con tratamiento ambulatorio.

Quirúrgicos: no refiere

Alérgicos: no refiere

Antecedentes patológicos familiares

Padre con HTA, abuela paterna Cáncer uterino

- Hábitos:

Alimentación: 3 veces al día

Micción: 5 veces al día

Deposición: 1 vez al día

Medicación: Ninguna

Tabaco: No refiere

Alcohol: No refiere

- Condición familiar, cultural y socio-económica:

Vivienda arrendada sector urbano, comparte con 5 personas, buenas relaciones familiares.

Motivo de consulta:

El 1 de mayo del 2016 personal del ECU 911 refiere que aproximadamente a las 13:20 a la altura de Ingahurco bajo, automóvil sufre pérdida de autopista con volcamiento completo, aproximadamente 8 metros con caída a la pendiente, vehículo liviano, la víctima se encontraba en la parte posterior del vehículo, sin cinturón de seguridad, no sale desprendida del vehículo y no se puede especificar cinemática de los traumatismos, pero presumiblemente presenta múltiples golpes directos, es extraído del vehículo por su hermana, y recibe RCP básico (reanimación cardio pulmonar) con lo que presenta convulsiones tónico clónicas, sin especificar tiempo de duración u otras características, presenta sangrado abundante a través de ojo izquierdo, boca y nariz , es atendida por el sistema del ECU 911 a los 5 minutos y es llevada a esta casa de salud (hospital IESS) con vía aérea dificultosa en tabla dura y con aspiración de secreción.

EF: Glasgow 5/15

A: Vía aérea obstruida con secreción y fluidos

B: Ventilación expansibilidad disminuida, murmullo vesicular disminuido, estertores en bases pulmonares

C: Circulación FC 108 SAT 79 FR 35 por minuto

- Cabeza hematoma en región fronto parietal derecha.
- Ojos pupilas areactivas a la luz y acomodación, reflejo pupilar ausente.
- Párpado superior derecho se evidencia lesión de más o menos 2 cm de diámetro, compromete piel, tejido subcutáneo, edema y quemosis de ojo derecho.
- Nariz se evidencia equimosis, edema más presencia secreción sanguinolenta en orificios nasales, a la palpación se evidencia crepitación.
- Boca, presencia de secreción abundante (sanguinolenta) la cual se aspira, obteniendo más o menos 100 cc de contenido, ausencia de piezas dentarias.
- Cuello presencia de collarín cervical duro.
- Tórax murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, expansibilidad disminuida.

- Corazón ruidos cardiacos hipo fonéticos.
- Abdomen suave, depresible, ruidos hidroaereos presentes.
- Extremidad inferior acortamiento de miembro inferior derecho, más rotación interna de pierna derecha.
- Pulsos distales presentes
- Llenado capilar 3 segundos
- Posterior a su llegada se procede a realizar aspiración secreción sanguinolenta de más o menos 100 cc de igual forma se da ventilación con mascarilla Venturi y oxigeno 100% empezando a saturar 86% posterior a esto se da sedación con 0,5 cc de midazolam más 1 cc de fenatnilo diluido más 1 cc de lidocaína se comunica con UCI quien procede a intubar y colocar vía central.

RP del latín recipe ("dispéñese")

1. Ingreso critico clínico pediátrico
2. Monitorización continua.
3. Glasgow cada 15 minutos y diámetro pupilar
4. Solución salina 0,9 400 IV STAT bolo y luego ordenes por UCI
5. Sedación con 1 cc de fentalino + 0,5 cc de midazolam diluido en 20 cc de solución salina, pasar por IV lento.
6. Exámenes BH (Biometría Hemática), QS (Química Sanguínea), TP (Tiempo de protrombina), TTP (tiempo de tromboplastina parcial), electrolitos
7. Gasometría
8. EMO (Examen elemental y microscópico de orina)
9. Sonda Vesical STAT (statim, inmediatamente)
10. Sonda orogástrica STAT
11. TAC de cráneo con ventana ósea
12. TAC de macizo más reconstrucción 3D
13. TAC cervical más reconstrucción 3D
14. Rx pierna derecha
15. Collarín cervical duro

16. Tabla espinal dura
17. Control ingesta y excreta
18. Manta térmica para mantener temperatura central mayor 36 °C
19. Novedades
20. Interconsulta a UCI
21. Interconsulta cirugía plástica
22. Traumatología

- A las 15:57 se procede a llamar ambulancia en la cual la niña es transferida al Hospital Regional Docente Ambato para realizar tomografía en estado crítico, Glasgow 5/15.

Informe de interconsulta

TAC simple de cráneo	Edema cerebral difuso + fractura con fragmento libre de hueso frontal derecho + fractura lineal de occipital izquierdo + fractura de orbita derecha + fractura de base de cráneo en ala menor derecha del esfenoides.
TAC de columna cervical	Normal

- Comunican a médico tratante, quien comenta que al momento paciente no requiere intervención neuroquirúrgica urgente, sugiere evaluación por maxilofacial y manejo por UCI con terapia anti edema.

01/05/2016 21:45

- En senos paranasales se evidencia presencia de fractura a nivel de lámina papirácea del lado derecho, no evidente atrapamiento, fractura de órbita en piso, pared lateral externa, hemo seno maxilar derecho, etmoidal derecho,

desvío septal izquierdo, aparente fractura a nivel del septum área 3, fractura de arco cigomático, fractura con hundimiento a nivel de pirámide nasal, pared lateral derecha.

- Paciente femenino de 9 años que ingresó por politraumatismo + fractura frontal + fractura occipital + fractura órbita derecha + fractura nasal + neumotórax + shock hipovolémico.
- Paciente permanece con taquicardia por lo que se solicita administrar concentrados globulares y plasma fresco.

1. Monitoreo

Control electrónico FC, TA, FR.

2. Cuidados

- Semi Fowler
- De vías y abordajes
- De piel y sitios de presión
- De paciente en ventilación mecánica
- Limpieza bucal con clorhexidina cada 4 horas

Se comunica a familiares sobre la gravedad del paciente

02/05/2016

- Se coordina programar cirugía conjunta, por parte de neurocirugía se fijará fragmento flotante de hueso frontal
- Se recomienda valoración por oftalmología para medición de presión intraocular y resolución quirúrgica emergente por compresión ocular
- Se planifica resolución quirúrgica en conjunto con neurocirugía y cirugía plástica
- Se interconsulta por traumatismo ocular + fractura órbita derecha.

Anexos:

OD (ojo derecho): Edema palpebral++/+++, abundante cantidad de restos hemáticos en bordes palpebrales procede a su remoción. La herida suturada en región supra ciliar de 3 cm de diámetro que llegan hasta región palpebral superior en canto interno, herida de borde palpebral superior que no toma vía lagrimal 3 mm, herida palpebral en canto externo de 4mm.

OS (ojo izquierdo): Edema palpebral +/+++ secreción hemática escasa se procede a su remoción infección en AO (ambos ojos)

Segmento anterior: OD: Hemorragia conjuntival intensa, cámara anterior formada aparentemente no lesiones.

Diagnóstico

Traumatismo ocular cerrado OD

Hemorragia subconjuntival OD

Glaucoma traumático OD

RX miembro inferior derecho	Fractura oblicua diafisaria de tercio medio largo de fémur derecho.
-----------------------------	---

Manejada por terapia intensiva, con mal pronóstico, en espera que se supere cuadro de neurocirugía por UCI y cirugía plástica para posterior proceder con resolución QX en traumatología.

03/05/2016

- Buena entrada de aire, no se ausculta ruidos sobreañadidos.
- Hemodinámicamente estable, mantiene presiones arteriales medias entre 64 y 84 mmhg, con oscilaciones cardiacas entre los 80 y 140 latidos por min, presión venosa central de 8 y 29 cm H2O.
- Nutrición enteral, recibe 130 cc con buena tolerancia, no realiza deposición.
- Volumen de diuresis bajos.

04/05/2016

- Bajo normas de asepsia y antisepsia general se realiza: reducción y osteosíntesis con mini placas bioabsorbibles sistema 2,1 + reconstrucción de párpado superior derecho, sin complicaciones.
- Diéresis: incisión bicoronal

Hallazgos

- 1.- Fx multifragmentaria de frontal derecho con hundimiento + Fx pilar frontocigomático derecho + hematoma extradural frontal derecho.
- 2.- Duramadre integra
- 3.- Compromiso de conjuntiva palpebral en párpado superior derecho y herida lineal de 1.5 cm
- 4.- Incisivos inferiores móviles.

Sin complicaciones

05/05/2016

- Se realiza desempaquetamiento faríngeo, no presencia de sangrado activo, ligero desgarro a nivel de paladar blando entre pilar anterior izquierdo y úvula de aproximadamente 0.8 cm, además se retiran tapones nasales sin ninguna complicación.

06/05/2016

TAC de macizo facial	Fractura del pilar frontocigomático derecho y fractura del arco cigomático
	Fractura de la lámina papirácea con desplazamiento con presencia de material aparentemente hemático en todas las cavidades paranasales
	Fractura del piso de la órbita con desplazamiento inferior y llenado de material en el seno maxilar.

07/05/2016

Se suspende sedación.

TAC simple de cráneo	Signos de edema cerebral, borramiento de surcos corticales, foco hemorrágico puntiforme cerebeloso, lado izquierdo con edema perilesional asociado, neuroencéfalo.
----------------------	--

08/05/2016

- Se retira tubo torácico anterior derecho sin complicaciones.

09/05/2016

TAC de encéfalo de control	Fracturas levantadas y colocación de placas
----------------------------	---

11/05/2016

- Se logra reducir progresivamente los requerimientos de oxígeno, tos expectorante, por tubo endotraqueal se aspiran secreciones mucoides amarillentas en moderada cantidad sin signos de dificultad respiratoria.

12/05/2016

- Intervención quirúrgica de fractura diafisaria oblicua en fémur derecho.

Exploración y hallazgos:

1. Fx diafisaria oblicua de fémur derecho
2. Tracción y contra tracción para reducción de fx
3. Osteosíntesis con placa 4.5 de 9 orificios para fémur
4. Fijación con tornillos corticales

Sin complicaciones

14/05/2016

Valoración oftalmológica:

Pupilas isocóricas de 2mm de diámetro, normoreflexivas a reflejo luminoso, reflejo corneal bilateral presente, presencia de lente de contacto protector en ojo izquierdo, ojo derecho con oclusión permanente.

Ojo derecho	<ul style="list-style-type: none">- Quemosis +++ (edema en la conjuntiva bulbar)- Segmento anterior desepitelización en 1/3 inferior AO- Medios transparentes en AO- Pupila pálida en sector temporal- Excavación conservada- Reflejos hiporeactivos
Ojo izquierdo	Sin alteración Signos de marcus gunn (disminución en la contracción de la pupila)

Diagnóstico. - úlcera corneal por exposición AO > OS

Se retira tubo torácico, permanece con autonomía respiratoria.

15/05/2016

RX fémur derecho	Buena posición de fragmentos
------------------	------------------------------

16/05/2016

Paciente sin efectos de sedación mantiene escala de Glasgow 7/15

Egreso de UCI a Pediatría

- Paciente al manejo con compromiso neurológico, cabeza con herida quirúrgica sagital de 20 cm de diámetro, rostro con múltiples laceraciones, ojos con oclusión con presencia de hendidura palpebral de 3 mm, se logra evidencia a nivel de ojo izquierdo con hemorragia subconjuntival, fosas nasales permeables, boca con protrusión de lengua, pabellones auriculares se evidencia equimosis de más o menos 3 centímetros, cuello no se palpa adenopatías, tórax con apósito a nivel de región subclavia derecha, limpio y seco, costra a nivel del segundo espacio intercostal derecho línea media clavicular sin signo de infección, tórax sin retracciones, pulmones con buena entrada de aire, a nivel de base pulmonar derecha con disminución del mv, corazón rítmico, sin presencia de soplos, presencia de Sonda vesical, extremidad inferior derecha con presencia de apósito en cara lateral externa, babinsky bilateral positivo, con hemiplejía de hemicuerpo izquierdo, movimientos aparentemente voluntarios de miembro superior derecho. Signos evidentes de liberación neurológica y focalidad no meníngeos, Glasgow 7/15.
- Se sospecha lesión difusa axonal se solicita RMN CEREBRAL.

RP

- Pediasure 6 medidas de 100 ml.
- Monitoreo continuo
- Control de Glasgow, mas diámetro de pupilas
- Control ingesta
- Colchón anti escaras
- Medias anti escaras
- Sonda orogástrica cerrada
- Sonda vesical permanente
- Semifowler
- Limpieza bucal con clorhexidina C/4 horas
- Aspiración de secreciones
- O2 por cánula nasal.

17/05/2016

Paciente presenta hiperreflexia osteotendinosa izquierda y movimientos esporádicos en hemicuerpo derecho, pupilas no valorables.

18/05/2016

- Paciente sigue en iguales condiciones, no mejora Glasgow, persiste con hemiparesia izquierda y movimientos saltatorios en hemicuerpo derecho, propuesta de entrenamiento a familiares para manejo de paciente neurológico, neurocirugía y traumatología procede al alta.
- 20:41 se valora a paciente la posible realización de gastrostomía por parte de gastroenterología por vía endoscópica.

RX DE TORAX	Parénquima pulmonar sin signos neumónicos, silueta cardiaca normal.
-------------	---

19/05/2016

Paciente en iguales condiciones neurológicas, permanece afebril, sin descargas convulsivas, episodios de agitación psicomotora, con movimientos bruscos de hemicuerpo derecho.

20/05/2016

Cambio de dieta

RM DE ENCEFALO	Se evidencia imagen sugestiva de lesión hemorrágica a nivel de pedúnculo cerebeloso medio que involucra protuberancia.
	No requiere tratamiento neuroquirúrgico, pronóstico vital y funcional incierto.

21/05/2016

- No realiza deposición, se le realiza enema evacuante.

23/05/2016

- Se realiza gastrostomía endoscópica percutánea en quirófano con anestesia general, se lleva a cabo sin complicaciones.
- Se evidencia deformidad en muñeca izquierda, se le realiza placa.

24/05/2016

RX DE MUÑECA IZQUIERDA	Fractura en tercio distal de radio
------------------------	------------------------------------

- Se realiza reducción incruenta con difícil manipulación de las mismas más colocación de valva posterior en miembro superior izquierdo
- Paciente muestra mejor conexión y reacción a estímulos, no movimientos convulsivos
- Glasgow 10/15
- Se realiza PBIU (psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.) junto con su hermano

25/05/2016

- Hemicuerpo derecho más activo, movimientos localizan estímulos, tiene episodios de irritabilidad que ha comando verbal se tranquiliza.
- Se da indicaciones a hermano sobre el manejo en casa.
- Reducción incruenta no exitosa por formación de callo óseo en tercio distal del radio, se decide intervención quirúrgica para resolución de fractura sin fecha específica.

27/05/2016

- Se encuentra alimentándose por gastrostomía activa, al manejo intenta sacarse los parches, buena presión con la mano derecha, mismo estado neurológico.
- Familiares ayudan a la recuperación, con repetición de ejercicios fisioterapéuticos indicados.

Solicitan:

- Fisioterapia rehabilitadora cada 6 horas
- Fisioterapia respiratoria
- Música terapia y masaje

30/05/2016

Se realiza refractura + realineación de fractura de tercio distal de radio izquierda con colocación de yeso cerrado.

31/05/2016

RX de muñeca izquierda- control	Sin novedades
---------------------------------	---------------

- Presenta hematuria macroscópica, se solicita eco renal.

ECO renal	Vejiga y riñones normales.
-----------	----------------------------

01/06/2016

Retiro de sonda vesical con educación vesical y antibióticos.

04/06/2016

Paciente ha permanecido en iguales condiciones neurológicas, no se han evidenciado inestabilidad hemodinámica, se ha informado completa y de manera clara a familiares la condición del paciente, así como los cuidados a tener en cuenta en el domicilio, se ha programado el seguimiento posterior ambulatorio y se decide el alta médica del paciente.

Paciente es dada de alta con Diagnóstico

Politraumatismo + TCE grave + Daño axonal difuso + Edema cerebral difuso + Fractura con fragmento libre en hueso temporal derecho + Fractura lineal de occipital izquierdo + Fractura de órbita derecha + Fractura de base de cráneo en ala menor derecha del esfenoides + Fractura de fémur derecho resuelta trauma facial resuelto + Choque hipovolémico superado + Traumatismo ocular cerrado + Hemorragia subconjuntival OD glaucoma traumático OD resuelto + Ulcera corneal,

hemoseno derecho + Hemorragia cerebelosa izquierda que compromete protuberancia + Fractura de radio distal reducida + ITU superada.

Plan preventivo

- Colchón antiescaras
- Cambios posturales cada 3 horas
- Baño pasando un día
- Aseo genital con pH lac diariamente
- Hendiduras palpebrales ocluidas y abrir sólo para administrar medicación
- Posición semisentada
- Limpieza bucal con clorhexidina cada 8 horas
- Musicoterapia
- Pyralvex aplicar en mucosas cada 8 horas
- Masaje diario 20 minutos 4 veces al día
- Cambio de pañal frecuente
- Enema evacuante 2 veces por semana

Plan terapéutico

- Pedíasure 6 medidas en 200cc de agua estéril dar 7 a m y 7 pm por gastrostomía.
- Dieta según cartilla nutricional
- Multivitaminas
- Tobramicina una gota cada 6 horas ojo izquierdo
- Lágrimas artificiales una gota en cada ojo cada 4 horas
- Ácido acetilsalicílico dos tabletas de 100mg trituradas y diluidas en 5 cc de agua estéril dar de tomar 6 pm
- Nitrofurantoína 10 cc por gastrostomo 8 a.m y 8 pm por 4 días más
- Modafinilo una tableta 100 mg triturada y diluida en 5 cc de agua estéril para 8m y 8 pm por dos semanas

Plan de Seguimiento

- Control por consulta externa de pediatría 1 julio del 2016
- Seguimiento con traumatología el 14 de junio del 2016
- Seguimiento neurocirugía 13 junio del 2016
- Seguimiento con oftalmología 1 de julio del 2016
- Seguimiento por rehabilitación

Paciente es recibida en su domicilio con los cuidados correspondientes, equipando el mismo con una camilla mecánica para facilitar su movilización.

05/06/2016

Paciente mantiene déficit neurológico, con movimientos activos del hemicuerpo derecho, al no poder trasladarla a un centro para sus respectivas terapias, se comunican con la fundación Cuesta Holguín para solicitar el apoyo de la misma.

08/06/2016

Personal especializado del centro de rehabilitación y terapia física “El buen Samaritano” en colaboración con la fundación Cuesta Holguín acude al domicilio a realizar una evaluación respectiva, programando un plan fisioterapéutico personalizado:

09/06/2016 - 15/06/2016

(Centro de Rehabilitación y Terapia Física “El buen Samaritano” en colaboración con la Fundación Cuesta Holguín)

Examen físico	
Cabeza	<ul style="list-style-type: none"> - No tiene control cefálico - Parálisis facial hemicara izquierda - No tiene movimientos faciales

Miembro superior derecho	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta movimiento - Rangos articulares normales - Movimiento en pinza agresivo en contra de los demás - Fuerza de 3 grados.
Miembro superior izquierdo	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de yeso por fractura no evaluable
Miembro inferior derecho	<ul style="list-style-type: none"> - Rangos articulares normales - Controla el movimiento, aunque es un tanto desordenado
Miembro inferior izquierdo	<ul style="list-style-type: none"> - No presenta movimiento - Si tienes sensibilidad - Hipertonía de 1+ a nivel de tobillo
Tronco	<ul style="list-style-type: none"> - No tiene control

- Tiene colchón anti escaras.
- No puede realizar traslados ni permanecer sentada, responde a preguntas simples de sí o no que lo hace moviendo el índice o el pulgar del lado derecho.
- Malhumorada se cansa pronto a los estímulos, no le gusta que le toquen, tiende a gritar, a sacarse el parche del ojo y a lastimarse los dedos de la mano, se rasca la cicatriz de la pierna derecha.
- Se trabaja en conjunto con el apoyo de la familia

(Informe Mensual)

- Usa sonda gástrica por donde es alimentada, sí tiene respuesta sensitiva, tiene un parche en el ojo izquierdo, ya que no puede cerrar el ojo, para poder cuidar la córnea, tiene poca fijación visual de su ojo derecho, estado de la piel es normal, no tiene presencia de escaras, en la pierna derecha tiene una placa y tornillos por fractura, cicatriz cerrada en buen estado.

