

Fecha: 18/03/2024 11:13

EPICRISIS**Datos Paciente**

Nº Rol:	315544-7	Fecha Ingreso:	26/02/2024
Nombre:	RODRIGUEZ-PEÑA MIRANDA MONICA XIMENA	Sexo:	FEMENINO
Rut:	6.348.028-2	F. Nacimiento:	18/04/1949
Edad:	74 Años 10 Meses 30 Días	GES:	SI
Previsión:	CONSALUD	Telefono:	2-81664288
Ley Urgencia:	SI	Día Pernoctados:	19
Unidad:	5005	Cama:	

Datos Hospitalización

Fecha Ingreso:	26/02/2024	Hora:	04:33	Servicio:	7P NOR HOSP. MEDICO QUIRURGICO
Fecha Egreso:	16/03/2024	Hora:	11:37		
Estado Egreso:	FALLECIDO				
Medico Tratante	Dr(a) GASTON FIGUEROA MAUREIRA				
Responsable Alta:	Dr(a) DANIEL TORO SANTANDER				

Resumen de Hospitalización**Epicrisis****Medicina Interna**

704 - Monica Ximena Rodriguez-Peña Miranda, 74 años.

RUT: 6.348.028-2

Fecha de Ingreso: 26/02/2024

20º día de hospitalización

Diagnosticos actuales

1. Insuficiencia Respiratoria Aguda grave
2. Cáncer de pulmón etapa IV con metástasis hepática y ósea en radioterapia
 - Atelectasia LII por compresión bronquial
 - Derrame pleural izquierdo neoplásico de alto debito - drenaje percutáneo
 - TEP
3. ACV isquémico con lluvia embólica bihemisférico.
4. Antecedentes: Hipotiroidismo, Monorrena por donación, Artrosis

Paciente con hospitalización reciente en FALP debido a dolor por metastasis oseas y TEP, consulta en SU CRSS 26/02 por cuadro de palpitations y malestar general, sudoración y hemiparesia braquicrural derecha. Ingres a urgencia en Glasgow 15, Normotensa, Taquicardico, SAT 87 fio2 35%, T°36. Se solicitan exámenes de Laboratorio: troponina: 0.776, tropo control 0.753 PCR: 175.5 Crea: 0.80; Glicemia: 128; Na: 137; K: 4.1; Cl: 109; Mg: 2.2 Acido Láctico: 15.9; AU: 6.9; BUN: 36; Uremia: 77 CA: 8.2; P: 3.4; BT: 0.5; BD: 0.1; BI 0.4; FA: 720; LDH: 548; GOT: 60; GPT: 38; GGT: 781 TTPK: 25.8; TP: 15.6; INR: 1.31 PH: 7.46; PCO2: 27.8; PAO2: 55; HCO3: 18.10; EB: -4.5; SatO2: 90.1%

Se solicita TAC de tórax: que informa : Foco de condensación basal izquierdo. Moderado derrame pleural izquierdo. Tac cerebro que informa: Examen sin hallazgos de carácter agudo.

Se decide hospitalización en UTI

Paciente ingresa desde urgencia en mejores condiciones a las descritas, vigil tranquila cooperadora, atingente, hemodinámica mente estable normotensa, saturando 99% con fio2 35%, sin dolor sin molestia, refiere sentirse mejor.

Al examen físico de ingreso:

OTE, Vigil tranquila, cooperadora ,sigue ordenes simples y complejas, nomina, invierte series

CAM ICU negativo

Piel y mucosas hidratadas rosadas, llene capilar menor a 4 segundos, bien perfundida a distal.

RR2T no ausculto soplo

MP+Disminuido en base izquierda

Abdomen blando depresible indoloro, rha +,

EEII edema no, sin signos de TVP, ulceras no.

neurológico: pares craneanos ok, sensibilidad conservada, hemiparesia braquial M4derecha, crural M5

26/02: Se inicia terapia antibiótica empírica con Ceftriaxona - Azitromicina.

Por sospecha de ACV se solicita RNM de cerebro 27/02 que informa: Innumerables lesiones isquémicas agudas en ambos hemisferios cerebrales muy probablemente de origen embólico.

