

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

Datos Personales Nombre del Paciente: MARIA TERESITA GARCIA DE MORA Identificación: 41307873
 Genero: Femenino Fecha Nacimiento: 10/08/1945 0:00:00 Edad: 76 Años \ 8 Meses \ 16 Días Estado Civil: Soltero
 Teléfono: 3124541534-31320508 Dirección Residencia: CALLE 5 N° 5 30 LUCERO FUSAGASUGA CUND Cama: 514
 Procedencia: FUSAGASUGA Ocupación: OTROS TRABAJADORES DE SER Religión:
Datos de Afiliación Entidad: SBE005 - E.P.S. FAMISANAR LTDA. SUBSIDIADO
 Tipo Régimen: Subsidiado Nivel Estrato: NIVEL I SUBSIDIADO
Datos del Ingreso: Nombre del Responsable: MARIA GARCIA Teléfono del Responsable: 3124541534-
 Dirección Responsable: CALLE 5 N° 5 30 LUCERO FUSAGASUGA CUND Ingreso: **5436624**
 Nombre del Acompañante: MARIA GARCIA Teléfono del Acompañante: 3124541534-
 Fecha de Ingreso: 11/04/2022 19:33 Causa Externa: Enfermedad_General_Adulto Finalidad de Consulta: No_Aplica

Diagnósticos

D381	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	Ppal <input checked="" type="checkbox"/> F
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	Ppal <input type="checkbox"/> F
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Ppal <input type="checkbox"/> F
J159	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	Ppal <input type="checkbox"/> F
R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	Ppal <input type="checkbox"/> F
Z600	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AJUSTE A LAS TRANSICIONES DEL CICLO VITAL	Ppal <input type="checkbox"/> F

Subjetivo

Evolución Diaria Medicina Interna Hospitalización

Especialista: Dr. Humberto Parra
 Residente: Dra. Lennis Bedoya
 Interno: Carolina Pulido

Paciente de 76 años con Diagnósticos de:

1. Masa pulmonar en lóbulo inferior izquierdo en estudio
 - 1.1. Conglomerados ganglionares que rodean la cabeza del páncreas, tronco celíaco y porciones proximales de arterias hepática y esplénica en estudio
 - 1.2. Masas en glándulas suprarrenales en estudio, probable origen metastásico.
2. Infección por SARS - Cov 2 descartado
2. Infección de vías urinarias tratada
3. Osteoartritis
4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica oxígeno requirente
5. Hipertensión Arterial controlada

Subjetivo: Paciente refiere mejoría de dolor el cual está modulado de características somáticas y neuropáticas. Refiere sensación de disnea que ha mejorado parcialmente pero aun persiste, sin otra sintomatología asociada. Adecuada tolerancia a la vía oral.

Paraclínicos

Paraclínicos

26/04/2022: Ph 7.41 Pc02 39 P02 112 Sat 98% PAFI 350

25/04/2022

Leu 10.11 Neu 7910 (78%) Linf 590 (15%) Hb 13.4 Hto 40.1 plaquetas 333000

Bun 3.76

Na 130 K 4

19/04/2022: Leucos 9860, N 6900, L 1890, M 800, E 200, Hb 13.3, Hto 40.2%, Pla 254000

K 4.15

Coproscoptico: Consistencia:dura color:café ph:6.0 moco:negativo levaduras:negativo sangre oculta:positivo leucocitos:no se observan eritrocitos:no se observan flora bacteriana:normal no se observan estructuras parasitarias en la muestra analizada

ZN modificado: Negativo - negativo para ooquistes de cryptosporidium spp. Sudan III negativo

18/04/22 Hemograma: Leucos: 9020 Neutros: 6800 (75%) Linfos: 1230 (13%) Hb: 12.8 Hto: 37.6 Pla: 260000