Tratamiento Propuesto En Ejecución

- Aplicación técnica Bobath posicionamientos.

- Método de Rood.
- Facilitación Neuromuscular Propioceptiva.
- Integración sensorial.
- Trabajamos en movilidad de miembro superior derecho.
- Si está trabajando la cadera movilidad activa asistida.
- Control postural.

Acciones

- ✓ Abdominales cuidando el cuello
- ✓ Se trabaja Rood en cuello y tronco, trabaja masaje en la cicatriz de lado afectado
 - El cepilleo rápido
 - Golpeteo rápido
 - La Vibración que se puede realizar con aparatos de vibración propiamente dicho.
 - La estimulación con frío.
 - Y por último también podríamos agregar el estiramiento muscular

Debemos tener en cuenta es que cada estímulo se debe aplicar de proximal a distal en el segmento corporal y de distal a proximal en las fibras musculares (6)

Además, se realiza un estiramiento de psoas y los aductores del lado izquierdo

- ✓ Se le trabaja sentada con apoyo de pies formación sensorial para que permanezca en esta posición y controle el tronco y el cuello
- ✓ Se trabaja dorsi y plantiflexión de tobillo en ambas extremidades
- ✓ Se trabaja en fijación visual
- ✓ En la parte de deglución con estímulos externos alrededor de la boca y por dentro de la boca con guantes se realiza masaje en dientes y mejillas por dentro para despertar el movimiento oro bucal y la deglución
- ✓ Migración sensorial se realiza haciendo reconocimientos de texturas y granos además se le trabaja realizando círculos y otras figuras en grafestesia

- ✓ Movilidad activa asistida de cadera rodilla tobillo en rangos articulares de los dos lados

16/06/2016 – 12/07/2016

Examen Físico	
Cabeza	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del control cefálico iniciando proceso lento y difícil de lograrlo en su totalidad - Persistencia de parálisis facial hemicara izquierda y los movimientos faciales son muy limitados todavía
Miembro superior derecho	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta movimientos más controlados y voluntarios usa su mano para agredirse a sí misma y a otras personas de su alrededor
Miembro superior izquierdo	<ul style="list-style-type: none"> - Se retira el yeso y recién se inicia tratamiento en este lado cuya afección es neurológica pues es ese lado hemipléjico y además traumatológica por la fractura requiere un tratamiento especial
Miembro inferior derecho	<ul style="list-style-type: none"> - Control del movimiento por lo que se le ha podido poner de pie unos minutos con ayuda ya que su equilibrio no se ha desarrollado completamente y es aún muy pobre
Miembro inferior izquierdo	<ul style="list-style-type: none"> - Comienza a desarrollarse movimiento, si tienes sensibilidad, aparece signo de hipertonia. - Se manifiesta claramente espasticidad y el miembro inferior de este lado adopta patrón hemipléjico.
Tronco	<ul style="list-style-type: none"> - Comienza a desarrollarse el control de tronco por lo que la paciente puede sentarse aunque no sola y también adoptar la posición de pie con apoyo total, se ha logrado sienta de algunos pasos con ayuda.

Lenguaje	- Maneja un lenguaje a veces claro otras veces inentendible, pero está vocalizando y articulando el lenguaje y esto es muy importante
Carácter	- Continúa malhumorada es agresiva contra sí misma y contra los demás

Observación: Paciente ha iniciado a ponerse de pie y a dar unos pasos con ayuda, lo cual se califica como un proceso de rehabilitación excelente.

Tratamiento propuesto en ejecución

- ✓ Continuamos con la aplicación de diferentes técnicas de rehabilitación como:
 - Aplicación técnica Bobath: Posicionamientos
 - El método de Rood
 - Facilitación Neuromuscular Propioceptiva
 - Integración sensorial

Destacar: Colaboración de la familia excelente, lo que permite el avance de la recuperación de la paciente.

13/07/2016 – 08/09/2016

Examen Físico	
Cabeza	<ul style="list-style-type: none"> - Control cefálico completo. - Persistencia de asimetría facial izquierda - Los movimientos faciales son muy limitados todavía - Se recomienda que se realicen exámenes complementarios que permiten medir la conducción nerviosa ya que el nervio podría estar seccionado. - Se realiza estimulación sensorial para estimular el movimiento.

Miembro superior derecho	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta movimientos más controlados y voluntarios gana fuerza muscular usa su mano para alimentarse sola. - Deja de agredirse y agredir a los demás. - Incluye su mano en el proceso de comunicación.
Miembro superior izquierdo	<ul style="list-style-type: none"> - Se recupera la movilidad. - Mejora el agarre de objetos notablemente, el proceso de agarre aún presenta mínima dificultad. - Integra la mano al proceso de alimentarse. - Gana fuerza muscular y los arcos de movimiento son completos y mantenidos.
Miembro inferior derecho	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora su fuerza muscular. - Arcos articulares mantenidos. - Aun compensa movimientos de la otra extremidad. - Participa activamente en el proceso de marcha asistida pero aún falta mejorar el equilibrio en bipedestación.
Miembro inferior izquierdo	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene un patrón espástico leve lo que le permite realizar las actividades de una manera adecuada - Todavía falta fuerza muscular - Los rangos articulares están mantenidos - Empieza a activar musculatura, en bipedestación, logrando mantener esta posición sólo por 15 segundos aproximadamente, lo que indica que va mejorando su equilibrio y que podía llegar a caminar sola o con ayuda mínima.
Tronco	<ul style="list-style-type: none"> - Controla totalmente el tronco en sedestación y en las diferentes posiciones de entrenamiento como es: arrodillado, 4 puntos, posición de caballero y bipedestación - Falta control en el momento de la marcha aspecto que se debe recuperar aún.

Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> - Está recuperado casi totalmente. - Aún Existen algunas palabras que no se pronuncian bien. - Lenguaje fluido. - Tiene la capacidad de comunicarse con el resto y decir lo que siente y piensa.
Carácter	<ul style="list-style-type: none"> - Está notablemente cambiado - Los episodios de agresividad han disminuido casi completamente - Aún mantiene la fijación por tocar sus dedos, pero ya no se lastima a sí misma ni a los demás - Es capaz de comunicar lo que siente o lo que quiere sin gritar con una entonación adecuada integrando también el uso de la mímica facial, aunque no responde su hemicara izquierda, también usa sus manos con ese fin, esto ha mejorado la interacción con su familia y con su entorno

Resumen: La paciente ha mejorado notablemente no solo en su parte motora sino también en su interacción con los demás, tiene una meta que es regresar a su escuela y estudiar. En algunas interconsultas que ha tenido con el neurólogo le apoya este proceso, pero hay que mantener un control y rehabilitación constante.

Califica como un proceso de rehabilitación excelente.

Tratamiento propuesto en ejecución

- ✓ Continuamos con la aplicación de diferentes técnicas de rehabilitación como:
 - Aplicación técnica Bobath: Posicionamientos transferencias y transiciones
 - Facilitación neuromuscular propioceptiva
 - Integración sensorial
 - Kinesiotaping
 - Ejercicios de equilibrio bipedestación y marcha

Se debe destacar: Colaboración de la familia excelente, lo que permite el avance de la recuperación de la paciente.

Interconsultas

14/06/2016

Paciente tiene consulta con médico traumatólogo para el retiro del yeso.

16/06/2016

Cita con médico general para control.

- Glasgow 12
- Isocoria normoreactiva a la luz
- Hemiparesia braquiocrural izquierda.
- Se alimenta por gastrostomo.

Dg. Hemorragia intracraneal + secuela de traumatismo intracraneal.

01/07/2016

Interconsulta de control:

Ha evolucionado favorablemente, lenguaje comprensible, mejor movilidad de Hemicuerpo izquierdo, no marcha, extremidad superior izquierda con movilidad limitada, episodios de irritabilidad, mismos que se expresan con llanto, alimentación por gastrostomía.

- Pálida
- Caquética (estado de desnutrición.)
- Ojo izquierdo, opacidad en cámara anterior
- Ojo derecho, retracción palpebral por cicatriz
- Desviación de comisura labial a la derecha
- Piezas dentarias en buen estado
- Cuello sin adenopatías.
- Irritabilidad cerebral
- Episodios de agitación psicomotora
- Tendencia al llanto
- Lenguaje comprensible
- Obedece comandos verbales

- Glasgow 15
- Ejecuta operaciones mentales simples
- No meníngeos
- Normorreflexia osteotendinosa

14/07/2016

Control, médico general

Paciente en silla de ruedas, logra sedestación, pero con apoyo, además bipedestación, pero no sola, con pañal, hemiparesia fascio braquiocrural izquierda, con algo de espasticidad en tobillo no acortamientos.

Terapias en el hospital del seguro IESS

08/2016

Paciente inicia sus sesiones de fisioterapia en el Hospital del Seguro, asistiendo los días lunes, miércoles y viernes.

- Se le programa sesiones en gimnasio y terapia ocupacional.
- Es trasladada en silla de ruedas
- Su manejo es un poco difícil debido a su irritabilidad.
- En gimnasio fue atendida por estudiantes de fisioterapia quienes la manejan con ayuda de sus familiares, en la colchoneta, incentivando a la movilización de miembros inferiores.
- En terapia ocupacional familiares fueron guiados por personal del área, para que cumpla con rutinas que incentivaron al movimiento de miembros superiores.

Repiten los ejercicios asignados.

En casa se complementa la terapia junto con los familiares y las sesiones de la fundación.

19/08/2016

Control general

Paciente consiente, alerta, hidratada, afebril, marcha disbásica con apoyo en Hemicuerpo izquierdo, opacidad corneal, desviación de comisura labial a la derecha, no diplopía (Trastorno de la visión que consiste en ver doble), cuello con adenopatías menores a 1 cm submandibular,

Extremidades:

Fuerza y tono conservado, rotación distal disminuida, mejor movilidad, obedece comandos verbales, VII para afectado, Glasgow 15, orientación temporo espacial conservada.

22/08/2016

Consulta privada con neurocirujano para chequeo y control.

Recuperación progresiva de su estado neurológico, persistiendo hemiparesia 4/5 izquierda y parálisis facial periférica izquierda.

Sugiere reintegración a actividad escolar, eximiéndola de actividad física en la misma, y la vigilancia de un familiar.

14/09/2016

En ocasiones se queja que no escucha bien con el oído izquierdo,

Ligero desvío septal izquierdo.

29 /09/2016

Da sus primeros pasos con ayuda

10/2016

Inicia sesiones de terapia de lenguaje en el hospital del seguro IESS

Masajes con guante dentro de la mejilla

Memorizar y repetir nombres de animales y colores, al mismo tiempo movilización de la comisura labial al pronunciar las palabras.

Asiste a 4 sesiones, ya que paciente no congenia con la terapeuta de lenguaje, dejan de asistir a las mismas.

26/10/2016

Se realiza TC 3D de Macizo Facial, el cual se encontraba pendiente para evidenciar daño nasal y poder y tratarlo, mismo que no pudo realizarse anteriormente debido a la poca colaboración de la paciente.

TC 3D de Macizo Facial	Importante desviación septal izquierda.
------------------------	---

01/11/2016

Se planifica una reprogramación en las sesiones, aumentando sesiones en la piscina una vez terminado las programadas.

Al no completar las sesiones de terapia de lenguaje no se puede reprogramar un tratamiento completo, por lo que dejan de asistir al Hospital del Seguro.

Paciente continúa con su tratamiento en casa, con la ayuda de sus familiares.

11/2016

Al no haber un avance con su parálisis facial, especialista de la fundación sugirió anteriormente realizar un examen de conducción facial, indicándole al médico especialista mismo que no da una indicación concreta al respecto.

Motivo por el cual acuden por recomendación a un centro de Terapia Física particular, donde le realizan masajes y ejercicios específicos para su parálisis facial, mismos que se realizan alrededor de un mes, sin evidenciar un avance importante.

El médico neurólogo que la atendía en Ambato manifestó que existen dos opciones: una es una obstrucción por edema entre el nervio facial y el tallo cerebral, mismo que se podría intervenir quirúrgicamente para el retiro del coagulo.

Otra posibilidad era la ruptura de esta conexión en cuyo caso manifestó que no podría realizar ninguna intervención.

23/11/2016

Acuden a la ciudad de Quito a consulta privada con un Neurocirujano, para buscar una segunda opinión con respecto a la parálisis facial.

Solicita la realización de RMN (Resonancia Magnética Nuclear) simple de encéfalo con foco en nervio facial izquierdo.

16/01/2017

Debido a los costos y a la falta de lugares donde realicen los exámenes, se realizan a los 2 meses de lo solicitado.

Se le realiza exámenes de conducción nerviosa motora del nervio facial derecho e izquierdo

No se presenta una respuesta del nervio facial izquierdo, manifestando que existe una ruptura del mismo.

Al llevar los resultados al médico neurocirujano indica que podría tratar de hacer una intervención mediante una técnica dinámica, la cual consistía en suturar la parte seccionada del nervio, recuperando la simetría de la cara, pero sin recuperar la movilidad del rostro.

Al no sentirse conformes con los diagnósticos obtenidos, la familia buscó otra posible opción para la paciente, enterándose por medio de los servicios de internet de una posible microcirugía que podría ayudar de alguna manera en una recuperación parcial.

Por lo que se contactan con un Dr. Cirujano Plástico- Microcirujano especializado en Brasil en un hospital privado de la ciudad de Guayaquil, enviándole la historia clínica y los exámenes realizados a la paciente, al revisarlos manifiesta que era una buena candidata para la microcirugía, solicitando exámenes complementarios para la preparación de la cirugía.

01/05/2017

Se realizó la cirugía llamada, Microcirugía Correctiva Mediante Técnica de Viterbo" la cual consiste en realizar un tratamiento estático y un tratamiento

dinámico en la misma cirugía. Para el tratamiento estático, se extrae un tejido de la parte lateral del muslo denominada como fascia lata, para reposicionar la comisura bucal en su sitio normal. El tratamiento dinámico consiste en extraer el nervio sural de la parte posterior de la pierna que mide aproximadamente 35-40cm de longitud, éste nervio se usará en la cara, como injerto de nervio bajo la técnica de Microcirugía usando microscopio o lupas microquirúrgicas para realizar una sutura con el ramo bucal del nervio facial sano (neurorrafia término-lateral de Viterbo) y el otro extremo del nervio se introducirá dentro del musculo temporal, consiguiéndose una mioneurotización directa para lograr obtener una sonrisa espontánea y simétrica. (7) (8)

Se le prescribe reposo durante 15 días.

También se realiza una colocación de pesas de oro intrapalpebrales, favoreciendo el cierre del párpado superior paralizado produzca un cierre palpebral por resbalamiento y que no impida la apertura al despertar y abrir los ojos. El peso de la placa oscila entre 0,6 gr y 1,4 gr. al ser un implante de oro, las pesas palpebrales no suponen ninguna contraindicación para realizar cualquier examen de TRM. (9)

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO:

4.2.1. Factores de Riesgo biológicos

La paciente presento una infección del tracto urinario posiblemente por el uso necesario de una sonda vesical, por lo que se administra antibióticos.

Al tener heridas abiertas, la paciente también corre el riesgo de un foco infeccioso de las mismas, por lo que es importante el manejo adecuado, con una asepsia correcta.

Debido al trauma cráneo encefálico se originaron diversas patologías tales como: la hemiparesia izquierda.

Del mismo modo se produjo una parálisis facial ocasionada por una posible ruptura del nervio facial izquierdo.

Al haber sufrido politraumatismo se produjo una fractura del tercio medio del fémur derecho, mismo que fue intervenida quirúrgicamente, mediante una osteosíntesis con colocación de una placa, misma que en el caso de los niños puede afectar el crecimiento de los huesos si no es retirada a tiempo.

Al estar la paciente inconsciente y con una aparente hemiplejia no se detectó a tiempo una fractura del tercio distal del radio, notándola una vez que esta se consolidó y siendo necesaria una refractura y realineación de la misma.

Su ojo izquierdo se encontraba vulnerable al no poder cerrar totalmente.

Los cambios de carácter o personalidad son habituales tras un daño cerebral, especialmente si el daño afecta al lóbulo frontal, estos cambios pueden ofrecer dos perfiles diferenciados. (1)

Por un lado, la persona puede mostrar una acusada falta de inhibición y autocontrol (1) como en el caso de nuestro paciente quien, al iniciar a mostrar una mejoría cerebral, demostró una personalidad más extrovertida a la habitual.

4.2.2. Factores de Riesgo ambiental

Debido a no encontrarse al día en su afiliación, se les propuso a los familiares la opción de la transferencia al hospital regional, más eso podía implicar un riesgo, por su delicado estado de salud y por los soportes vitales de los que dependía.

4.2.3 Factores de riesgo por el estilo de vida

La paciente acostumbraba asistir a competencias deportivas junto a su familia, al encontrarse en una zona alejada y no contar con un medio de transporte propio, aceptaron la ayuda de un conocido para que los transportase a su domicilio, terminando el mismo en un accidente fatal.

4.2.4 Factores de Riesgo social

Las lesiones causadas impedían saber si la paciente podría reintegrarse a su vida cotidiana, el cual es el centro educativo, debido también a la inasistencia obligatoria al último mes de clases, había el riesgo de que no continuara en el mismo año lectivo, cambiando por completo su círculo social.

Existió gran dificultad en el manejo de la paciente por parte de su familia, ya que el presente fue un accidente familiar, en el cual se vieron afectados sus padres, 2 hermanas, quienes se encontraban también hospitalizados y su sobrino, quien falleció, por lo cual el círculo familiar se encontraba totalmente afectado tanto económico como emocionalmente.

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

4.3.1 Oportunidad en la Solicitud de la Consulta

Al ocurrir el siniestro los servicios de emergencia del ECU911 acudieron luego de 5 minutos a brindarle atención, mismos que le proporcionaron los primeros auxilios de forma inmediata y oportuna, trasladándola al hospital IESS, donde se le estabilizó de manera efectiva, permitiendo que el estado de salud de la paciente este controlado y se empiece con el protocolo de tratamiento especializado.

4.3.2 Acceso

El servicio de emergencia fue alertado inmediatamente ocurrido el siniestro, informando a la ambulancia, siendo claros en la ubicación del lugar, por lo que pudo llegar a los 5 minutos de ocurrido, al ser domingo no existía gran afluencia de autos, por lo que se pudo trasladar inmediatamente al hospital.

De la misma manera se tuvo el apoyo de miembros de la policía nacional y agentes de tránsito quienes ayudaron a que no existieran entorpecimientos en el manejo de los afectados.

4.3.3 Características de la Atención

- **Servicio de Emergencia ECU 911**

La atención fue inmediata y efectiva, se atendió a los 5 minutos del accidente, aplicándole efectivamente primeros auxilios, y el traslado inmediato a la unidad de salud.

- **Hospital del Seguro IESS**

La atención en emergencia fue inmediata y se le logro estabilizar adecuadamente, durante el tiempo que se encontró internada se le realizo las interconsultas necesarias, a los servicios de traumatología, oftalmología, urología, neurocirugía, Otorrinolaringología, cirugía plástica, odontopediatría, anestesiología, rehabilitación física, terapia de lenguaje y psicología.

- La familia considera que la atención que recibió mientras estuvo internada fue de vital importancia, ya que, por su delicado estado de salud, se le daba un pronóstico inicial desalentador.
- Mientras estuvo internada el servicio de oftalmología no le brindó un seguimiento posterior adecuado a la cirugía, al permanecer el familiar permanentemente, asegura que las interconsultas no siempre se cumplían, era difícil contactarla, por lo que posterior al alta se le hizo atender en un centro oftalmológico particular (centro de especialidades médicas) mismo que manifestó que los cuidados realizados, como la oclusión total de los ojos , no eran tan adecuados, ya que esto podría perjudicar su visión, al tener calor permanente, imposibilitando una cicatrización adecuada, por lo que las indicaciones y manejo fueron diferentes.
- Dan a conocer que el servicio de Rehabilitación Física durante el tiempo que estuvo internada le brindo servicio durante 5 días, mismos que acudían alrededor de 10 minutos, y que nunca recibió la terapia respiratoria indicada.
- Hubo inconveniente con los pagos de afiliación, mismo que obligó a los familiares a asumir gastos importantes.