- Angio TC de cuello 27/02: Examen sin hallazgos de carácter agudo

Por sepsis de foco respiratorio se solicitan 27/02 : Ag legionella (-), Ag neumococo (-). Hb: 8.6; HTO: 81.8; VCM: 81.8; PLA: 154; VHS: 23; LEU: 12.300; seg: 79%

- TC torax: FoFoco de condensacion basal izquierdo con areas de intensa necrosis y cavitacion distal. Masa parahiliar izquierda obstructiva que ocluye segmento apical y disminuye calibre de tronco basal inferior.

Evoluciona con deterioro clinico, mala mecanica respiratoria y saturacion limite con FIO2 50%, se decide cambio a CNAF, con favorable respuesta. Se decide cambio a ampicilbactam

Evaluada por Broncopulmonar 27/02 quien solicita estudio de líquido pleural.

Evaluada por Neurologia 27/02 quien solicita estudio en busca de fuente embólica con EcoTT, test de burbujas y holter

de ritmo 24hrs.

- ETT: VI normal, función sistólica global y segmentaria normal. Disfunción diastólica tipo 1. AI normal. Aneurisma del septum interauricular con probable FOP.
- Holter de ritmo de 24hrs: taquicardia sinusal persistente, baja densidad de extrasístoles supraventriculares y ventriculares

Se realiza drenaje percutaneo 28/02 por radiología intervencional y se instala cateter de drenaje.

Dentro de los exámenes de lab: Hb 8,1, GB 12.280

Líquido pleural con criterios de transudado, gram (-)

Se toma TAC de Tórax de control 04/03 que informa: Expansión parcial del lóbulo inferior izquierdo persistiendo foco de condensación en su segmentos superior asociado a signos de congestión. Disminución del derrame pleural izquierdo, actualmente de leve cuantía.

Dentro de los exámenes de laboratorio 04/03: Hg 8.7 plaquetas 95.000 leucos 16.040

Creatinina 0.7 Bun de 13 Sodio 130--> 125 / Potasio 4.5 / PCR 129--> 135

Procalcitonina 0.4 Calcio 7.6 -albumina de 2.2 -- corregido --> 9

Debido a alza de parametros inflamatorios a pesar de terapia antibiotica por 7 dias, es evaluada por Infectología y se escala a Piptazobactam + Vancomicina, posterior a toma de HC.

Evoluciona favorablemente dentro de su condicion, con reduccion progresiva de requerimiento de oxigeno suplementario y buena mecanica respiratoria, lograndose destete de CNAF y paso a naricera. Sin deterioro neurologico

Evaluada por neurología que sugiere reinicia anticoagulación con NACO posterior a 10 dias del evento. 06/03 se reinicia anticoagulación con NACO.

Evaluada por Infectologia 06/03 que sugiere suspensión de antibioticos, al no impresionar cuadro infeccioso actual, le impresiona alza de parametros inflamatorios en contexto de ca de pulmon.

Evaluada por cirugía de Tórax 06/03 que sugiere mantener pigtail y control ambulatorio 1 semana post alta.

Actualmente paciente en condiciones clínicas estables, vigil, reactiva, cooperadora, orientada TE. No refiere dolor u otras molestias, sin apremio ventilatorio, sat 94% con 1 lt O2 por naricera, sin UMA. Hemodinamia estable. Curva térmica afebril, solo un peak febril aislado de 38° hace 48 hrs, parámetros inflamatorios estacionarios. No impresiona foco clínico infeccio manifesto

Drenaje pleurocar 740cc en 24hrs

Metabólicamente euglicémica, alimentándose VO sin conflicto

Diuresis + 1700cc

Deposiciones +

De sus exámenes de lab 06/03:

PCR 131, GB 15.850, crea 0,7, ELP 127/4,6/101, HB 8,4

Planes en UTI

1.- Hemodinamia estable, sin conflicto

2.- Ventilatorio: Evaluado hoy por Cx torax, con pigtail en pleura izquierda funcional dando en promedio 500 cc en 24 hrs. Por el momento se mantiene drenaje. Impresiona no candidata a pleurodesis por potencial reproducción del derrame dado etiología tumoral. Se sugiere mantener pigtail y control ambulatorio 1 semana post alta.