Bun: 7.24 Crs: 0.7 Na: 132.01 K: 3.47

PTT 28.5/31.5, PT 12.2/11.2, INR 1.09

16/04/2022 GASES ARTERIALES: FIO2 36 % BARO 513 mm/Hg pH Arterial 742 HCO3 22.8 PaCO2 35.5 PaO2 158.3 BE: -1.0 SO2a 98.1 PaO2/FIO2 439.72

15/04/2022: CH: L: 11080 , N: 8490 , L: 151 0 , Eo: 130 , HB: 13.9 gr/dl , HTC: 40.9 % , Pla: 331.000 Creatinina: 0.68 mg/dl Na: 136.22 , K: 3.7 mEq/l , PCR: 5.48 mg/l PCR covid 19 NEGATIVO

13/04/2022 Leucocitos 8790 Neutrófilos 7060 Linfocitos 1060 Eos 80 Neutrófilos 80.4% Linfocitos 12% Hb 14.4 Hct 43.6 VCM 93.5 HCM 30.9 Plaquetas 359000 Sodio 134.94 Potasio 4.2 Cloro 100.48 PCR 9.17

12/04/22: Urocultivo: Negativo a las 48 horas

11/04/22 : Leucocitos 8870, N 6350 (71.6%), L 1730 (19.5%), M 660, E 50, Hb 14.4, Hto 42.4, VCM 92.5, HCM 31.3, Plq 351000 BUN 6.71 Creatinina 0.6 Sodio 130.3, Potasio 4.69, Cloro 95.2, Magnesio 1.88. PCR 6.85.***

Uroanálisis: aspecto turbio, color amarillo, proteínas negativo, cetonas negativo, sangre negativo, leucocitos 75, bilirrubinas negativo, urobilinogeno normal, pH 6, densidad 1005 Sedimento leucocitos 81, células epitelial renal bajo 3, bacterias +++ Gram: bacilos gram negativos +

Gases arteriales: PH 7.45 PCO2 31.7 PO2 126.3 HCO3 21.8 BE -1.2 THB 14.2 SPO2 98 PAFIO2 395 LACT 1.2 FIO2 32%

Coprocópico: Consistencia blanda, color café, pH 6.0, moco negativo, sangre oculta: negativo, leucocitos: no se observan, flora bacteriana: normal, no se observan estructuras parasitarias en la muestra analizada

Imágenes

26/04/2022: Por medio de sedación consciente, se procede a realización de broncoscopia por boca con los hallazgos descritos.

Se realiza:

- Biopsias de mucosa engrosa de lobulo superior izquierdo, 5 fragmentos, con sangrado moderado y necesidad de instilación de adrenalina diluida 1/20.000 (3 alícuotas de 3cc) y 500 mg de ácido tranexámico endobronquial y 500 mg ev, extracción de coágulos y hemostasia exitosa, lavado de bronquio fuente derecho por paso de sangre con adecuada limpieza.

24/04/2022: RADIOGRAFÍA TÓRAX

Tráquea discretamente desviada hacia la derecha por prominencia del botón aórtico.

Aorta densa y elongada con placas de ateroma en su pared.

Pedículo vascular de amplitud usual.

Silüeta cardíaca aumentada de tamaño de forma global.

Ascenso del hemidiafragma izquierdo con atelectasia asociada que condiciona aumento de la densidad de la base pulmonar izquierda.

Hilios pulmonares simétricos.

Senos costo costo y cardiofrénico derecho libres.

Discreto borramiento del seno costofrénico izquierdo por derrame o reacción pleural.

Cambios degenerativos de la columna torácica.

19/04/2022 Colonoscopia: ILEOCOLONOSCOPIA TOTAL DENTRO DE LÍMITES NORMALES. Se toman biopsias de colon ascendente, transverso, descendente y recto dentro de estudio de diarrea crónica. Se rotulan en frascos #1,2,3 y 4 respectivamente.

17/04/22: TAC tórax y abdomen:

-Ateromatosis calcificada que compromete los vasos supra-aórticos, el cayado de la aorta y la aorta torácica descendente.

-Trombos murales que están comprometiendo la aorta torácica descendente.

-Signos de HTA pulmonar precapilar.