- Una vez dada el alta y al empezar a acudir a las sesiones de rehabilitación, la atención fue buena, los pasantes le supieron cuidar con mucha paciencia incluso durante los cambios de conducta de la paciente.
- Se le realiza la interconsulta a terapia de lenguaje, misma que manifiesta que no puede atenderla mientras no articule palabras por ella sola, una vez dada el alta y al empezar a articular palabras acudieron a las sesiones de terapia de lenguaje, manifestaron que la encargada no tenía paciencia suficiente, en las primeras sesiones ingresaba un familiar junto con la paciente, pero a la cuarta ya no le permitió ingresar al familiar, la paciente no congenió con la terapeuta y luego de una sesión más, la paciente solicitó ya no regresar, por lo que no completaron con la rehabilitación indicada.

- **Centro de Terapia Física Particular.**

- Acudieron al centro por recomendación, ya que no había una recuperación notoria de su rostro, durante el tiempo que la trataron en esta unidad de salud, la atención fue muy cordial y paciente, dándole indicaciones para complementar en su domicilio, dejaron de asistir ya que según nuevos estudios el problema era mucho más profundo, sin una cura aparente.

- **Fundación Cuesta Holguín**

- Al tener un daño neurológico severo y no poder trasladarse a terapias fuera del domicilio, se contactaron con la fundación, quienes brindaron su importante apoyo en convenio con el centro de terapia física y rehabilitación “El Buen Samaritano”, asignándole una persona especializada, quien le atendió en su casa desde el quinto día del alta, durante su fase más delicada, brindando un plan de rehabilitación especializado y personalizado, el cual consideran fue el más importante en su recuperación, capacitando además a la familia de la paciente para poder complementar su tratamiento.

- **Brasiluet**

- En esta unidad de salud se le realizó Microcirugía reconstructiva de corrección de parálisis facial, estuvo internada 2 días, donde recibió los cuidados adecuados, permitiendo la comodidad del paciente y el familiar a su cuidado.

4.3.4 Oportunidades en la Remisión

Inicialmente se le traslado del hospital del seguro al Hospital Regional Docente Ambato para realizarle un TAC de cráneo y columna, al no contar con los equipos para la realización de los mismos, recibiendo un servicio adecuado.

Se estimó el traslado permanente al hospital regional, por motivo de la falta de cancelación en las cuotas de la afiliación, los familiares no estaban de acuerdo por el delicado estado de salud, finalmente solucionaron el inconveniente y no se realizó.

Acudieron a interconsulta con un médico neurólogo particular en la ciudad de Quito, en busca de una segunda opinión.

Se realizó el tratamiento a domicilio por parte del centro de fisioterapia El Buen Samaritano, en colaboración con la fundación Cuesta Holguín, por las dificultades en el traslado por las condiciones de la paciente.

Por falta de una respuesta favorable en su hemicara izquierda, acuden a terapia en un centro de fisioterapia particular, sin conseguir los resultados esperados.

Al continuar con la asimetría facial izquierda se realizaron exámenes de conducción nerviosa motora del nervio facial derecho e izquierdo en la ciudad de Quito, concluyendo que existe una ruptura del nervio facial izquierdo.

Fue tratada quirúrgicamente en la ciudad de Guayaquil, en busca de una solución a su parálisis facial.

4.3.5 Trámites Administrativos

Al ser menor de edad, la paciente tiene acceso al servicio de afiliación por parte del padre, quien cuenta con una aportación general, por tener un negocio propio, en el momento del accidente existía un retraso en el pago de las cuotas de afiliación, adeudando un total de 1400 dólares, motivo por el cual no había una cobertura por parte del seguro social mientras no se cancele el total de la deuda.

Siendo un accidente de tránsito existía la cobertura por parte del FONSAT, cantidad que cubría un total de 3 días en los servicios de terapia intensiva, dejando sin cobertura a la paciente luego de eso.

Debido a que fue un accidente en el que se vieron involucrados los padres, 2 hermanas y un sobrino de la paciente, mismo que falleció en el lugar de los hechos, y al no poder afrontar esta difícil situación la cabeza de hogar, el resto de los hermanos de la paciente tuvieron que hacerse cargo del cuidado de los afectados, al igual que los gastos de su sobrino, lidiando económica y emocionalmente con lo sucedido, motivo por el cual, solicitaron a servicio de asistencia social del hospital se facilite la realización de los pagos.

Se manifestó que el pago tenía que ser inmediato, con el plazo de 3 días desde el día de internación, caso contrario se planteó la referencia al hospital regional Ambato.

Los familiares lograron solucionar los pagos al tercer día, motivo por el cual, se prosiguió con el tratamiento en el Hospital del Seguro.

Al ser desalentadora la condición de la paciente, los familiares buscaron una segunda opinión en un lugar especializado, motivo por el cual realizaron una solicitud que les diera acceso a la historia clínica completa de la misma, al igual que a sus exámenes complementarios, recibiendo una respuesta positiva e inmediata, facilitándoles una copia certificada completa y los exámenes originales.

4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.

- **Riesgo de la interrupción de la atención emergente.**

En el hospital del seguro se presentó el inconveniente peligrando su atención, por el atraso en las cuotas, la hospitalización de los padres y otros miembros de la familia involucrados en el accidente y el fallecimiento de uno de ellos, hecho que obligó al resto de hermanos de la paciente a asumir gastos inesperados, tales como la compra de pintas de sangre, la realización de exámenes complementarios y el pago inmediato del valor total de la deuda.

- **Limitado equipamiento médico**

Al solicitar ciertos exámenes complementarios, se manifestó que los equipos para la obtención de los mismos, se encontraban fuera de servicio, motivo por el cual fue necesario el traslado en un principio al hospital Regional Ambato para la realización de una TAC de cráneo, en días posteriores al necesitarse otros exámenes era necesario el traslado a otros centros de convenio especializados según el requerimiento respectivo, presentándose otro problema, tomando en cuenta el estado de la paciente, por lo que se requería una ambulancia equipada para este tipo de caso, misma que no se encontraba disponible en el IESS, solicitando a los familiares buscasen la manera de conseguirla, al tener un familiar que formaba parte del ECU 911 consiguieron el apoyo de los servicios de una ambulancia equipada de la institución, para el traslado adecuado.

- **Falta de disponibilidad para interconsultas.**

En general la respuesta a las interconsultas se realizó adecuadamente, pero hubo excepciones, pues al realizarse de otra manera pudieron cambiar el estado de algunos aspectos de la paciente, como en el caso de la revisión oftalmológica, que familiares manifestaron no hubo la accesibilidad inmediata a la especialista, permaneciendo con las indicaciones iniciales la mayor parte del tiempo que permaneció internada la paciente; otro caso fue con el área de terapia física, donde no brindaron una atención completa quizá por falta de personal o falta de tiempo, realizando alrededor de 5 sesiones de 10 min, sin lograr ningún progreso en el estado físico de la paciente, además de que no se realizó terapias respiratorias indicadas.

Luego del alta le asignan distintas fechas para las interconsultas respectivas, indicándole la importancia de un seguimiento adecuado, pero por la cantidad de pacientes algunas citas son asignadas con meses de diferencia, por lo que deciden llevarla a consultas privadas, en algunos casos con el mismo profesional.

- **Poca información a familiares para la atención de un paciente neurológico.**

La paciente es dada de alta en un estado neurológico deficiente, por lo que necesita de un equipamiento especial acorde a las necesidades de la misma, la familia no recibe información adecuada sobre la manera de equiparla, por lo que lo realizan basándose en los cuidados que recibe dentro del hospital, adquiriendo una cama mecánica con la ayuda de donaciones por parte de la escuela a la que asiste la paciente.

- **Atención fisioterapéutica limitada.**

Al ser dada de alta se especifica que la atención fisioterapéutica es muy importante para la recuperación de la paciente, pero por el estado en el que se encuentra no puede asistir a las sesiones en la unidad de salud, ya que no es posible su traslado y cuidado, mismo que podría verse afectado, se consulta sobre una posible atención a domicilio, pero la afiliación no corre con esos gastos, por lo que se contactan con la fundación Cuesta Holguín, quienes en convenio con el centro de terapia física y rehabilitación “El Buen Samaritano”, les brindan la ayuda necesaria, enviándoles una profesional especializada en terapia neurológica quien le atiende a domicilio.

- **Falta de seguimiento de la evolución de la paciente.**

Al ser tratada durante algunos meses y no tener una mejoría de su parálisis facial, la especialista le recomienda realizarse un examen de conducción nerviosa, se conversó al respecto con el especialista que la trataba, quien manifestó que era posible la realización de dicho examen, pero que en la ciudad no había un lugar donde realizarla, por lo que tuvieron que trasladarse a un especialista en Quito quien le realizó el examen necesario,

luego de 7 meses de dada el alta, de la misma manera se le identifica una disminución en la audición de su oído izquierdo, por lo que se le realiza un examen de audiometría en la misma ciudad al no encontrarse lugares en Ambato que los realicen, haciéndose cargo de dichos gastos la familia, ya que no existen lugares con convenio del IESS que los realicen.

Dentro de la atención que recibió se respetaron los protocolos inmediatos, lo que ayudo a la adecuada estabilización del paciente.

Según datos de la cruz roja, el 57 % de las muertes en carretera, tienen lugar los primeros 5 minutos después de ocurrido el accidente, debido a hemorragias u obstrucción de la vía respiratoria.

PRINCIPIOS DE ACCIÓN DE EMERGENCIAS (PAE)

Son una serie de pasos que le ayudaran a una mejor actuación en caso de emergencia. Los Principios de Acción de Emergencia son:

1. Reconozca el lugar del accidente:

- Valore si el peligro continúa o no, segura la victima seguro yo.
- No arriesgue su vida innecesariamente.
- Mire cuántas personas están heridas.
- Pregunte a los afectados o a los curiosos ¿Qué pasó? Tenga un alto grado de sospecha.
- Pida ayuda a los servicios de emergencia llamando al 911

2. Realice el primer reconocimiento de la persona accidentada:

- El Paciente no respira
- Determine el estado de conciencia de la víctima.
- Dígale al accidentado que sabe primeros auxilios.
- Proporcione datos del lugar, diga la dirección exacta, el tipo de accidente, el número de heridos y que ayuda se está prestando.
- Investigue si la víctima está respirando mirando los movimientos del pecho.

- Se toma pulso carotideo ya que es más accesible y perceptible.
- Si el lugar es seguro, atienda a la víctima en el sitio, si no lo es, pida ayuda y con cuidado movílcelo del lugar. (10) (11)

3. Si la persona está inconsciente, no respira o no tiene pulso, realice urgentemente los siguientes pasos mientras lo llevan al centro de salud:

- Pida permiso para ayudarlo.
- Si la persona rechaza su ayuda, respete su decisión.
- Las prótesis dentales no se retiran, ya que nos ayudan a mantener la anatomía de la misma, en caso de necesitar dar reanimación, a menos que se encuentren rotas en la cavidad bucal, o sean éstas las que obstruyan la vía de respiración.
- Póngale una mano en la frente y la otra en el mentón y delicadamente, lleve la cabeza hacia atrás.

4. Realice el procedimiento CAB:

1. Brinde reanimación cardiopulmonar o inicie compresiones.
2. Abra la boca y mueva la cabeza hacia atrás.
2. Busque si está o no respirando y abra las vías aéreas.

Si no respira, debemos dar respiración artificial:

- Presione fuertemente con su boca alrededor de los labios de la persona accidentada.
- Con sus dedos presione la nariz. (Como una pinza).
- Sople suavemente hasta que vea levantarse el pecho y sienta que se han expandido los pulmones.
- Separe su boca y deje que salga el aire.
- Cuando ha salido todo el aire, repita el procedimiento 12 veces por un minuto, es decir 1 cada 5 segundos.
- Todo esto mientras lo traslada al centro de salud. (10) (11)

Aprender a reconocer un traumatismo craneal serio y administrar los primeros auxilios básicos puede salvar la vida de alguien.

Consiga ayuda médica de inmediato si la persona:

- Se torna muy somnolienta.
- Se comporta de manera anormal.
- Presenta dolor de cabeza fuerte o rigidez en el cuello.
- Tiene las pupilas (la parte central y oscura del ojo) de tamaños diferentes.
- Es incapaz de mover un brazo o una pierna.
- Pierde el conocimiento, incluso brevemente.
- Vomita más de una vez (12)
- Es importante identificar a un paciente con TCE una vez ingresado al área de emergencias.

Para lo que se recomienda seguir 4 pasos:

1. Clasificar. - se realizará mediante la escala de coma de Glasgow, la cual evaluará tres respuestas diferentes: ocular, motriz y verbal, definiendo el grado según la respuesta:
 - TCE leve: GCS 15-14
 - TCE moderado: GCS 13-9
 - TCE grave: GCS <9
2. Observación de signos y síntomas. - existen varios que nos pueden llevar a sospechar una lesión a nivel cerebral, como lo son náuseas, vómito en arcada, cefalea persistente, alteración en el comportamiento, cambios en el tamaño pupilar, pérdida del estado de conciencia.
Al existir fractura de la base del cráneo podemos encontrar signos como Battle (el tejido por detrás del oído y sobre la apófisis mastoides se abulta y cambia de color) significa fractura del seno sigmoideo.
3. Estudio del TAC de cráneo. - No todos los cambios se pueden observar sino hasta las 72 horas de ocurrido el trauma, pero nos ayuda a descartar hemorragias que requieran intervención quirúrgica de emergencia, por lo

que es importante realizarlas dentro de las primeras 8 horas en caso de sospecha.

4. Tomar acciones en el lugar del accidente. - Evaluación y resucitación siguiendo la secuencia ABCDE

A: Vía aérea, verificar que esté permeable

B: (Breathing), mantener una adecuada ventilación

C: Circulación, verificar una adecuada circulación (pulsos) y verificar si hay sitios de hemorragia, para consiguiente tratar de pararlos.

D: Déficit neurológico/Drogas, aplicar escala de Glasgow y verificar que el paciente no esté bajo efectos de alguna droga.

E: Exposición (13)

4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

PUNTOS CRÍTICOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
------------------------	--------------------------------	---------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de la interrupción de la atención emergente. 	<p>Brindar una facilidad de pago por la acumulación de cuotas de afiliación.</p>	<p>Sería favorable que se permitiera hacer una excepción en casos extremos como este, tanto por las condiciones que involucraba a sus familiares, como el delicado estado de salud, se brindara una facilidad de pago, ya sea mediante una refinanciación o un aplazamiento, estudiando según el caso.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Limitado equipamiento médico 	<p>Mejor mantenimiento y equipamiento de los equipos de salud.</p>	<p>Organizar a personal capacitado para una revisión constante de los equipos, logrando un mantenimiento adecuado que garantice la funcionabilidad de los mismos, acelerando la obtención de los resultados de los pacientes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de disponibilidad para interconsultas. 	<p>Mayor atención a los pacientes de interconsulta.</p>	<p>El médico de cabecera debe verificar el cumplimiento de las interconsultas solicitadas.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Poca información a familiares para la atención de un paciente neurológico. 	<p>Capacitación completa para los familiares de pacientes con daños neurológicos, sobre todo en el equipamiento en casa.</p>	<p>Es importante dar un seguimiento al alta de los pacientes con daños severos, sobre todo a quienes necesiten un equipamiento acorde a necesidades especiales, capacitando a los familiares tanto en el cuidado físico del paciente, como de su entorno.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Atención fisioterapéutica limitada. 	<p>Atención oportuna del servicio de fisioterapia en pacientes internados.</p>	<p>Es importante cumplir con las indicaciones realizadas, llevando un control en el cumplimiento de las mismas, reportando los avances en cada revisión, de la misma manera es importante el apoyo para pacientes que por su condición física no puedan acudir a las terapias, asignando según casos extremos a personal de rehabilitación para que acudan al menos una vez al domicilio del paciente.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Falta de seguimiento de la evolución de la paciente. 	<p>Estar atentos a todas las secuelas que puedan producirse luego de un daño neurológico, y al avance de los mismos, como en el caso de nuestra paciente con parálisis facial.</p>	<p>Es importante analizar todas las secuelas post daño neurológico, sobre todo al no obtener una respuesta favorable, cubriendo todas las posibles causas, realizando todos los exámenes necesarios que nos ayuden a buscar una recuperación favorable.</p>
---	--	---

4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Objetivo a Corto plazo: Mejorar la marcha y equilibrio

Objetivo a Mediano plazo: Estimular la coordinación y el braseo en la marcha

Objetivo a Largo plazo: Aumentar en cierta medida los movimientos de la hemicara izquierda.

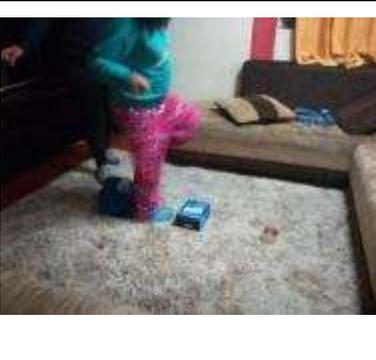
EQUILIBRIO ESTATICO

Nombre	Descripción		Tiempo	Imagen
El Flamenco	El sujeto se coloca en posición erguida con un pie en el suelo y el otro apoyado en una tabla. Cuando se le da una señal, pasa el peso del cuerpo a la pierna elevada sobre la tabla, flexionando la pierna libre hasta poder ser agarrada por la mano del mismo lado del cuerpo. (14)	El test se basa en contabilizar el número de ensayos que ha necesitado el sujeto para lograr mantener el equilibrio de un minuto.		
Balanceo de pierna	El sujeto se coloca en posición erguida con un pie en el suelo y el otro en flexión simulando la posición de paso (14)	Solo apoyo, llevando la pierna contraria en movimiento pendular primero hacia delante y posteriormente lo más atrás posible, intentando siempre que vaya lo más estirada posible. Vamos a ayudarnos de la posición de los brazos para evitar al máximo		

<p>Equilibrio en posición de caballero</p>	<p>El sujeto se coloca en posición de caballero con los brazos en abducción (15)</p>	<p>Intentar mantener el equilibrio arrodillado sobre una pierna y con la otra doblada con el pie plano hacia el suelo</p>	<p>20 repeticiones de con cada pierna</p>	
<p>Arrodillado sobre una colchoneta apoyando la punta de los dedos de los pies</p>	<p>El sujeto se coloca en posición de caballero con los brazos en abducción (15)</p>	<p>Sentarse sobre los talones manteniendo los brazos en cruz Levantar la pelvis hasta quedar en la postura inicial</p>		

EQUILIBRIO DINÁMICO

<p>Caminata de talones</p>	<p>Consiste en llevar el peso del cuerpo sobre los talones sin levantar los dedos de los pies.</p>	<p>Se evita apoyar el pie y mantener el mayor tiempo esta postura para la marcha; para que su eficacia sea mayor se recomienda hacerla sobre una colchoneta o piso irregular para activar propioceptores</p>		
<p>Caminata de puntas</p>	<p>Consiste en llevar el peso del cuerpo sobre las puntas de los pies</p>	<p>No se debe apoyar el pie por completo sino mantenerse el mayor tiempo posible caminando en esta postura; se usara piso irregular para mayor dificultad</p>		

<p>Caminata en una línea recta un pie tras otro</p>	<p>Consiste en caminar sobre una línea recta poniendo por delante de la punta de un pie el talón del otro y en viceversa hasta completar el espacio señalado</p>	<p>Se trata de no pisar fuera de la línea trazada en el piso</p>		
<p>Caminar entre cruzando los pies</p>	<p>Consiste en caminar cruzando las piernas.</p>	<p>Se trata de evitar caerse al cruzar las piernas iniciando de forma lenta y aumentar la intensidad de poco a poco</p>		
<p>Marcha con obstáculos</p>	<p>La caminata de terrenos irregulares, se realiza una marcha con obstáculos, en donde se coloca en el suelo algunos objetos de diferentes tamaños.</p>	<p>El paciente deberá evitar los obstáculos con el fin de coordinar movimientos</p>		

MARCHA

Nombre	Descripción		Tiempo/repeticiones	Imagen
Marcha combinada con movimientos coordinados de brazos	El paciente caminará con los brazos abiertos y mientras realiza el paso se tocará la nariz con el dedo índice; así al realizar el pazo con el pie derecho , el dedo índice de la mano izquierda tocará la nariz teniendo el brazo en aducción y el antebrazo en flexión y así en viceversa con la otra pierna	Se combinará movimientos para mejorar su estabilidad en la marcha mejorando la oscilación de sus brazos		
Subir y bajar gradas	Para realizar esta actividad el paciente debe sostenerse de las paralelas de las escaleras por seguridad hasta que su seguridad haga que suelte por completo el pasamano.	Primero el paciente subirá la pierna sin lesión y posterior la pierna con hemiparesia haciendo que aumenta la intensidad al subir y bajar gradas		

Pasarse balón pata coja	Nos colocamos en equilibrio sobre un solo pie, mientras el compañero nos va pasando una pelota a las manos (16)	que nosotros debemos receptor intentando mantener el equilibrio sobre un solo apoyo		
-------------------------	---	---	--	---

Musculo	Consigna	Posición del fisioterapeuta	Resistencia	Repeticiones	
Epicraneano (frontal)	Levante las cejas o ponga cara de sorpresa, arrugue la frente	Las manos del terapeuta estarán por encima de las cejas.	Se aplicara en la frente, empujando caudal y medialmente los pulpejos de los dedos con los ojos abiertos y extensión del cuello	20 veces	

<p>Orbicular del Ojo</p>	<p>Cierre los Ojos</p>	<p>Se utilizaran ejercicios diferentes para los parpados superior e inferior</p>	<p>Sera diagonal ligera en los parpados, evitar la presión sobre los globos oculares, se facilitara con flexión de cuello.</p>	<p>20 veces</p>	
<p>Risorio y M. Cigomático Mayor</p>	<p>Sonría</p>	<p>Las manos del terapeuta estarán sobre las mejillas</p>	<p>Se aplicara en las comisuras de la boca, medialmente y ligeramente hacia abajo (caudalmente)</p>	<p>20 veces</p>	

Musculo	Consigna	Posición del fisioterapeuta	Resistencia	Repeticiones	
Orbicular de la boca	Apriete los labios, silbe y diga (un)	Las manos sobre el labio superior	Se aplicara en el labio superior lateralmente y hacia arriba	20 veces	
		Las manos sobre el labio inferior	Se aplicara en el labio inferior lateralmente y hacia abajo	20 veces	
Elevador del Labio superior	Levante el labio superior, muestre la dentadura de arriba	Las manos sobre el labio superior	Se aplicara en el labio superior, hacia abajo y medialmente	20 veces	

5. CONCLUSIONES

Mediante el análisis del caso clínico y la recolección de información se concluyó: Se logró una recuperación favorable dentro de su condición clínica, permaneciendo con secuelas motoras y estéticas que afectan su vida diaria, comprometiendo su desenvolvimiento social, ya que no puede participar en actividades que antes del accidente eran normales dentro de su entorno y su edad.