3.- Infeccioso: Dado ausencia de foco clínico infeccioso y que completo de ATB se decide junto a infectología ventana terapéutica y se suspenden ATB.

4.- Terapia de NRH multidisciplinaria con TO + KNT motora

5.- Oncológico: Pendiente evaluacion oncología. Por el momento sin dolor con parche de lidocaina y fentanilo

07/03 Traslado a MQ

08/03 Evaluada por Oncologia, dada patologia neoplasica avanzada de pronostico ominoso, se indica terapia paliativa.

Cx Torax sugiero mantener drenaje pig tail. Sin embargo, permanecia con requerimientos de O2 suplementario.

11/03 Alto debito de drenaje pleural (>1lt al dia), TAC Tx control.

TAC de Torax: Se hace más evidente el cáncer de el lóbulo inferior izquierdo que rodea completamente el extremo distal y la bifurcación de la arteria pulmonar izquierda.

Progresión de la neumonía postobstructiva, con atelectasia de la totalidad del lóbulo inferior izquierdo.

Han aparecido algunas áreas de vidrio esmerilado y condensación periféricas en relación a la língula, segmento apical de lóbulo inferior derecho y segmento medial del lóbulo medio, este último rodeando el nódulo que estaba presente a ese nivel en el estudio previo

Aumento del derrame pleural izquierdo en comparación con estudio previo el que actualmente es de cuantía leve a moderada. Tubo de drenaje basal ipsilateral en similar ubicación que en estudio previo.

12/03 Se define por tratante AET dado deterioro clinico sin posibilidad de beneficio terapeutico de medidas invasivas, se entrega informacion a familiares.

13/03 SCCP sugiere rescate con morfina y valorar sedacion paliativa de mantener disnea.

14/03 Se inicio BIC de Morfina + corticoterapia paliativa. Es evaluada por cirugía de tórax, se considera fuera de alcance terapéuticos

15/03 Por dolor se aumenta infusion de opiaceos.

16/03 La paciente fallece tranquila, sin dolor ni apremio respiratorio, a las 11:15.

Diagnósticos de Ingreso

- ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA

Diagnósticos de Egreso

- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Resp. Alta DANIEL TORO SANTANDER
16361062-0

PROTOCOLO OPERATORIO N° 219049

Empresa	REDSALUD SANTIAGO	Fecha	18/03/2024
Sucursal	REDSALUD SANTIAGO	Hora	11:15

Id.Atención	315544	Sala de Cirugía	PABELLON ANGIOGRAFIA
Nombre Paciente	MONICA XIMENA RODRIGUEZ-PEÑA MIRANDA	Vinculación	CONSALUD / CONSALUD GES
Sexo	FEMENINO	Edad	74 Años 10 Meses 30 Días
Urgencia	NO	Fecha Inicio Cirugía	28/02/2024 11:00
Anestesia	LOCAL C/S SEDACION	Fecha Fin Cirugía	28/02/2024 12:00
Pieza	Q704	Riesgo Operatorio	MEDIANO

CIRUGIAS

18-50-005-00	DRENAJE PERCUTANEO (TECNICA DE SELD-PAB	Principal
--------------	---	------------------

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

DERRAME PLEURAL

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO

DERRAM EPLEURAL

EQUIPO MEDICO

ANESTESIA LOCAL (10% 1° CIRUJANO)	15371976-4	MARTINEZ ROJE NICOLAS
-----------------------------------	------------	-----------------------

DETALLE INTERVENCION

TECNICA ESTERIL HABITUAL.
 LIDOCAINA COMO ANESTESICO LOCAL.
 PUNCION GUIADA BAJO ECOGRFIA EN MODERADO DERRAME PLEURAL IZQUIERDO
 SE ENVIA MUESTRA A ESTUDIO.
 SE DRENA 50 CC IN SITU CON FINES DIAGNOSTICOSSE INSTALA CATETER DRENAJE 8F.
 SALIDA A LIQUIDO SEROHEMATICO.
 FIJACION CON PUNTOS A PIEL.
 INDICAIOCN DE NO DRENAR MAS DE 1.5 LT C 24 HRS
 RESTO SIN CAMBIOS.
 BIEN TOLERADO, SIN INCIDEINTES. .