-Extensos conglomerados ganglionares que de manera generalizada comprometen el mediastino, engloban la arteria pulmonar principal izquierda y los bronquios para los segmentos del LSI

- "Masas" con densidad de tejidos blandos, que compromete el segmento anterior del lóbulo superior izquierdo.

-Obliteración del esófago en su tercio medio por los conglomerados ganglionares previamente descritos (ver descripción).

-Tractos fibroatelectásicos biapicales y bibasales.

-Escasa cantidad de líquido libre en cavidad pleural izquierda.

-Cambios de enfermedad osteoarticular de tipo degenerativo en columna dorsal.

-Imagen compatible con quiste simple intraesplénico

-Ausencia probablemente quirúrgica de la vesícula biliar.

-Conglomerados ganglionares que rodean la cabeza del páncreas y el proceso uncinado, engloban el tronco celiaco y las porciones proximales de las arterias hepática y esplénica.

- "masas" que engloban la totalidad de las glándulas suprarrenales, probablemente correspondan con metástasis.

-Adenomegalias retroperitoneales.

-Conglomerados ganglionares inguinales izquierdos.

-Ateromatosis calcificada de la aorta abdominal y de las arterias ilíacas.

-Escasa cantidad de líquido libre en cavidad peritoneal.

-Cambios de enfermedad osteoarticular de tipo degenerativo en columna lumbosacra, con imágenes compatibles con fractura por acunamiento del cuerpo vertebral L4

-El resto del estudio no muestra otros hallazgos

12/04/22: RX TÓRAX: Vista posteroanterior y lateral. Múltiples radioopacidades parenquimatosas de aspecto mixto que comprometen ambos campos pulmonares principalmente en las regiones hiliares, con mayor compromiso hacia la región izquierda algunas de ellas en vidrio esmerilado con discreta tendencia a la consolidación a este nivel. Líquido y/o engrosamiento a nivel de la cisura media. Los ángulos costofrénicos y cardiofrénicos se encuentran libres. Silüeta cardiomedial de difícil valoración, no obstante impresiona de tamaño normal, con presencia de calcificaciones a nivel del botón

aórtico. Tráquea central. Disminución de densidad ósea de forma generalizada. No se observan alteraciones a nivel de lo

Examen Físico

Signos Vitales:

Estado General:

BUENO

TA= 135 / 96 mmHg TA media= 109,00 mmHg FC= 78 lpm FR 18 rpm Temp= 36 °C

Dolor (EVA) 4 Peso= 60 kg Talla= 1,52 m IMC= 26 kg/m² SO₂ 94 % FIO₂ 28 %

Estado General:

Paciente alerta, estable, hidratada, sin dificultad respiratoria, ENA 4/10

Hallazgos Positivos:

Cabeza y cuello: Conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas. Mucosa oral húmeda, rosada.

Cuello sin adenopatías, sin ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: Tórax normoexpandible. Ruidos cardiacos rítmicos, no ausculto soplos. Ruidos respiratorios sin agregados, con murmullo vesicular presente

Abdomen blando, depresible, abundante panículo adiposo. Ruidos intestinales presentes, no doloroso a la palpación.

Extremidades Eutróficas, simétricas sin edemas, llenado capilar < 2 s. Lasegue y bragard negativo

Neurológico: Despierta, orientada en tiempo, persona y espacio. Isocoria normorreactiva de 2 mm, nervios craneales sin alteraciones. Sin signos meníngeos.