Varias de las secuelas con las que aún permanece la paciente son: debilidad muscular en su pierna izquierda, lo que no le permite reincorporarse aun a sus actividades deportivas escolares, disminución de fuerza de agarre en su mano izquierda, en ocasiones prefiere no utilizar dicha mano y deben solicitarle que lo haga., dentro de lo estético continua de manera notoria su parálisis facial izquierda, recuperando levemente la movilidad, lo que también conlleva a su alejamiento social, apoyándose en su familia y amigos cercanos.

Los puntos críticos influyeron mucho durante su proceso de recuperación, muchas veces dificultando la obtención de tratamientos necesario para su evolución, por consiguiente, siendo necesario la búsqueda de alternativas.

Determinando las secuelas que aún persisten se propone un plan terapéutico enfocado en superar los distintos problemas que afectan su motricidad e interfieren en su reintegración escolar y social.

Debemos tener en cuenta la importancia que conlleva el estar detrás de un volante, sabiendo que no solo somos responsables de nuestra vida sino de quienes nos acompañan, por lo que es necesario estar siempre alertas en la carretera.

A pesar de todas las dificultades sufridas la paciente y sus familiares han sido constantes en los tratamientos que puedan ayudar en la recuperación de la misma, manteniéndose siempre optimistas y agradecidos con cada nuevo progreso.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía:

1. Alvarez, C. Cuidado Crítico Pediátrico. Manizales, Colombia. Universidad de Caldas.; 2007.p. 32,63. (21)
2. Gonzales B. In Daño Cerebral Adquirido. Evaluación, diagnóstico y rehabilitación. Madrid, España: Síntesis, S.A.; 2012. p. 31,34.(1)
3. Ruza F. Cuidados Intensivos Pediatricos,Tercera edición,Vol 3, Madrid, España, Norma Capitel .; 2003.p. 1903. (19) (20)
4. Stokes M.. Fisioterapia En La Rehabilitación Neurológica. Madrid, España.: Elsevier Mosby.; 2006.(3)

Linkografía:

1. Agencia nacional de tránsito[Online].; 2017 [cited 2017. Available from: <http://www.ant.gob.ec/index.php/descargable/file/3943-siniestros-enero-2017>.(5)
2. Borke J. Medline Plus. [Online].; 2015 [cited 2017. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000028.htm>.(11)
3. Caballero D. triatlonweb. [Online].; 2014. Available from: <http://www.competencia.com/entrenamiento/fitness/articulo/ejercicios-fitness-propiocepcion>.(15)
4. Calderón.C. &FR. Scielo. [Online]. Costa Rica; 2016. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152.(2)
5. Cornago A. slideshare. [Online].; 2013 [cited 2017. Available from: <https://es.slideshare.net/anabelcor/ejercicios-de-equilibrio-esttico>.(13)
6. Cruz Roja. [Online].; 2017 [cited 2017. Available from: <http://www.cruzroja.org.ec/index.php/featured-video/83-primeros-auxilios>.(9)

7. Fundacion Esclerosis Multiple. [Online]. [cited 2017. Available from: <http://www.fem.es/Imatges/Web/Documents/3EJEREQU.pdf>.(14)
8. Huaraca W. Revista Médica De Nuestros Hospitales. [Online].; 2011 [cited 2017. Available from: 8. Huaraca,W., (2011), Parálisis Facial: Primera Microcirugía Correctiva en Ecuador Mediante Técnica de Viterbo (NTL), Revista Médica De Nuestros Hospitales,vol.17 (Nº3) Recuperado de: https://www.revistamedica.org.ec/docs/rmnh/2012/vol17/revistamedica_vo.6
9. Kahn A. Healthline, Hematoma subdural, [Online].; 2012, tomado de: <https://es.healthline.com/health/hematoma-subdural#Overview1> (19)
10. Mazas L(. elbauradiologico. [Online].; 2014 [cited 2017. Available from: <http://www.elbauradiologico.com/2014/01/pesas-palpebrales-de-oro-en-la.htm>.(17)
11. Mazas L. El Baúl Radiológico. [Online].; 2014 [cited 2017. Available from: <http://www.elbauradiologico.com/2014/01/pesas-palpebrales-de-oro-en-la.html>.(8)
12. Moreira J. LA HORA. [Online].; 2012 [cited 2017. Available from: <https://lahora.com.ec/noticia/1101284758/trauma-craneoencefc3a1lico> (4).
13. Moreno K. Sapiens Medicus , Manejo del Traumatismo Craneoencefálico en 4 pasos,. [Online].; 2014. Available from: <https://sapiensmedicus.org/manejo-del-traumatismo-craneoencefalico-en-cuatro-pasos/>.(16)
14. Moreno K. Sapiens Medicus. [Online].; 2014. Available from: <https://sapiensmedicus.org/manejo-del-traumatismo-craneoencefalico-en-cuatro-pasos>(12)
15. Perez C. Unidad Editorial Internet, S.L. [Online].; 2009 [cited 2017. Available from: http://www.elmundo.es/especiales/2008/08/elmundomotor/seguridad_vial/2008/10/16/seccion_11/1224169410.html.(10)
16. Rodelgo T., Redacción Ommeda, lesión Axonal Difusa. [Online].;2016 tomado de: http://www.onmeda.es/enfermedades/lesion_axonal_difusa.html. (22)

17. V. L. Efisioterapia. [Online].; 2007 [cited 2017. Available from: <https://www.efisioterapia.net/articulos/metodo-rood-una-alternativa-terapeutica>.
18. Veletanga J. Redacción Médica. [Online].; 2016 [cited 2017. Available from: [http://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/modificacion-en-tecnica-de-viterbo-es-eficaz-en-la-paralisis-facial-88801.\(7\)](http://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/modificacion-en-tecnica-de-viterbo-es-eficaz-en-la-paralisis-facial-88801.(7))

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA

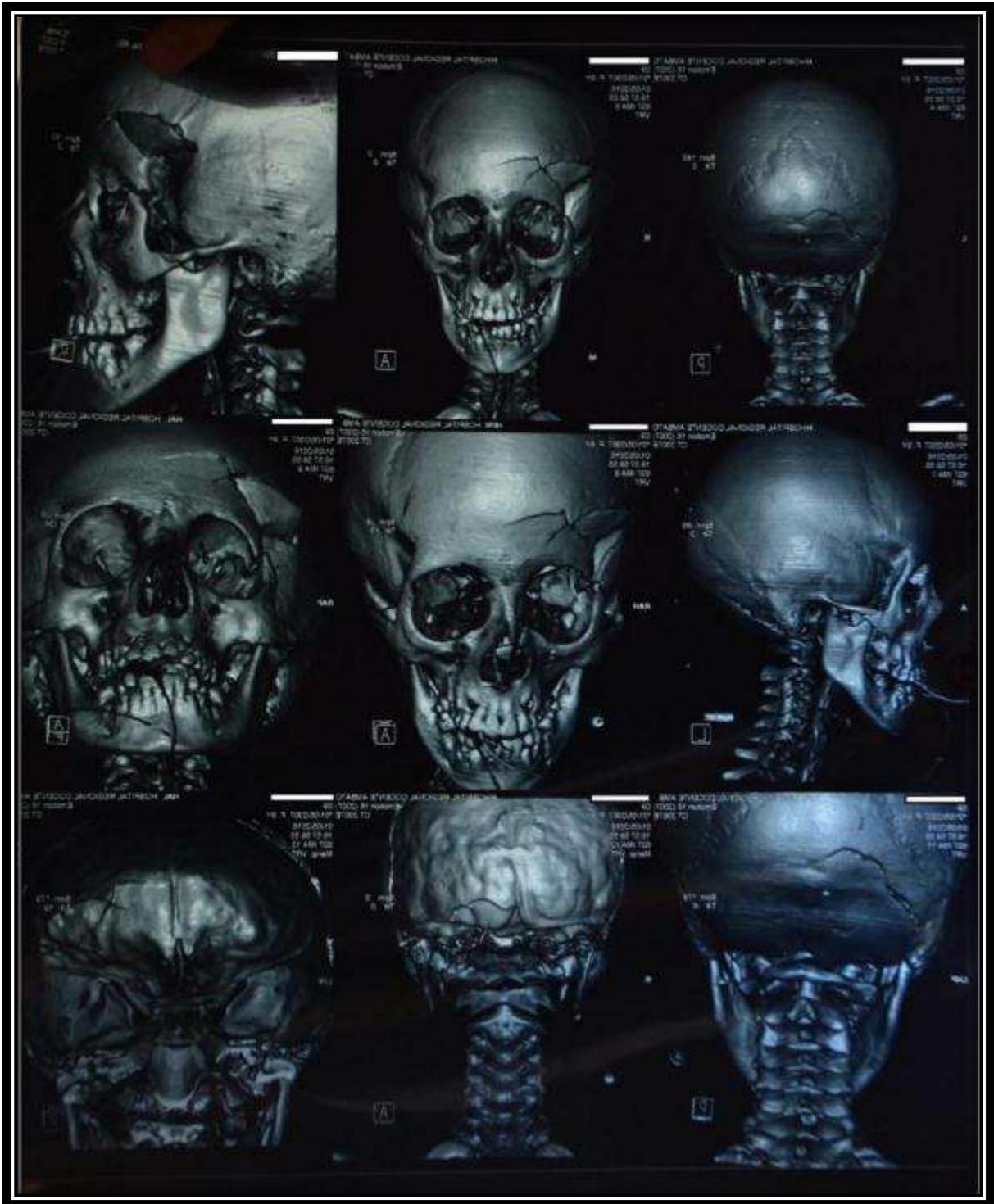
1. **ProQuest:** Chávez,D., Díez,M., Coronado,R., (2014), Rehabilitación posoperatoria de las fracturas, *Cirugía para el tratamiento de la discapacidad, Editorial Alfil, S. A.* recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/uta-ebooks/reader.action?docID=3429283>
2. **ProQuest:** López, A., Pena, M.,(2009), Traumatismos Craneoencefálicos, *Atención de enfermería en el paciente politraumático*, recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/uta-ebooks/search.action?query=hemiparesia>
3. **ProQuest:** Maísa,K., Aguiar., Stroppa,A., Rodrigues,C., Faganello,F., (2016), Physiotherapy in group improves balance and functionality of individuals with hemiparesis, *Fisioterapia em grupo melhora o equilíbrio e a funcionalidade de indivíduos com hemiparesia, ConScientiae Saúde*, recuperado de: <https://search.proquest.com/health/docview/1876132356/fulltextPDF/8753F541267146A4PQ/1?accountid=36765>
4. **ProQuest:** Barranco, A., & Fernández, D., (2010), Traumatismo Craneoencefálico, *Tutorial enfermería de urgencias, Tomo II, Editorial CEP*, recuperado de: [https://ebookcentral.proquest.com/lib/uta-ebooks/reader.action?docID=3209028&ppg=1.\(18\)](https://ebookcentral.proquest.com/lib/uta-ebooks/reader.action?docID=3209028&ppg=1.(18))
5. **ProQuest:** Wendelstein,F., Parizotto,D., Michaelsen,S., (2015), Characteristics of individuals with hemiparesis according to perception

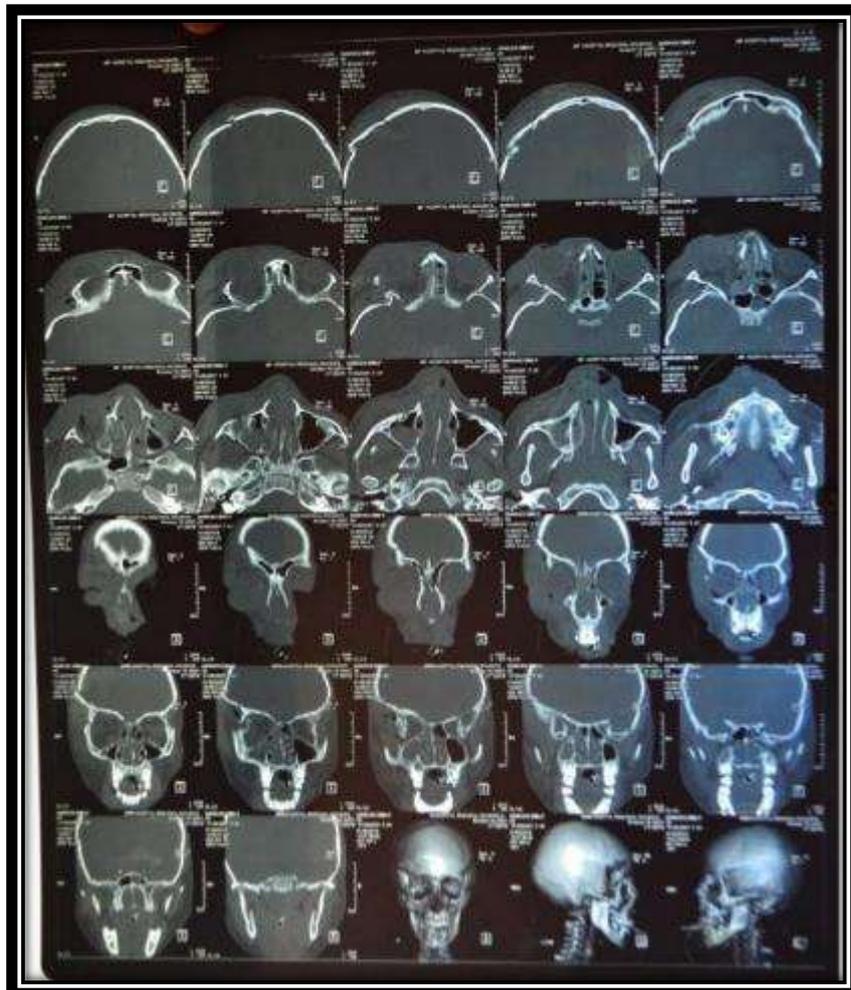
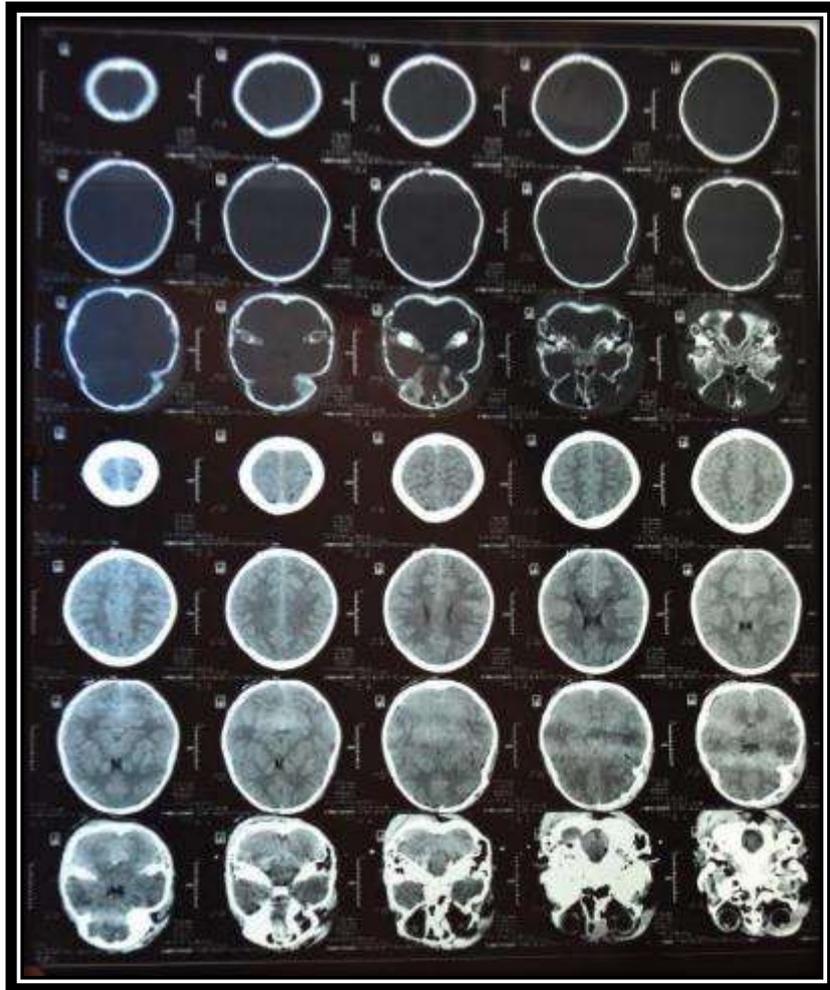
about the difficulty climb stairs, *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*, recuperado de:

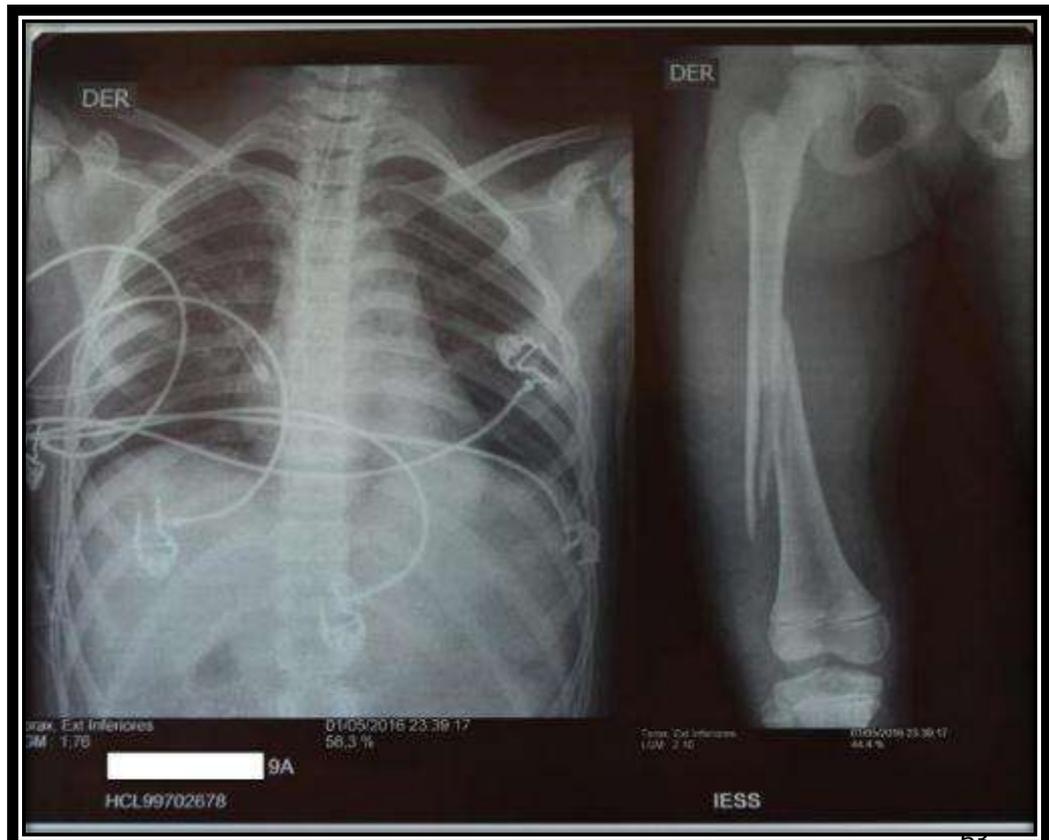
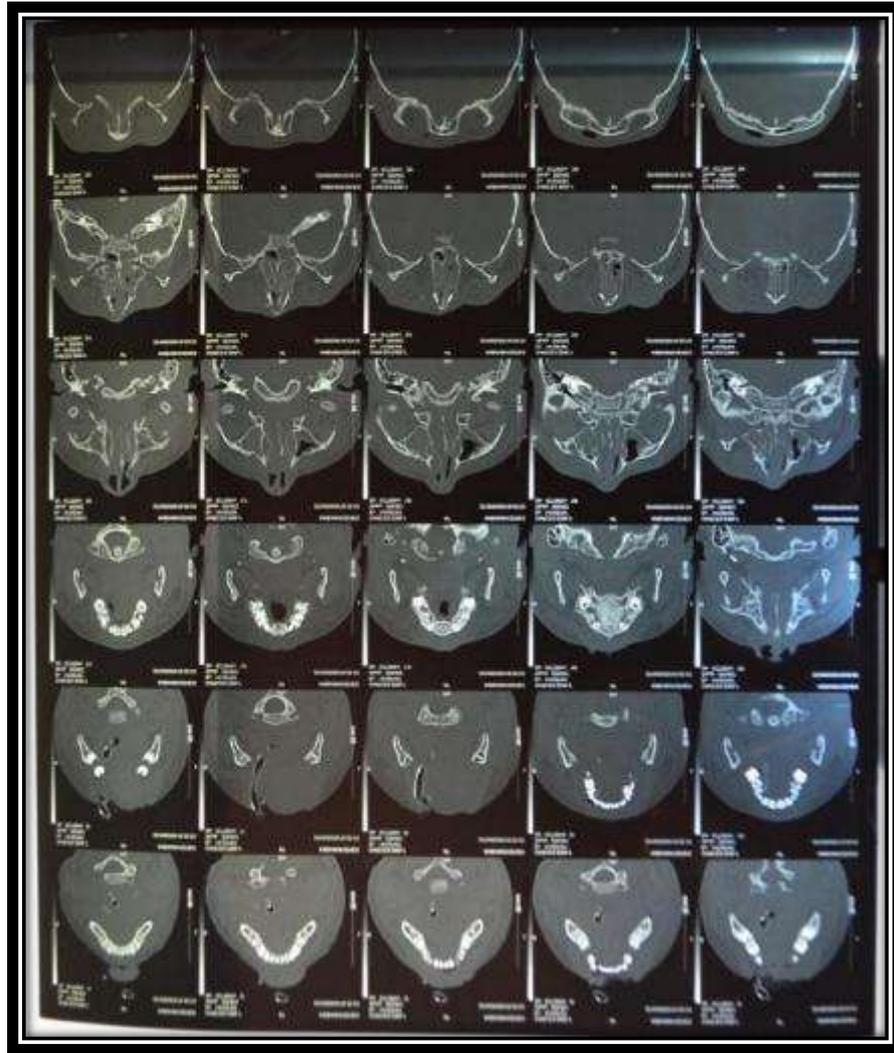
<https://search.proquest.com/health/docview/1657345005/fulltextPDF/8753F541267146A4PQ/2?accountid=36765>