Riesgo clínico individual

1. Riesgo de Infección del tracto urinario asociado a sonda vesical: No

2. Riesgo de Bacteremia asociado al uso de dispositivos médicos: No

3. Riesgo de Retiro accidental de dispositivo médico: No

4. Riesgo de Ulcera por presión: No

5. Riesgo de caída: No

6. Riesgo de Hemorragia de vías digestivas altas: No

7. Riesgo de Convulsión: No

8. Riesgo de Paraplejia: No

9. Riesgo de Enfermedad tromboembólica venosa: No

Análisis y Plan de Manejo

Análisis Evolución:

Paciente femenina de 76 años con antecedente de hipertensión arterial, neumopatía crónica oxígeno requirente e IVU a repetición, quien se encuentra hospitalizada en para estudio de masa con densidad de tejidos blandos, que ocupa el segmento anterior del LII y que se extiende comprometiendo la pleura adyacente, conglomerados ganglionares que rodean la cabeza del páncreas, tronco celiaco y porciones proximales de arterias hepática y esplénica, además de "masas" que engloban la totalidad de las glándulas suprarrenales, probablemente de origen metastásico, llevada a biopsia para estudio histopatológico de lesión pulmonar mediante fibrobroncoscopia por neumología el día de ayer con sangrado moderado y requerimiento de instilación de adrenalina y ácido tranexámico, se solicita hemograma control. Por el momento se difiere toma de biopsia de lesión suprarrenal hasta contar con estudio de lesión pulmonar.

A la valoración paciente clínicamente estable, con adecuada modulación del dolor, con mejor control de las cifras tensionales, persiste con disnea pero con mejor modulación de esta y sin desaturación. Tiene radiografía de tórax con atelectasia ya en seguimiento por terapia respiratoria. Ya fue valorada por medicina del dolor y dado que el síntomas está mejor controlado se deja opioide horario más rescate. Los síntomas principales a paliar en la paciente son el dolor el cual está modulado y la disnea parcialmente modulada, es importante resaltar que la disnea es de los síntomas más refractarios en los pacientes y que genera más angustia, sumado a esto la paciente en proceso de adaptación ante los cambios en su estado de salud ya valorada por psicología quienes consideran reacción de ajuste y continuarán seguimiento, paciente quien puede continuar estudios de manera ambulatoria en plan de egreso pronto, paciente cuenta con oxígeno domiciliario, pendiente recarga de bala de transporte por lo que se solicita, se entrega orden a trabajo social. Se explica conducta a paciente quien refiere entender y aceptar.

Plan de Manejo y Justificación Terapéutica:

Hospitalizar por medicina interna

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

Se insiste necesidad de acompañante permanente
 Alto riesgo de caída - Barandas arriba
 Terapia respiratoria 2 veces al día
 Atorvastatina 20 mg vía oral cada día en la noche.
 Bromuro de ipratropio 2 inh cada 6 horas.
 Salbutamol 2 inh cada 6 horas.
 Dalteparina 5000U cada 24 horas ***** NO ADMINISTRAR 12H PREVIO AL PROCEDIMIENTO BRONCOSCOPIA ***
 Omeprazol 20 mg día
 Acetaminofen 500 mg vo cada 6 horas
 Morfina 4mg cada 4h (FAVOR ADMINISTRA DE FORMA JUICIOSA LA DOSIS DE HORARIO). + Rescates 2mg maximo 4 al día OJO SOLO SI DOLOR INTENSO O DISNEA INTENSA referida por la paciente (Explico a familiar)
 Continua con infusión de morfina suspendida ***
 Pregabalina 25 mg en la noche
 Losartan 50 mg vo cada 12 horas
 Nifedipino 30mg cada 12h
 Pendiente valoración por psicología
 Valoración por terapia respiratoria

Se difiere punción de la glándula suprarrenal, se realizará en primera instancia broncoscopia.

Pendiente fibrobroncoscopia por neumología programada para el día de hoy
 Pendiente biopsia de colonoscopia

Piperacilina/tazobactam 4.5 mg cada 6 horas IV (FI: 12/074/2022 - FF: 18/04/2022)


Observaciones generales:

Prescripción de la Via Oral

Vía Oral - Hiposódica

Observaciones:

Plan de Manejo Externo

Medicamento	Via	Cant.	Observaciones
	Ninguno	1	Se solicita bala de transporte para egreso
Profesional	BEDOYA MUÑOZ LENNIS JAZMIN		
Registro Profesional	1152438589		
	MEDICINA INTERNA		

“RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.”