7. ANEXOS

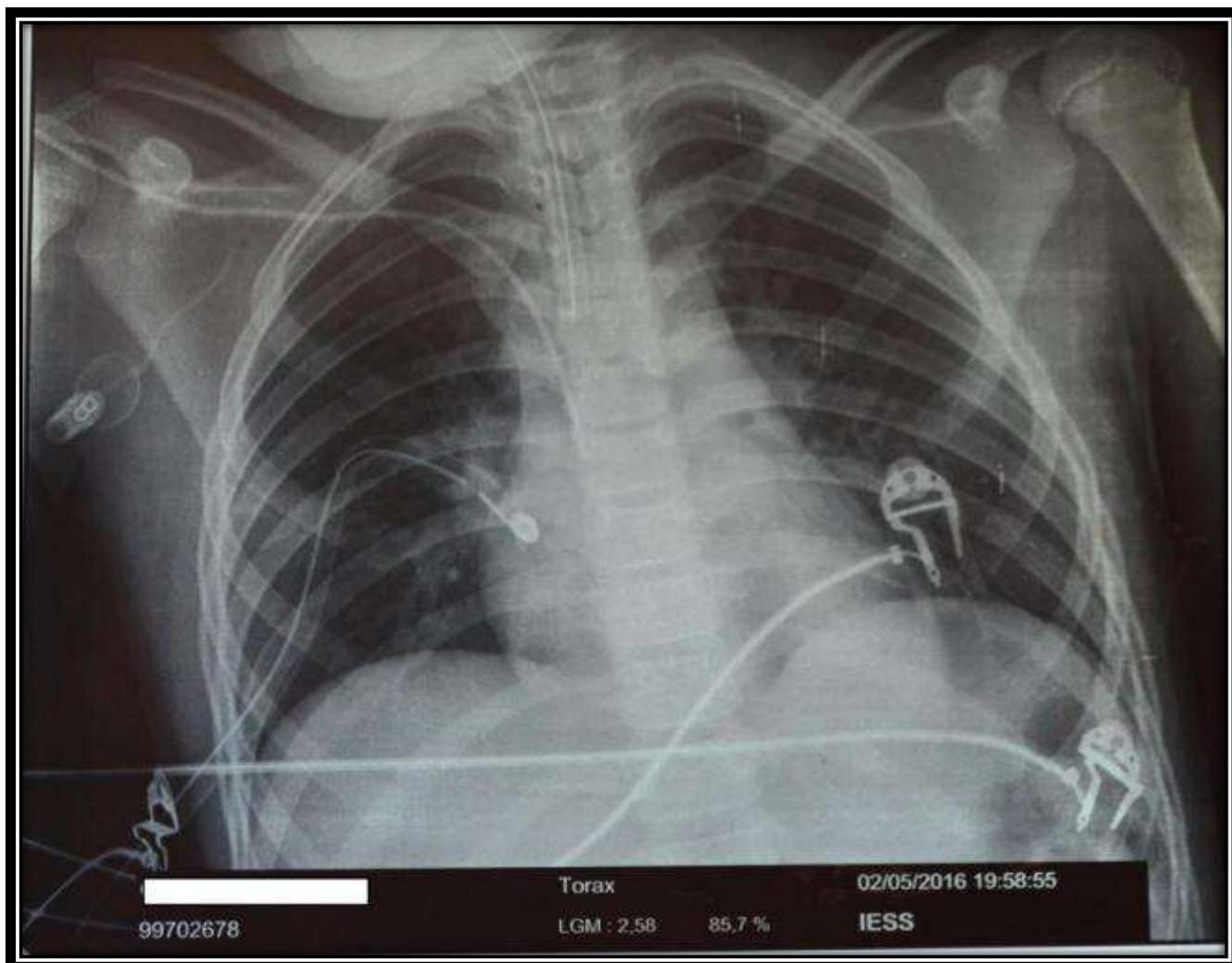
01/05/2016



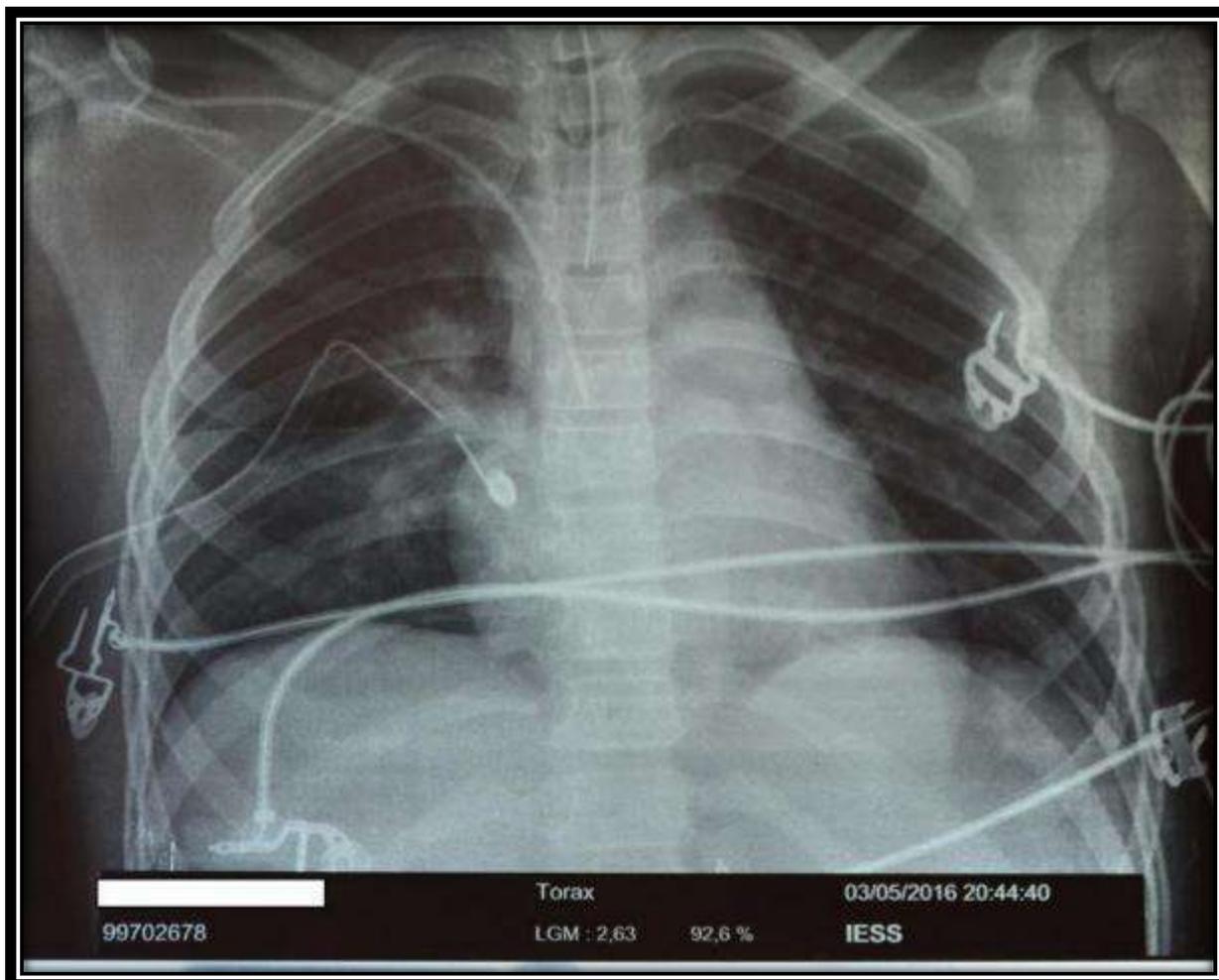




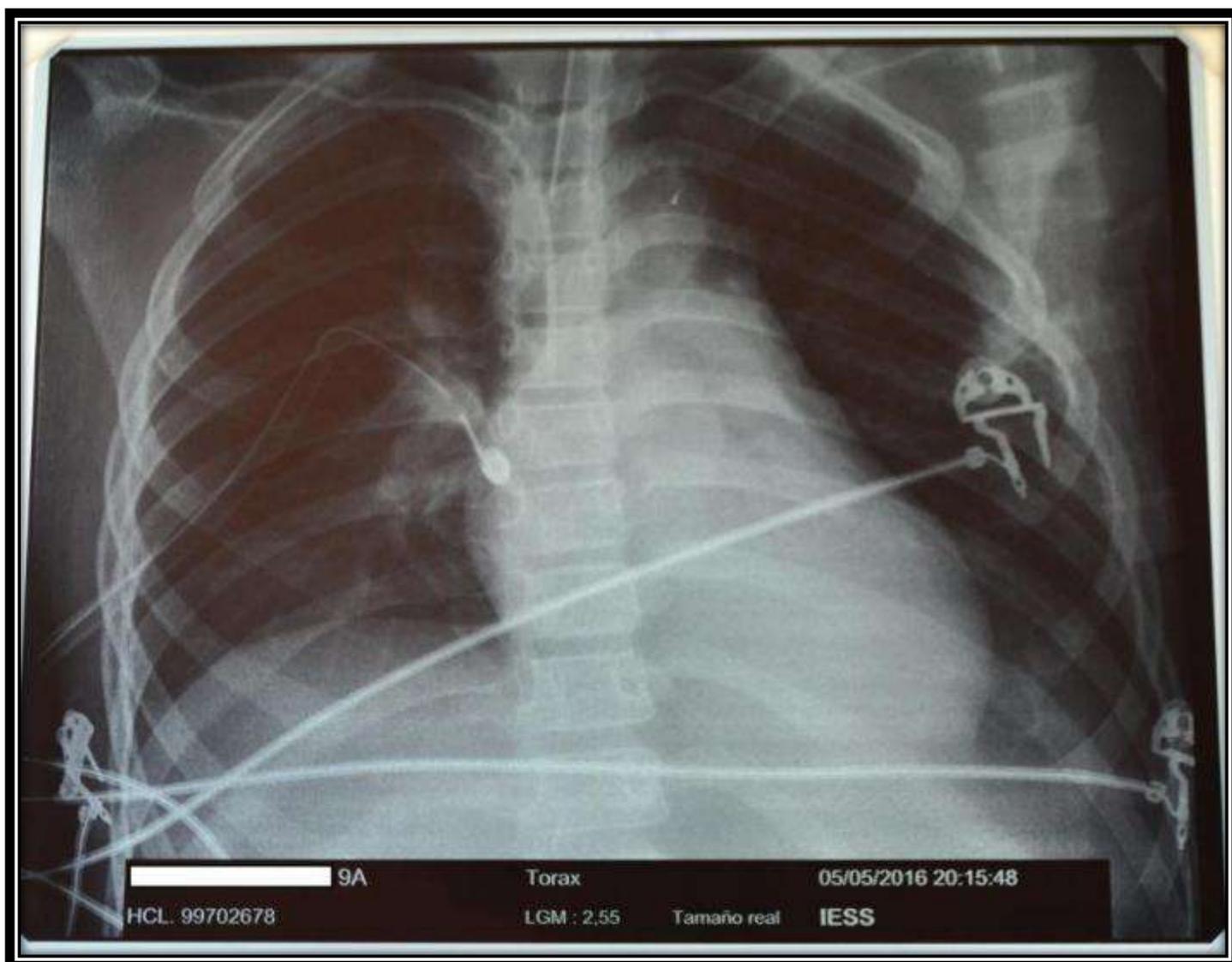
02/05/2016



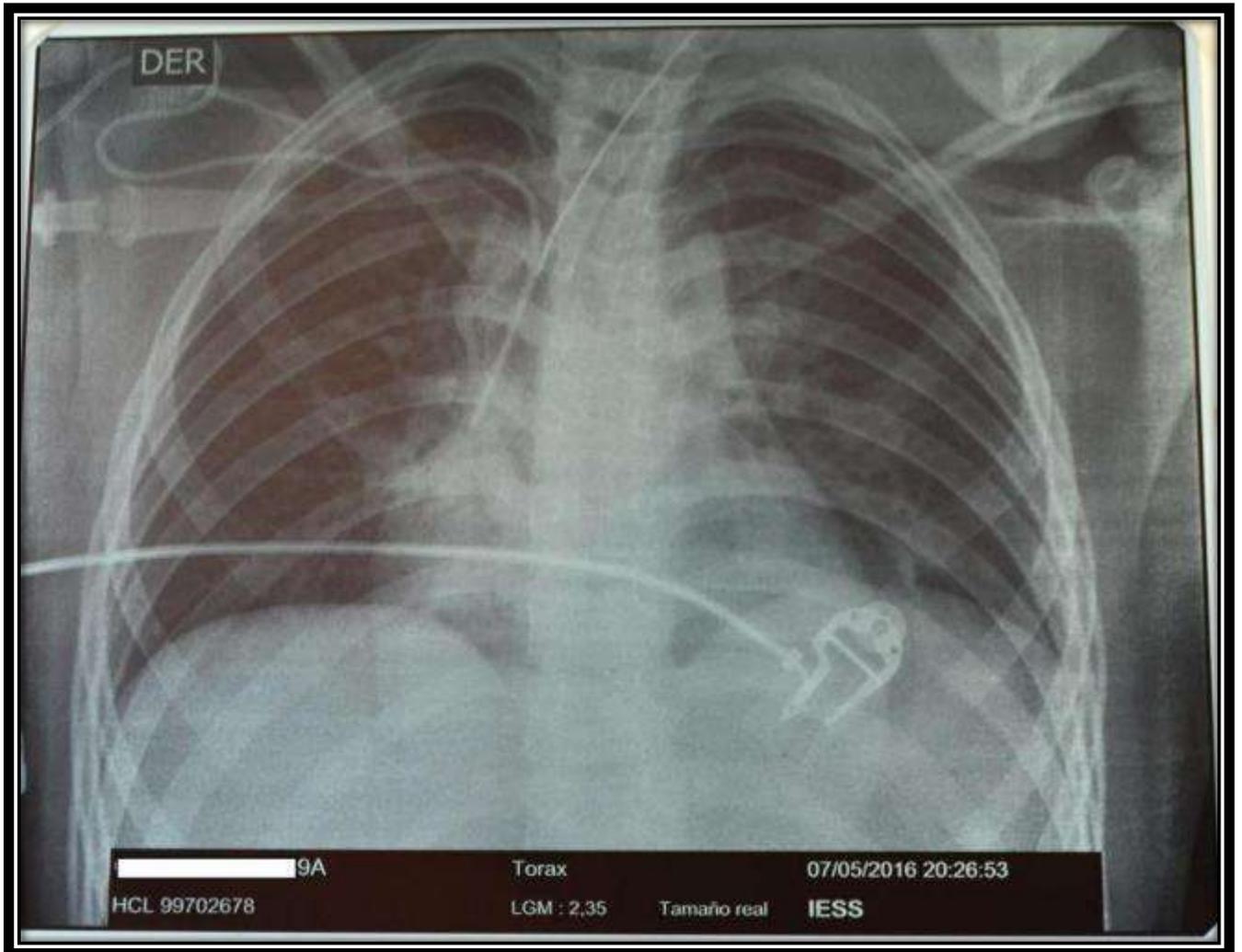
03/05/2016



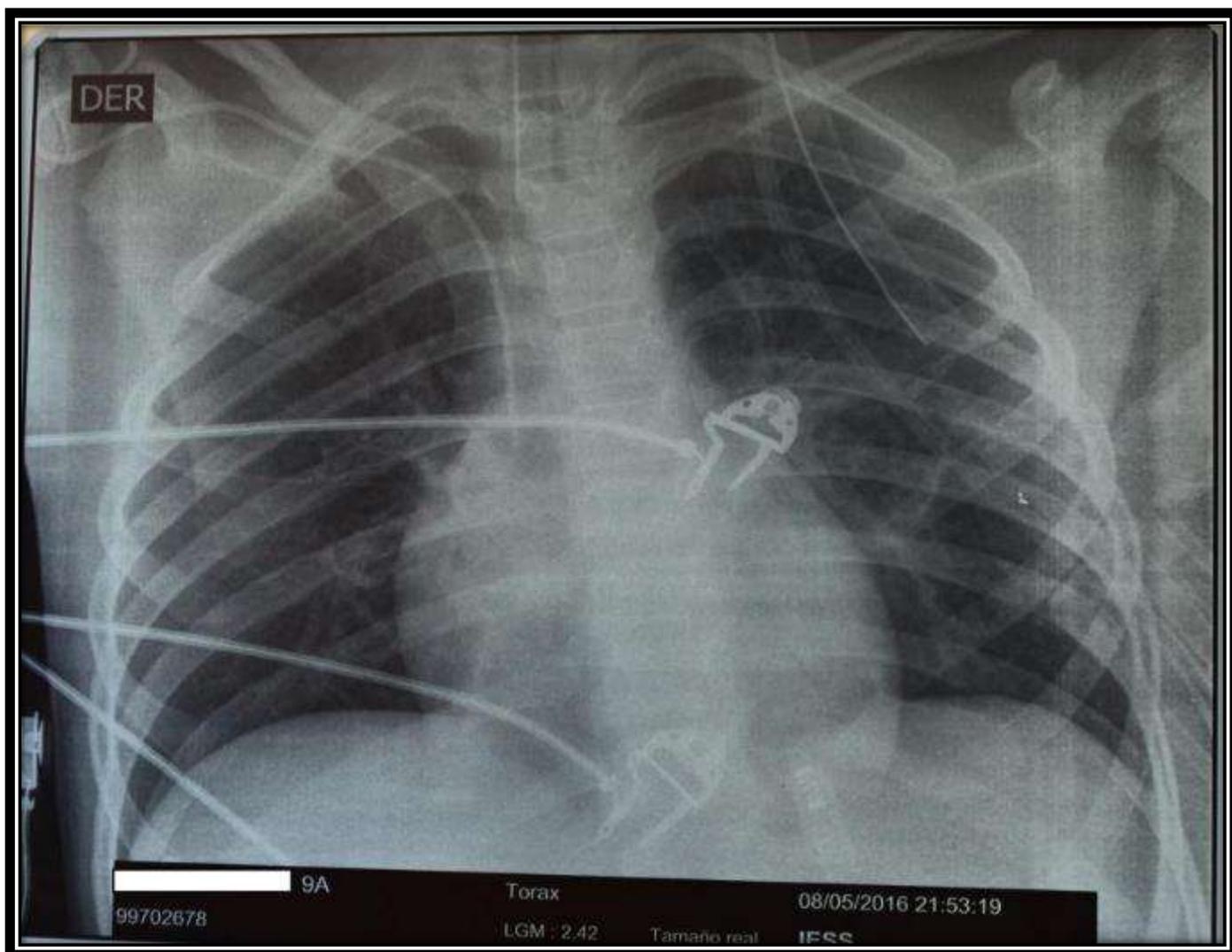
05/05/2016



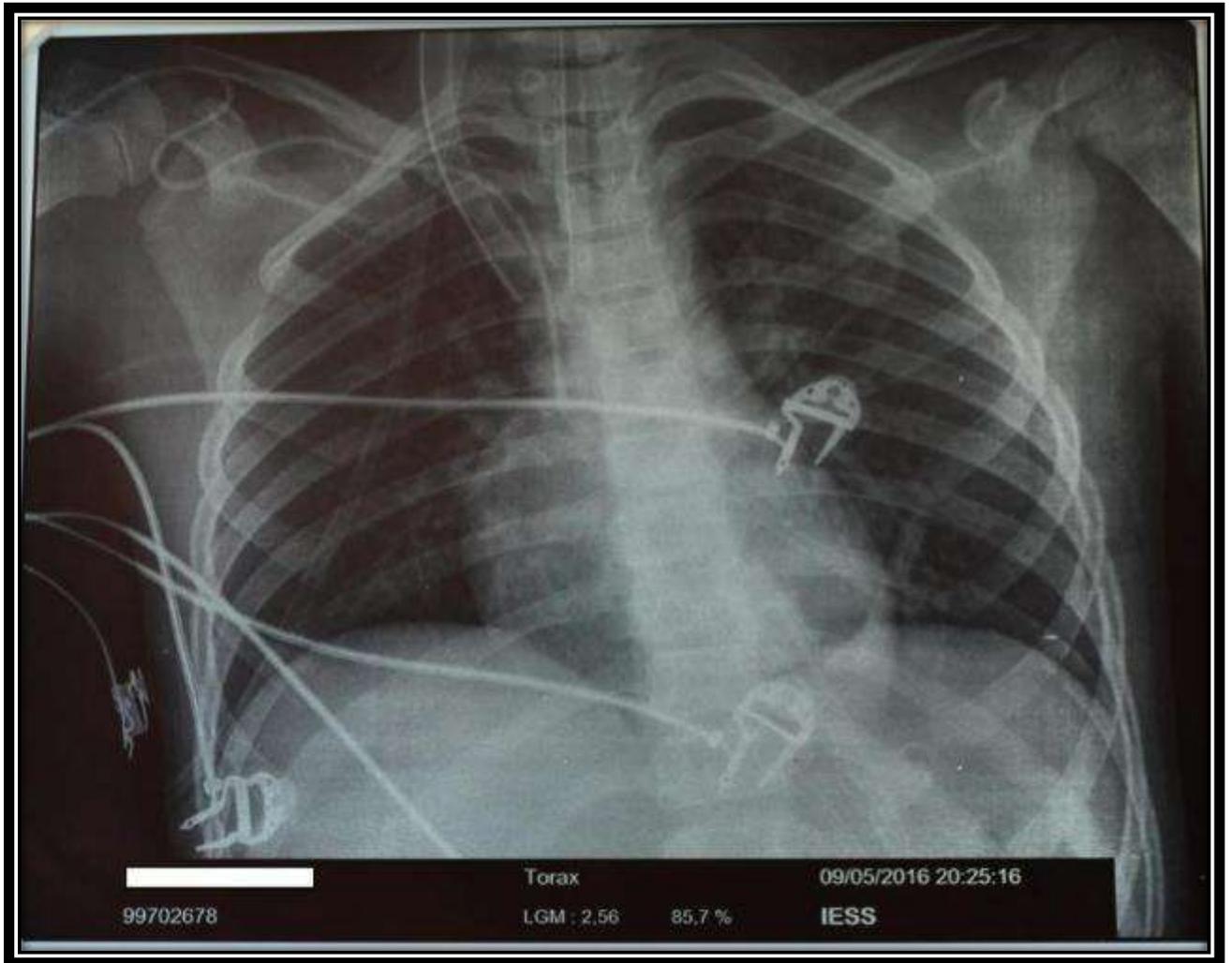
07/05/2016



08/05/2016



09/05/2016



10/05/2016

AMBAimágenes

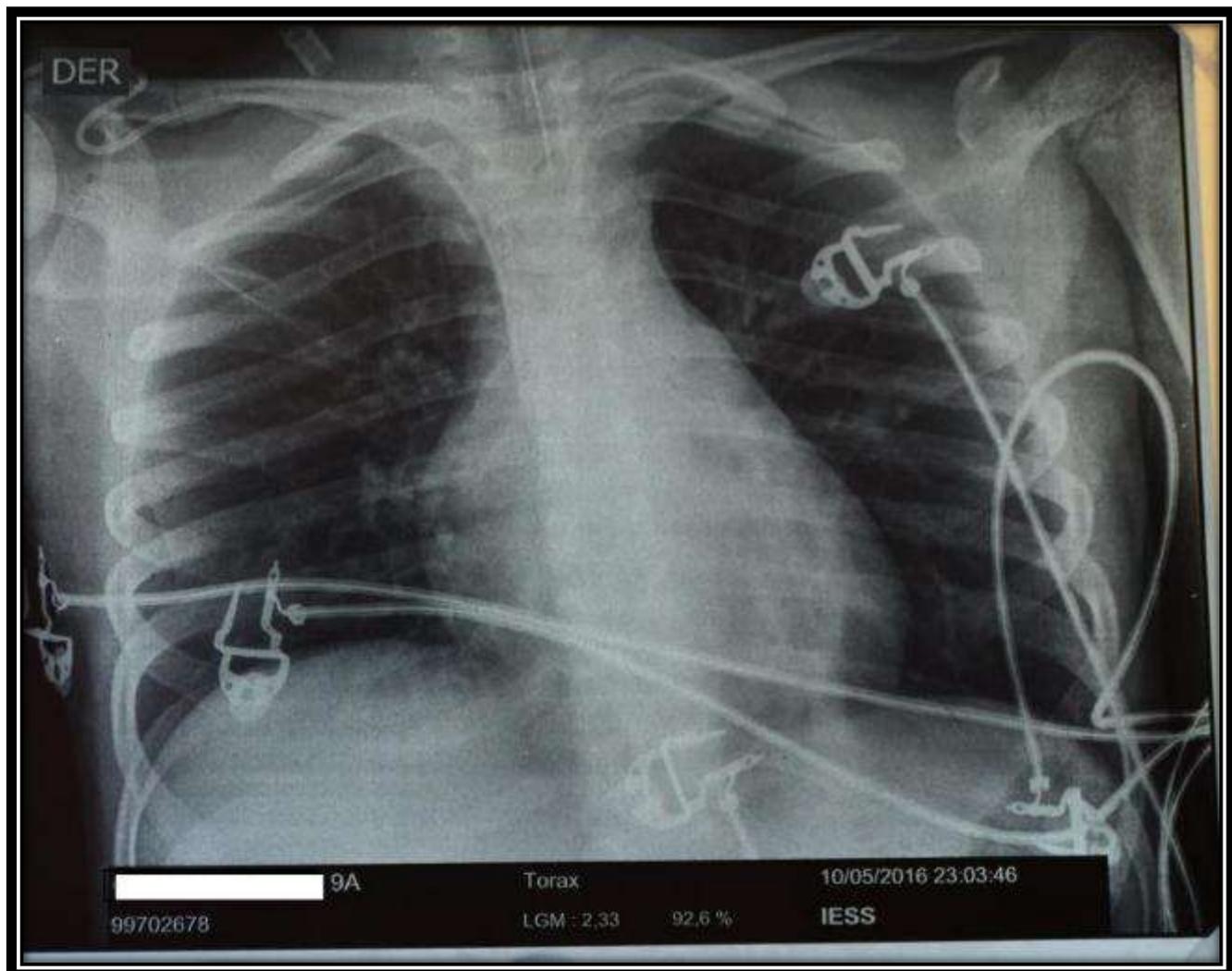
◀ Ecografía General ▶ Músculo Esquelética ▶ Doppler Color Vask
◀ Rayos X ▶ Tomografía Multicorte 3D ▶ Resonancia Magnética

NOMBRE:
ESTUDIO: TC CEREBRAL SIMPLE
SOLICITADO POR: IESS-AMBATO
FECHA DEL ESTUDIO: 10 de mayo de 2016

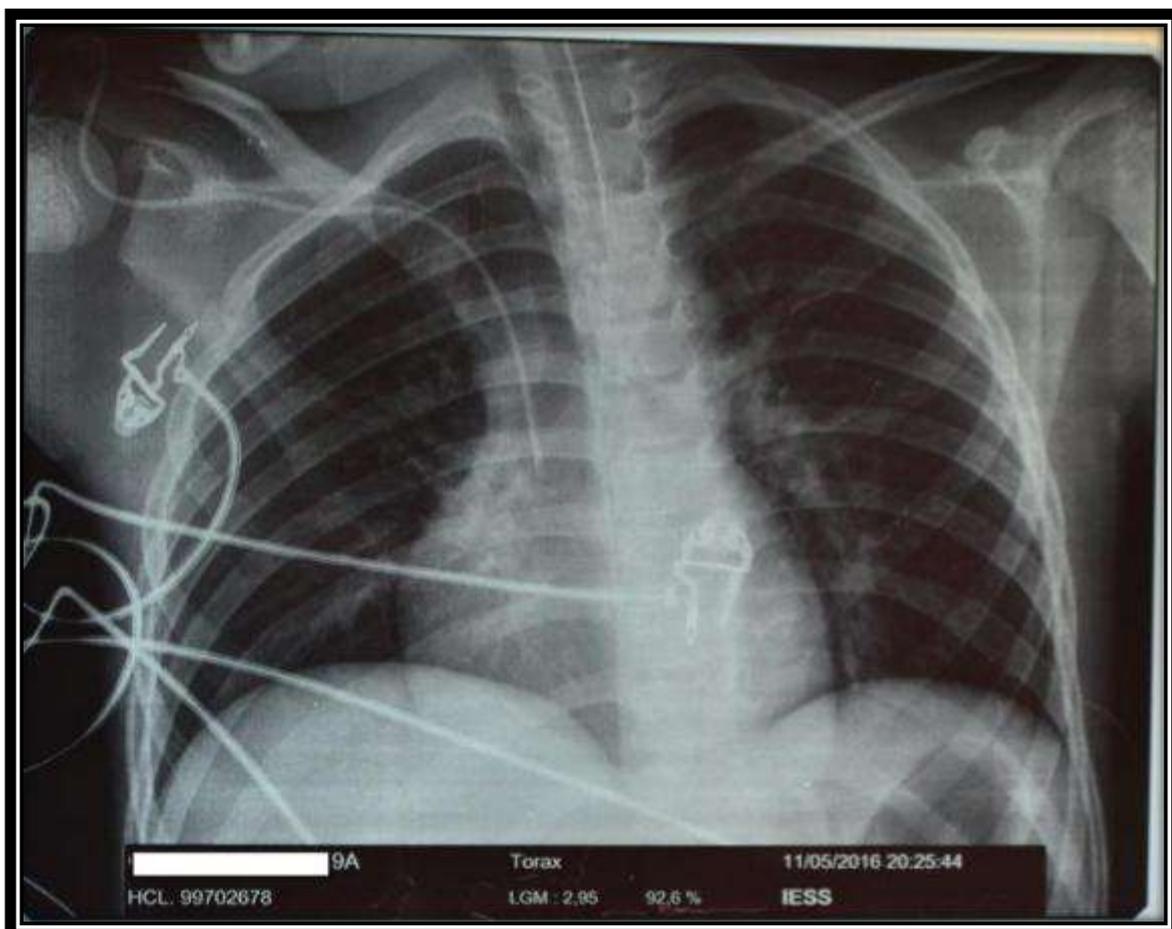
INFORME:

Control de contusión cerebral cerebelosa izquierda a nivel del ángulo pontocerebeloso, se observan fracturas occipital izquierda, contenido hemático en celdillas mastoideas y fractura frontal derecha.

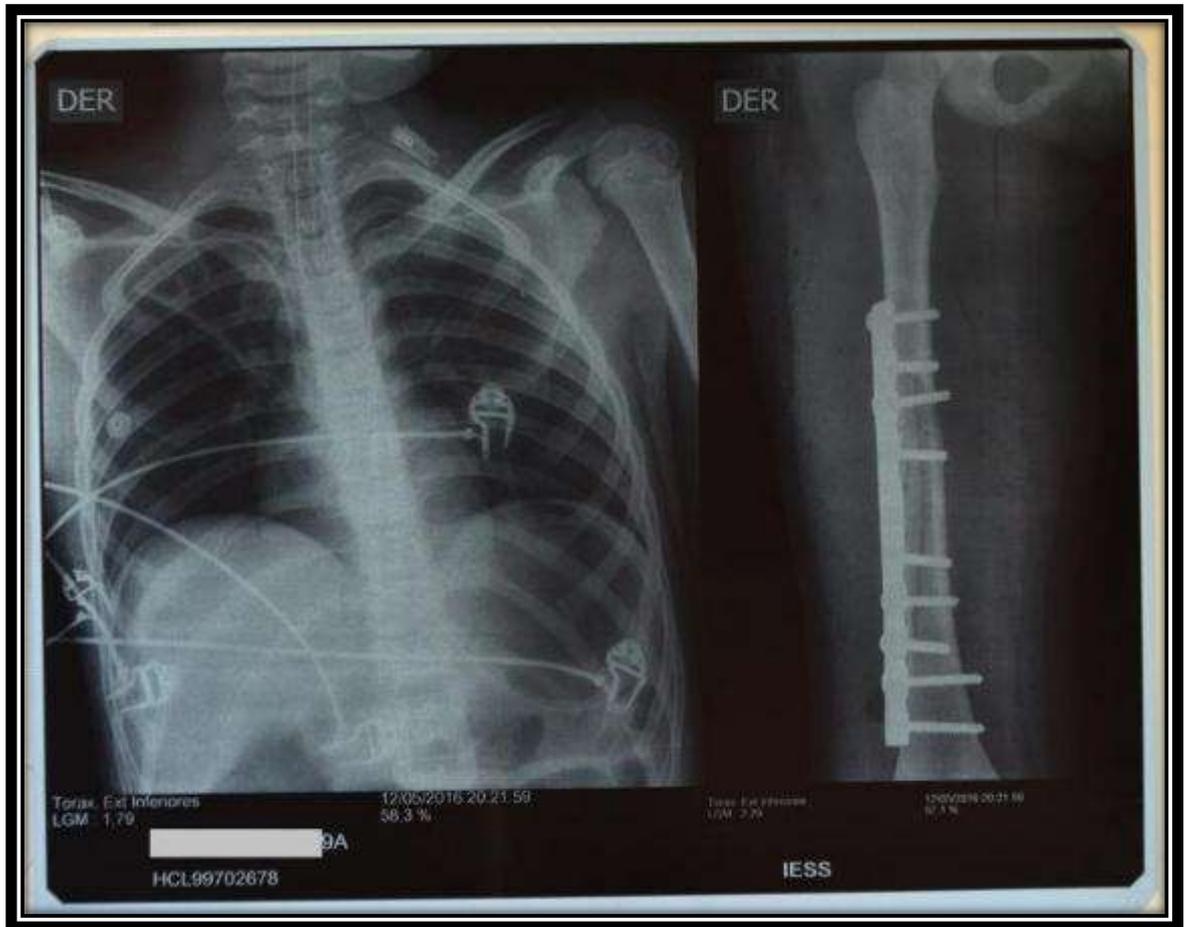

DR. EDGAR LOPEZ L.
MD. IMAGENOLOGO
AMBAIMAGENES



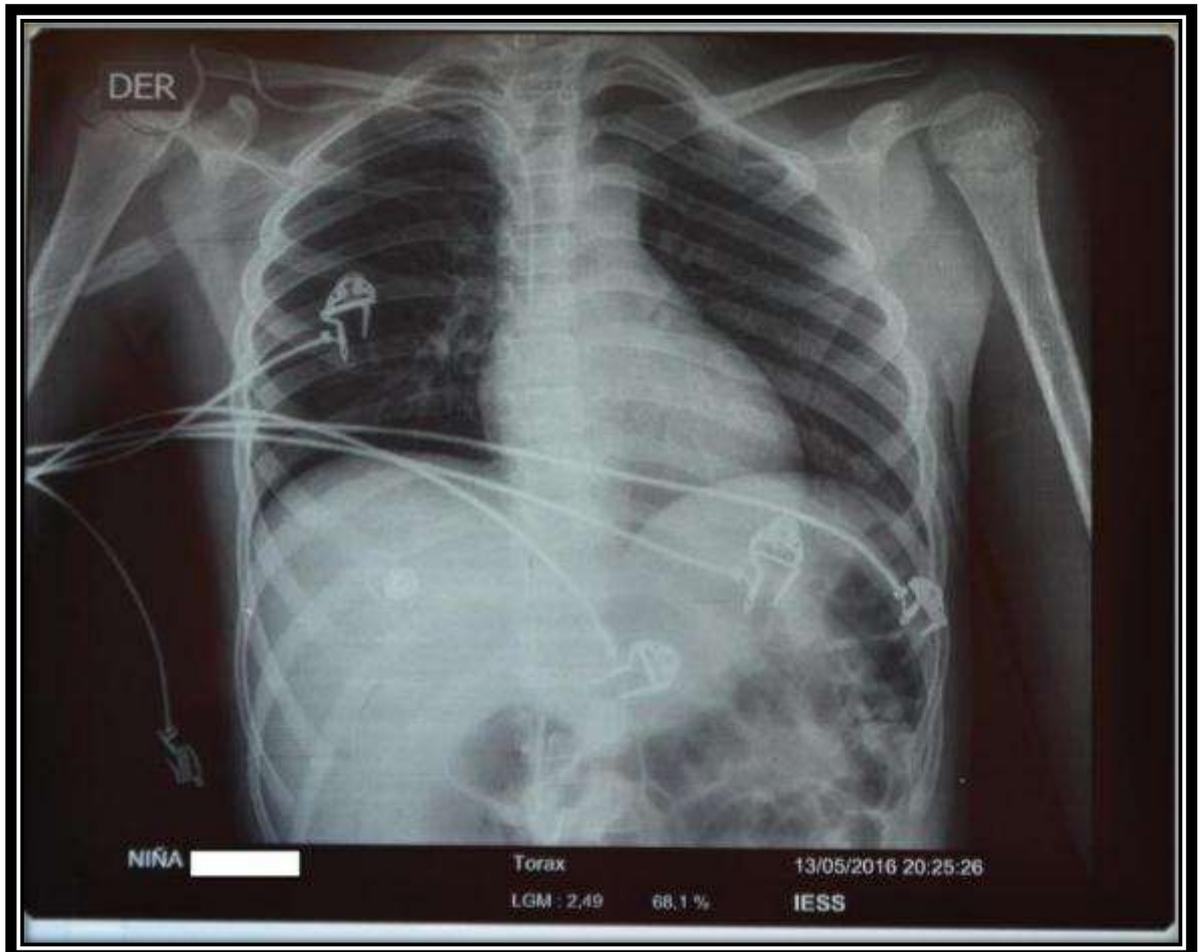
11/05/2016



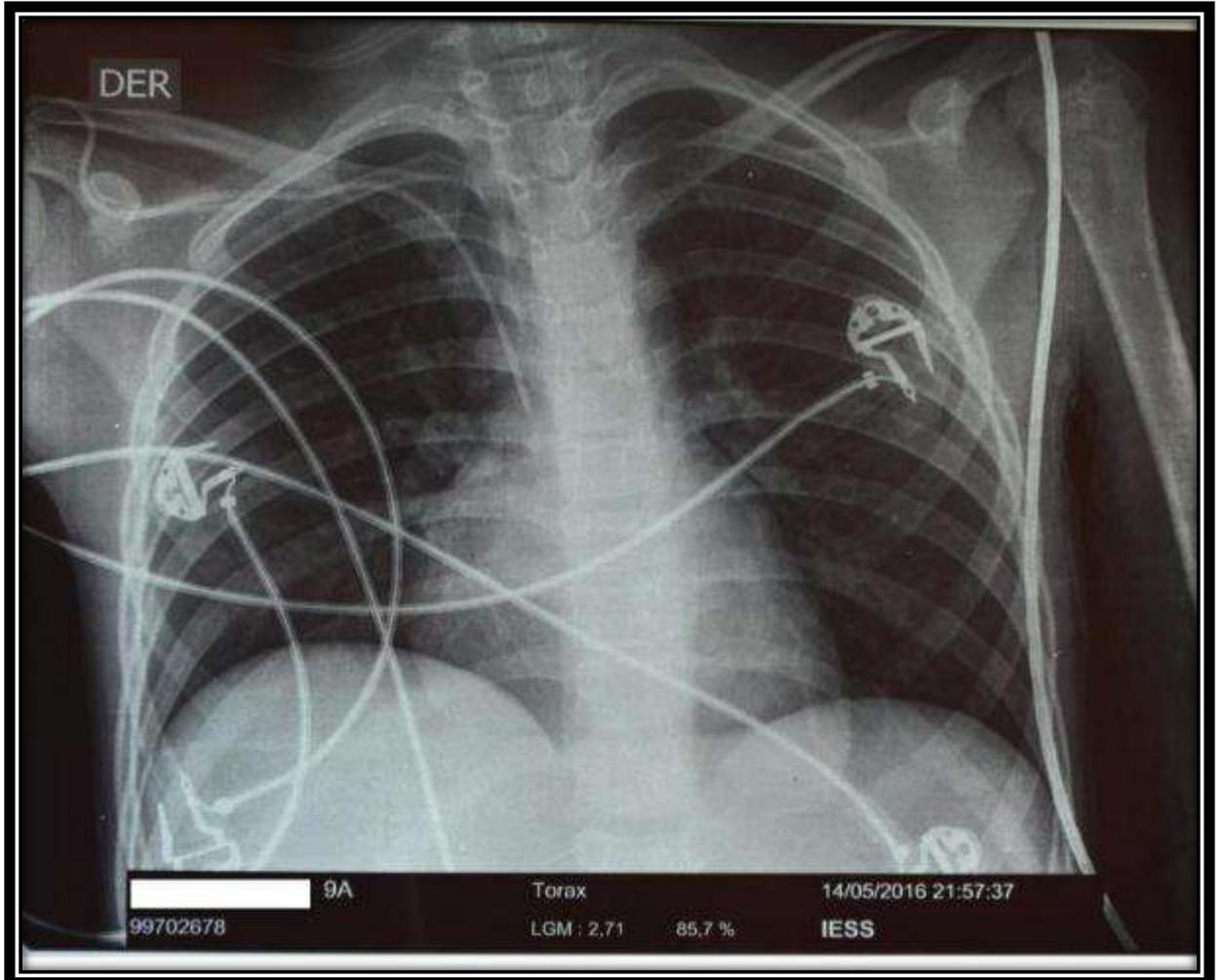
12/05/2016



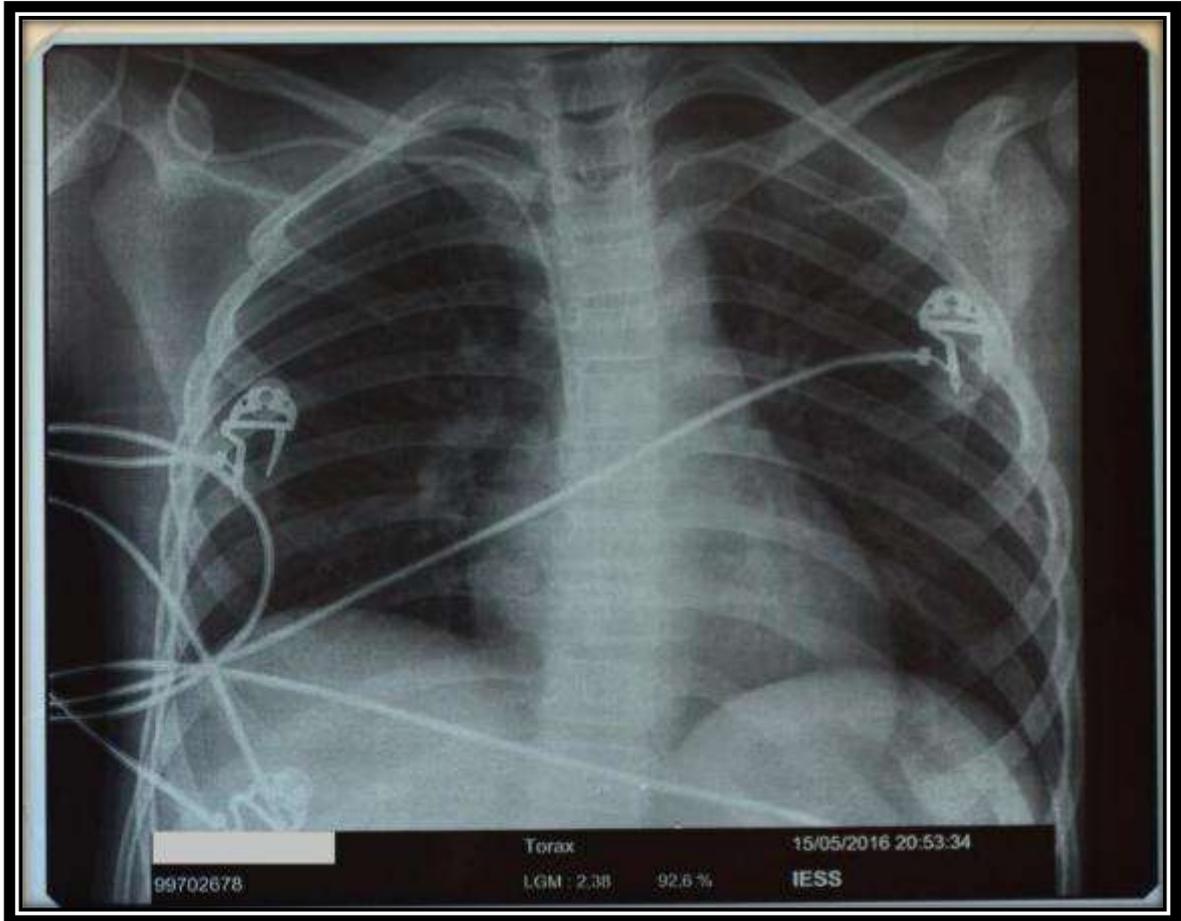
13/05/2016



14/05/2016

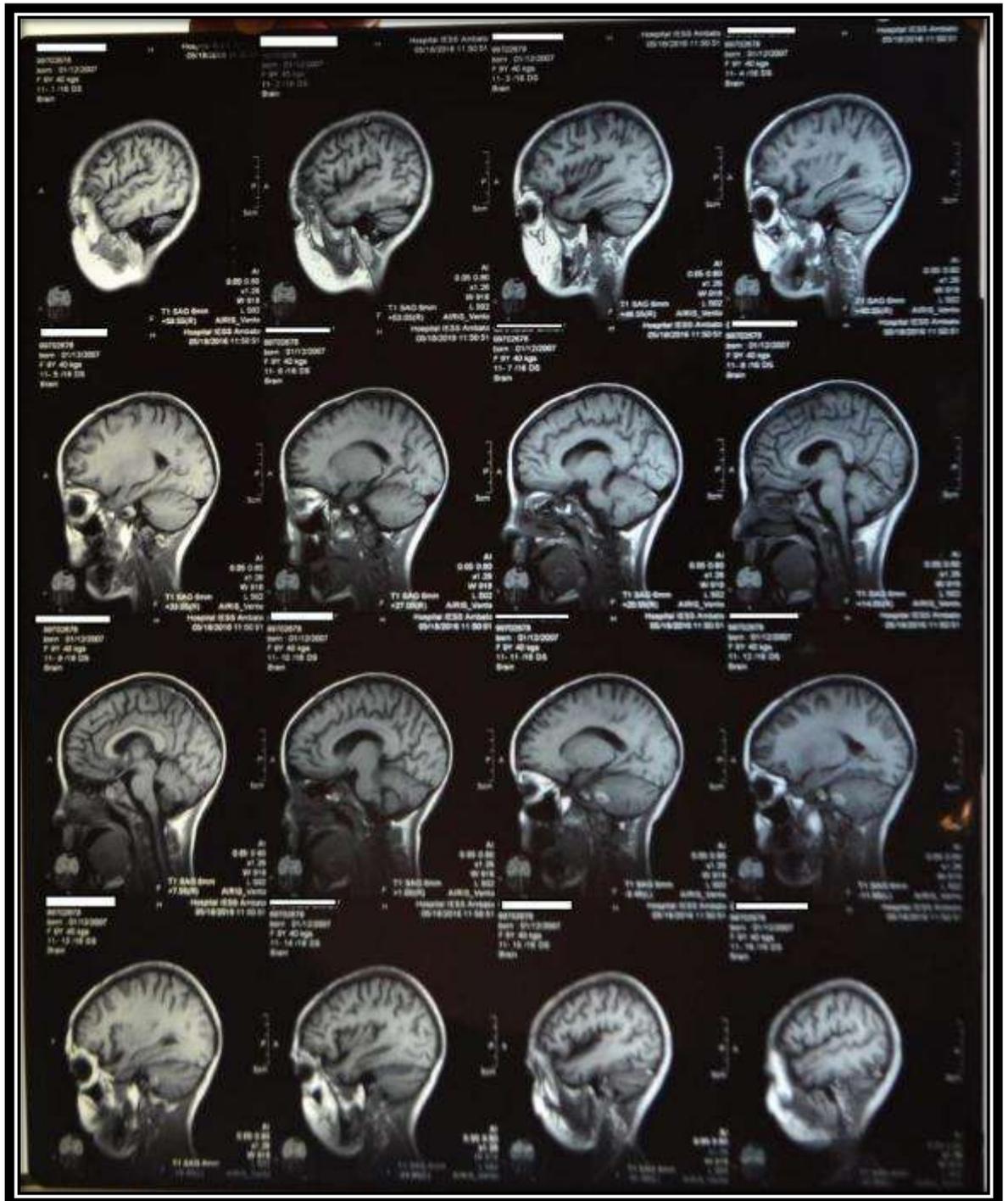


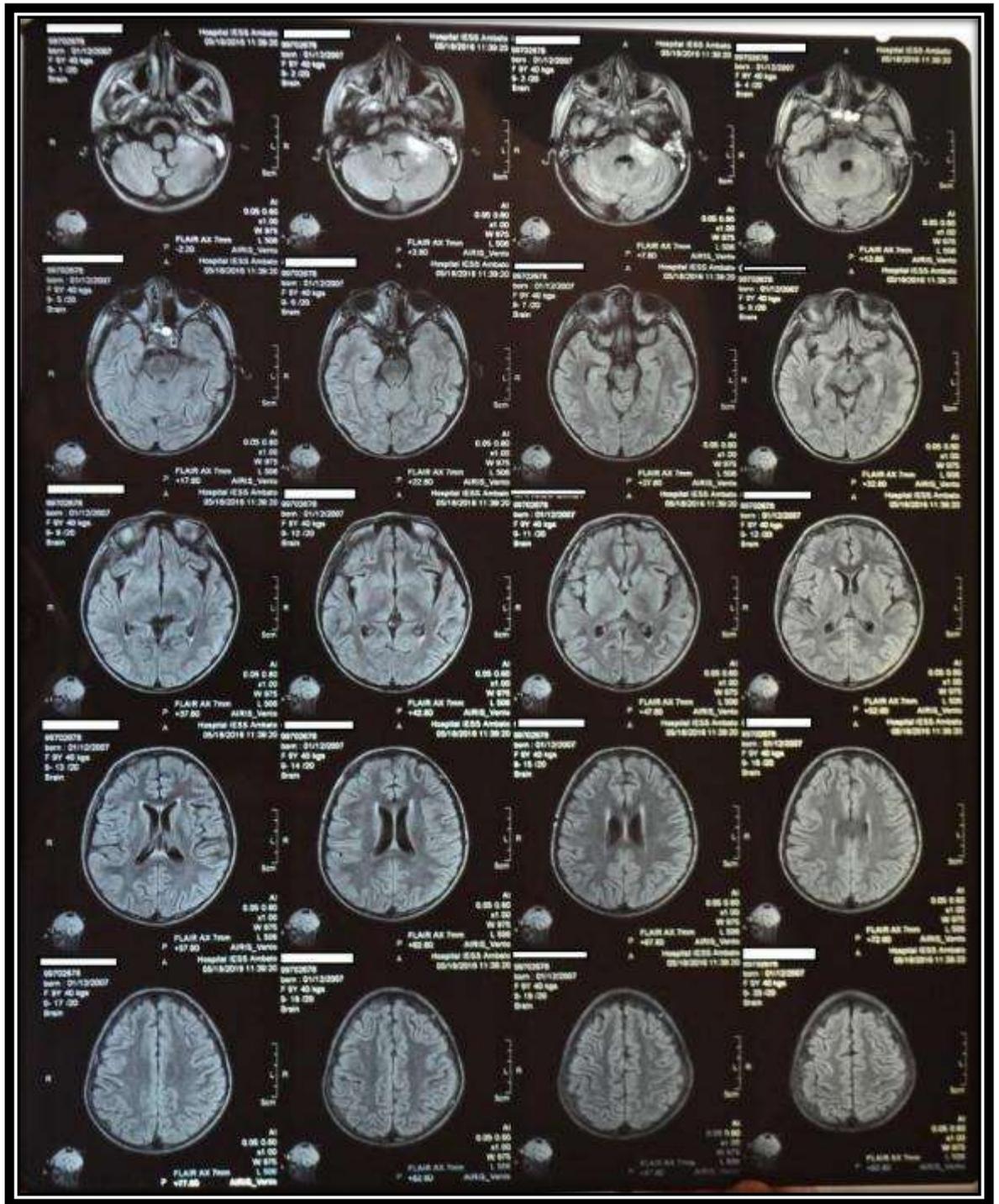
15/05/2016



18/05/2016







19/05/2016

NINA: 9A RM CEREBRAL SIMPLE
19-May-16 HC. 99702678 CL- 1850341957

A nivel del lobulo cerebeloso izquierdo se observa una area de hiperintensidad de señal en T1, T2 y FLAIR, con halo hipoecogenico de edema perilesional con efecto de masa sobre parenquima adyacente y protuberancia, en relacion con hemorragia aguda.
Hiperintensidad de señal en todas las secuencias de celdillas mastoidea izquierdo y seno esfenoidal por contenido hematico.
Intensidad de señal normal del parenquima cerebral.
Adecuada relacion de sustancia gris - blanca, con ganglios basales y estructuras de la linea media sin alteracion de señal.
Surcos y cisuras de la convexidad normales.
Sistema cisterno ventricular no dilatado.
Angulos pontocerebelosos sin procesos ocupantes de espacio.

LDg. Signos de hemorragia aguda cerebelosa izquierda. Otarragia y hemoseno esfenoidal y mastoideo ipsilateral.

DRA. SUSANA RODRIGUEZ

22/05/2016



30/05/2016



31/05/2016

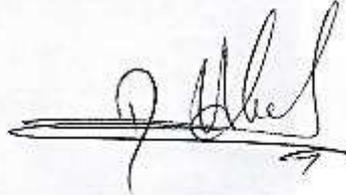
PACIENTE 9a ECO RENAL Y VEJIGA
31/05/16 NC. 99702678 CT.1850341957

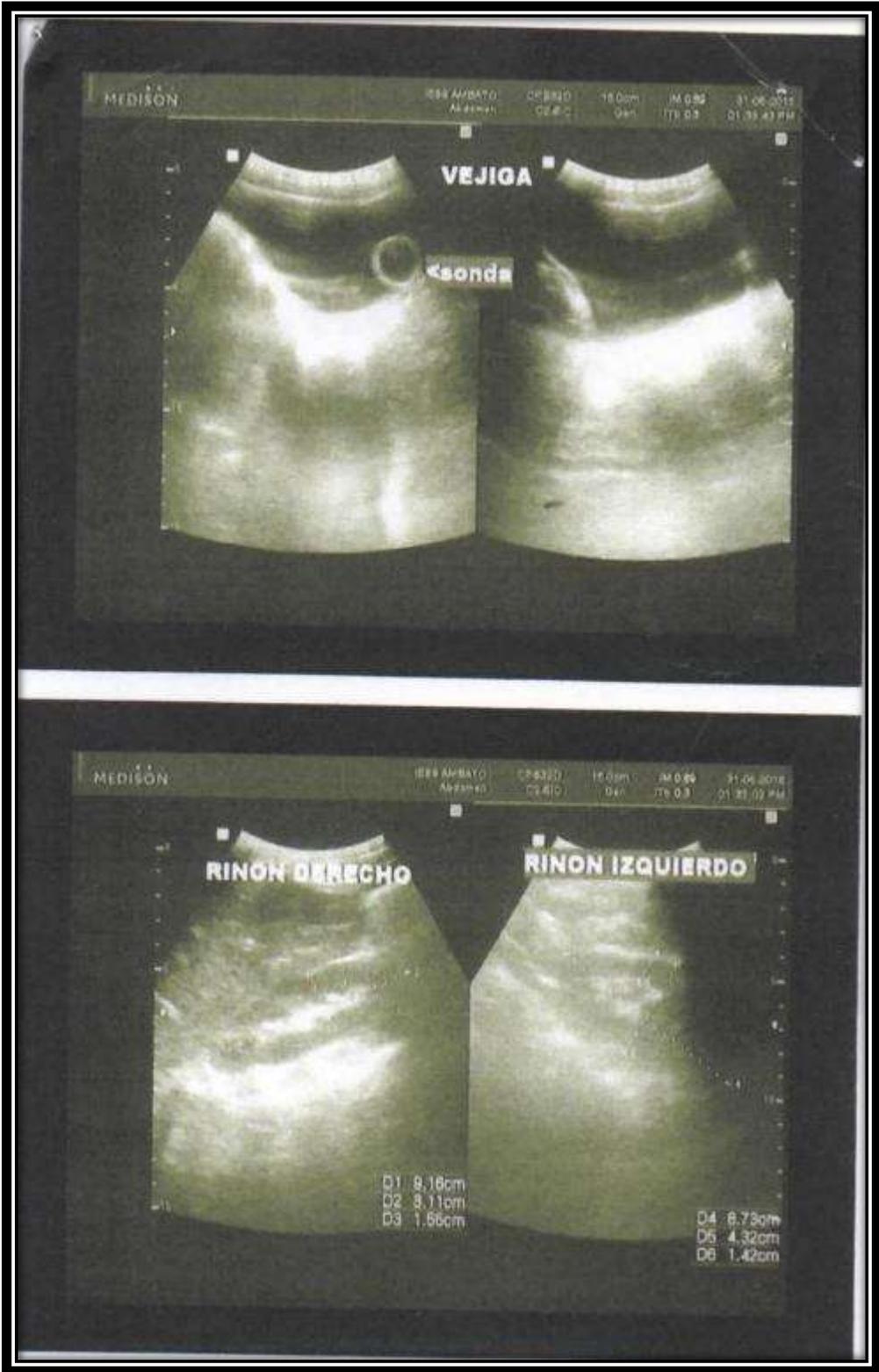
RIÑÓN DERECHO: Mide 91 x 51 mm, con un grosor cortical de 13 mm, de contorno regular, aspecto homogéneo, sin afectación del sistema pieloureteral.

RIÑÓN IZQUIERDO: Mide 87 x 45 mm, con un grosor cortical de 14 mm, de contorno regular, aspecto homogéneo, sin afectación del sistema pieloureteral.

VEJIGA: De paredes regulares, aspecto homogéneo, con presencia de sonda no presenta alteraciones.

L.Dg.- RIÑONES Y VEJIGA NORMALES





02/06/2016

Laboratorio de Especialidades Médicas
Dr. MSc. Marcelo Ochoa Egas
MÉDICO PATÓLOGO

AMBATO - MATRIZ: Castillo No. 04-58 y Sucre Edificio CLANTOUR 6to. Piso Oficina 601 - Telf: 2825587 - 2829674
LABORATORIO DE EMERGENCIAS: Fybeco Ficoa, Av. Rodrigo Pachano y Los Guayumbos S/N - Telf: 2420338
LABORATORIO MICROBIOLÓGICO: Av. Rodrigo Pachano-Edificio Calero - Telf: 2427542 - EMERGENCIAS: 0999 909318
PUYO: Ceslao Marín y 27 de Febrero - Edificio C.C.C. - Telf: 2887790 / 0958881111 - e-mail: lom_ochoa@fotmail.com

Paciente: _____ Edad: 9a

Exámen solicitado por: _____

Fecha: 02 Jun. 2016 Hora Impresión: 16:28 022468 [080821]

UROANALISIS

Parámetro	Resultados	Valor de referencia
EMO		
<u>FISICO</u>		
COLOR	AMARILLO	
ASPECTO	LIG TURBIO	
DENSIDAD	1,005	
pH	6,5	
<u>QUIMICO</u>		
LEUCOCITOS	25 leuco/uL	
NITRITOS	NEGATIVO	
PROTEINAS	NEGATIVO mg/dL	
GLUCOSA	NEGATIVO mg/dL	
C.CETONICOS	NEGATIVO	
UROBILINOGENO	NEGATIVO mg/dL	
BILIRRUBINA	NEGATIVO	
SANGRE	NEGATIVO	
<u>MICROSCOPICO</u>		
CELULAS EPITELIALES	1-3 por campo (x40)	
LEUCOCITOS	8-10 por campo (x40)	
BACTERIAS	+	

SEGURIDAD Y PRECISION GARANTIZAN CALIDAD

Dr. MSc. Marcelo Ochoa E.
MÉDICO PATÓLOGO

04/06/2016

Ambato, 04 de JUNIO del 2016

Laboratorio de Especialidades Médicas
Dr. MSc. Marcelo Ochoa E.
MÉDICO PATÓLOGO

AMBATO - MATRIZ: Castillo No. 04-58 y Sucre Edificio CLANTOUR 6to. Piso Oficina 601 - Telf: 2825567 - 2829674
LABORATORIO DE EMERGENCIAS: Fybeco Ficoa, Av Rodrigo Pachano y Los Guaytambos S/N - Telf: 2420338
LABORATORIO MICROBIOLÓGICO: Av. Rodrigo Pachano Edificio Colera - Telf: 2427542 - EMERGENCIAS: 0999 909318
PUYO: Costazo Marín y 27 de Febrero- Edificio C.C.C. - Telf: 2687790 / 0958681111 - e-mail: lmo_ochoa@hotmail.com

Paciente: Edad: 9a

Exámen solicitado por: _____

Fecha: 02 Jun. 2016 Hora Impresión: 11:28 022498 [080821]

BACTERIOLOGIA

Parámetro	Resultados	Valor de referencia
UROCULTIVO		
MUESTRA DE:	ORINA	
<u>GRAM</u>		
GERMEN IDENTIFICADO	24-48 HORAS NO EXISTE DESARROLLO BACTERIANO	
<u>ANTIBIOGRAMA</u>		

SEGURIDAD Y PRECISION GARANTIZAN CALIDAD

Dr. MSc. Marcelo Ochoa E.
MÉDICO PATÓLOGO



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL IESS AMBATO
PLAN DE EGRESO
PEDIATRÍA

69

NOMBRE	[REDACTED]
DIAGNOSTICO	IDG. POLITRAUMATISMO + TCE GRAVE + DAÑO AXONAL DIFUSO + EDEMA CEREBRAL DIFUSO + FRACTURA CON FRAGMENTO LIBRE EN HUESO TEMPORAL DERECHO + FRACTURA LINEAL DE OCCIPITAL IZQUIERDO + FRACTURA DE ORBITA DERECHA + FRACTURA DE BASE DE CRANEO EN ALA MENOR DERECHA DEL ESFENOIDES + FX DE FEMUR DERECHO RESUELTA + TRAUMA FACIAL RESUELTO + CHOCQUE HIPOVOLEMICO SUPERADO + TRAUMATISMO OCULAR CERRADO + HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL OD GLAUCOMA TRAUMATICO OD (RESUELTO) + ULCERA CORNEAL HEMOSINO DERECHO + HEMORRAGIA CEREBELOSA IZQUIERDA QUE COMPROMETE PROLIFERANCIA + FX DE RADIO DISTAL REDUCIDA - ITU SUPERADA
TRATANTE	DRA PAREDES- DR YANEZ- IRM ROMERO
ACTIVIDAD	REPOSO ABSOLUTO
RP	
PLAN PREVENTIVO	<ul style="list-style-type: none">- COLCHON ANTIESCARAS- CAMBIOS POSTURALES CADA 3 HORAS- BAÑO PASANDO 1 DIA- ASEO GENITAL CON PH LAC DIARIAMENTE- HENDIDURAS PALPEBRALES OCLUIDAS Y ABRIR SOLO PARA ADMINISTRAR MEDICACION- POSICION SEMISENTADADA- LIMPIEZA BUCAL CON CLOREXIDINA CADA 8 HORAS- PIRALVEX APLICAR EN MUCOSAS CADA 8 HORAS- MUSICOTERAPIA- MASAJE DIARIAMENTE 20 MINUTOS 4 VECES AL DIA- EJERCICIO DE REHABILITACION 20 MINUTOS 3 VECES AL DIA- CAMBIO DE PAÑAL FRECUENTE- ENEMA EVACUANTE DOS VECES POR SEMANA
PLAN TERAPEUTICO	<ul style="list-style-type: none">- PEDIASURE 6 MEDIADAS EN 200CC DE AGUA ESTERIL DAR 7 AM Y 7 PM POR GASTROSTOMO.- DIETA SEGUN CARTILLA NUTRICIONAL 300CC CADA 8 HORAS LENTO POR GASTROSTOMO.- MULTIVITAMINAS 10CC 1 VEZ AL DIA POR GASTROSTOMO CONTINUAR- NITROFURANTOINA 10CC POR GASTROSTOMO 8 AM - 8 PM POR 4 DIAS MAS- MODAFINIL 1 TAB 100 MG TRITURADA Y DILUIDA EN 50CC DE AGUA ESTERIL DAR 8 AM 8 PM POR DOS SEMANAS

- TOBRAMICINA 1 GOTA CADA 6 HORAS OJO IZQ 12 - 18 - 24 - 06
- LAGRIMAS ARTIFICIALES 1 GOTA EN CADA OJO CADA 4 HORAS
- ACIDO ACETIL SALICILICO 2 TAB DE 100 MG TRITURADAS Y DILUIDAS EN 5CC DE AGUA ESTERIL DAR DE TOMAR 6 PM a 6am

PLAN DE SEGUIMIENTO

- CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA 01/07/2016 11 AM DRA PAREDES
- SEGUIMIENTO CON TRAUMATOLOGIA 04/06/2016 DR CEVALLOS hora exacta 10:30am
- SEGUIMIENTO NEUROCIRUGIA 13/06/2016 10 AM
- SEGUIMIENTO CON OPTALMOLOGIA 01/07/2016 10 AM
- SEGUIMIENTO POR REHABILITACION

- DETECTAR SIGNOS DE ALARMA COMO DOLOR, FIEBRE, ACUDIR A UNA CASA DE SALUD INMEDIATAMENTE
- CUMPLIR CON TRATAMIENTO INDICADO
- ASEO E HIGIENE DIARIA EN EL HOGAR
- CONSUMIR DIETA INDICADA
- ACUDIR AL PROXIMO CONTROL

ENFERMERIA LIC. E. GARCIA / LIC. K. YANCHA
04/06/2016

• Control por Consulta Externa de Ojo De Ulloa Umasa 01/ Julio 2016

Nuevas Indicaciones

- Clonazepam
- Multivitamina

22/08/2016



Dr. Patricio Vásquez Miranda

**NEUROCIRUJANO
NEUROCIRUGIA - NEUROLOGÍA**

Enfermedades del Cerebro y Columna Vertebral

Dir. Av. Cavalos y Mera - Edif. Mutualista Ambato - 5° Piso - Of. 501 Tel. 2824623 - Dom. 2840620 - Cel. 0992744632

CERTIFICADO

Certifico que la niña con C.I. N° acudió a Consulta Privada, el 22 de Agosto, del 2016, para su chequeo y control.

Evidenciándose recuperación progresiva de su estado neurológico, persistiendo hemiparesia 4/5 izquierda y parálisis facial periférica izquierda

Por lo que requiere medicación y fisioterapia continua, se sugiere que se reintegre a su actividad escolar, eximiéndose de la actividad Física, necesitando vigilancia por un familiar, y cambio de actividad cuando la condición amerite.

Diagnóstico: TCE Cerrado Grave

Es todo lo que puedo expresar en honor a la verdad

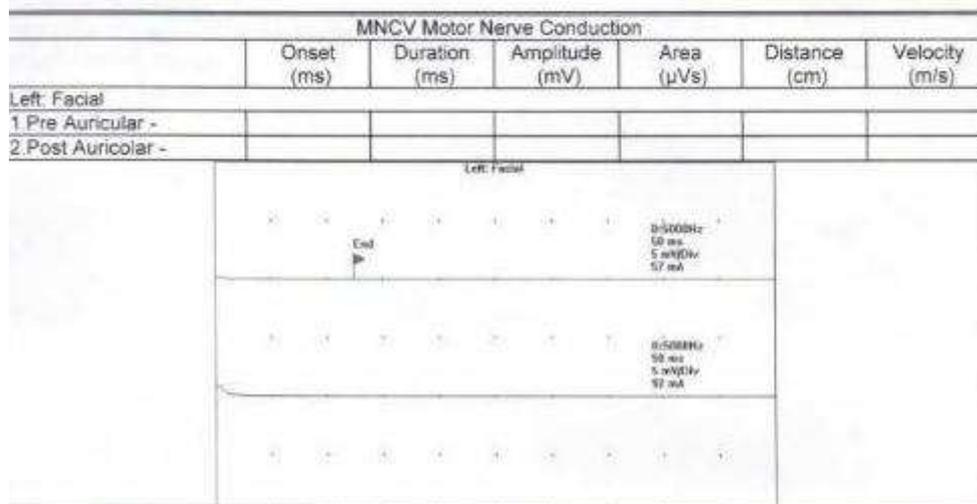
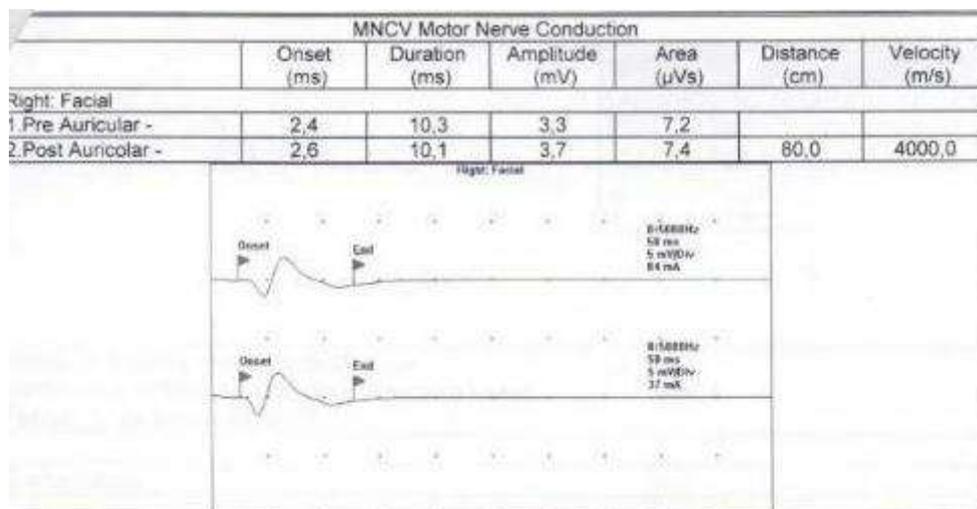
Ambato, a 22 Agosto, del 2016

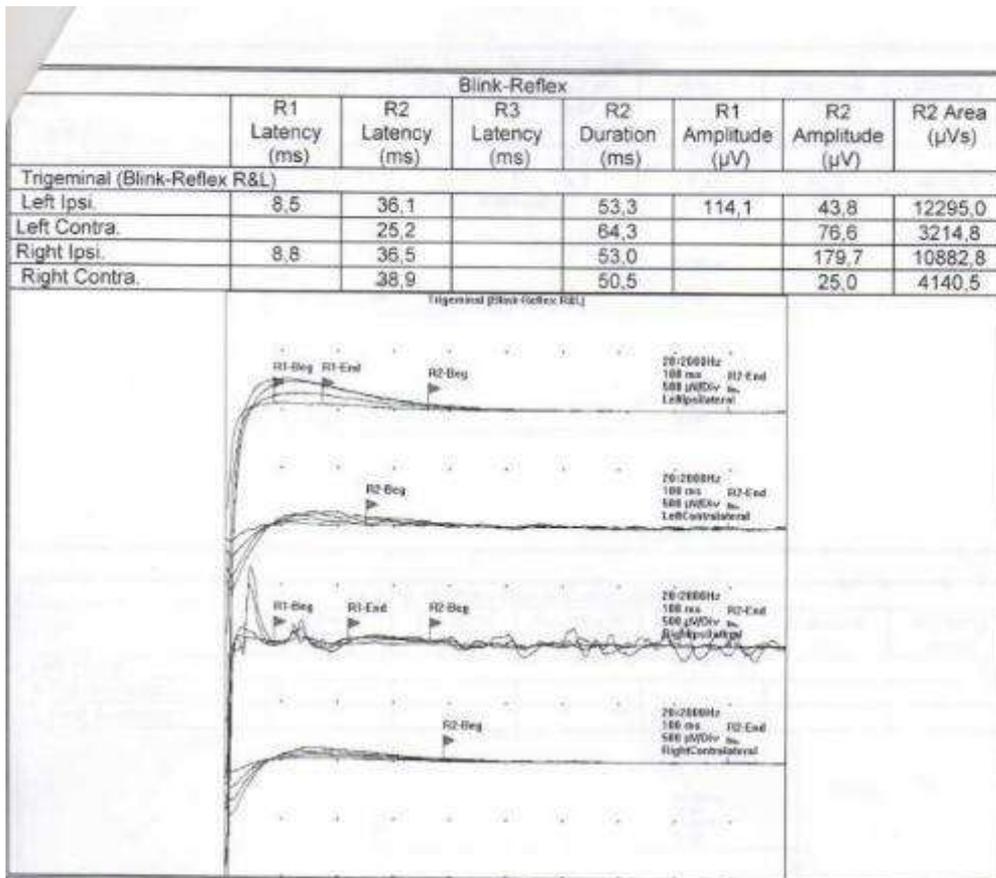
Dr. Patricio Vásquez
NEUROCIRUJANO
MSP. LIBRO 1 "D" FOLIO 6 No. 11

Dr. Patricio Vásquez Miranda
NEUROCIRUJANO

16/01/2017

	LABORATORIO NEUROFISIOLÓGICO Dirección 1 - CARRILLO SOLERRE, Avenida Hidalgo y Ray Arce Código Postal: 9021000 Teléfono: 502 786 72 87 82 82 82 Dirección 2 - INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO - Oper. Cuernavaca Código Postal: 78000 Teléfono: 502 786 72 87 82 82 82 Mail: neuroservices@protonmail.com Website: neuro-services.com
Paciente: Medico que refiere: Doctor Juan Francisco Lasso Fecha: 16 de Enero del 2017	
Sex: F	
Comentarios:	
Pruebas realizadas REFLEX Trigeminal (Blink-Reflex R&L) MNCV Right: Facial MNCV Left: Facial	





01/05/2017



BRASILUET

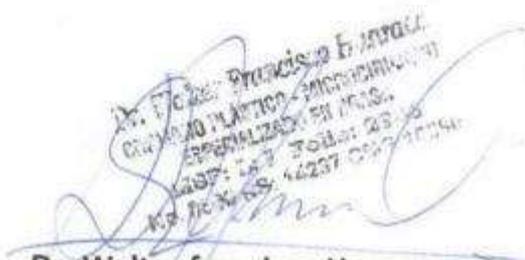
Guayaquil 01 de mayo 2017

A quien Interese

Certifico: que la niña , CI. se realizó Microcirugía reconstructiva de corrección de Parálisis Facial. Al momento se encuentra en fase de recuperación y requiere controles secuenciales, además de evitar realizar cultura física y deportes de contacto.

Sugiero reposo absoluto iniciándose desde 28 de abril 2017 hasta 15 de mayo 2017.

Atentamente


Dr. Walter Francisco Huaraca
Cirujano Plástico-Microcirujano
Especializado en Brasil
C.R. No. 12.377
Teléfono: 4237 0237

Dr. Walter Francisco Huaraca
Cirujano Plástico-Microcirujano
Especializado en Brasil



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que se me a explicado de manera clara y concisa todo el procedimiento llevado a cabo en la realización de este caso clínico titulado: "HEMIPARESIA IZQUIERDA COMO CONSECUENCIA DEL TCE GRAVE PRODUCIDO POR ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO". Realizado por Lorena Alexandra Garcés Veloz.

La información obtenida en este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y tanto su nombre como el de su representado no serán usados. Así también usted tiene la facultad de retirar su consentimiento en cualquier momento. Este estudio no conlleva ningún riesgo, también se le informa que no habrá ninguna compensación por participar.

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

Lorena Alexandra Garcés Veloz
Investigadora

Representante Legal