

## INFORME DE ALTA DE UCI

**PACIENTE:**

NºHº: 0301482

Nº INGRESO EN UCI: 21234

FECHA DE INGRESO: 12/11/2019

FECHA DE ALTA: 03/01/2020

**MOTIVO DE INGRESO:** paciente de 79 años que ingresa procedente de quirófano de Cirugía General en el postoperatorio de laparotomía exploradora por fuga biliar en herida quirúrgica.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** No alergias conocidas.

- HTA:
  - Hipercolesterolemia.
  - HBP.
  - FA persistente anticoagulado con ribaroxaban
  - Trastorno mixto ansioso / depresivo grave con polimedication . Ingreso en Dr León
  - Caida en S Dr León el dia 20 de nov, Trauma facial con fractura de mandibula . Ingresa a cargo de Cx Maxilo facial : reducción abierta y fijación interna de la fractura doble de mandíbula con miniplacas de 2.0 Medicon. Sutura. Alta el dia 25 de nov 2019.
  - Remitido de nuevo por abdomen agudo el 28/11/19 siendo diagnosticado de colitis isquémica e intervenido el 29/11: dilatacion de todo ID, sin signos de isquemia, liquido libre seroso escaso. Isquemia transmural de ciego diastasico. Se realiza colectomia drcha con seccion de meso con ligasure y de ileon y colon transverso con GIAs 60. Anastomosis lat-lat con GIA de 60 y cierre del orificio en 2 planos con monocryl. LavadoDrenaje BD sin vacío en parietocolico Cierre monoblock small bites con monoplus 2/0 ( x4) Piel grapas. Alta el 2/12/19
  - Reintervenido de nuevo el 8/12/19 por eventración, siendo dado de alta el 10/12/19.
- Nueva reintervención el dia 15/12/19 por fistula biliar colocandose drenajes, dado de alta el día 16/12/19.

**Tratamiento habitual:** Enzude 100 , anafranil 75 mg 1-0-0, rexer 30 mg 0-0-1, Deprax 100 0-0-1/2 sycrest 5 mg 0-0-1, stilnox 10 mg 0-0-1, abilify 5mg 1/2-0-0, atenolol 50 1/2-0-0, xarelto 20 mg 0-1-0, haloperidol gotas 0-0-15 , augmentine , paracetamol



**HISTORIA ACTUAL:** Dado de alta hace 24 h a planta, presenta drenaje bilioso por la herida quirúrgica, así como cuadro de agitación psicomotriz importante. En cultivo de herida quirúrgica obtenido el dia 15/12/19 se aísla P. aeruginosa, K. pneumoniae y E. faecium pendiente de antibiograma. Se decide laparotomía exploradora urgente: se realiza lavado de cavidad, retirada de malla y exteriorización de fistula sobre herida quirúrgica.

Intervención sin incidencias, salvo tendencia al taquicardia e hipotensión a pesar de aporte de volumen y NA a 0,2 mcg/kg/min. Recibe tto empírico con imipenem.

**EXPLORACION:** bajo efectos anestésicos; intubado; se conecta a ventilación mecánica.

TA 130/80 mmHg, FC 140 lpm, T<sup>o</sup> 35°C. Auscultación cardiaca taquicardia arrítmica sin soplos. Auscultación pulmonar con buena ventilación bilateral. Abdomen: postquirúrgico. Extremidades sin edemas, pulsos distales presentes.

#### DATOS COMPLEMENTARIOS:

##### Analítica.

Hematología: Hb 8.5, Hto: 26.6%, leucocitos 8310, plaquetas 339000

Gasometría con FiO<sub>2</sub> 0.4 : pO<sub>2</sub> 77, pCO<sub>2</sub> 42, pH 7.40, CO<sub>2</sub>H 25.

Coagulación: TP 71%, INR 1.1, 28/25

Bioquímica: Glucosa 121, urea 57, creatinina 0.45, Na 141, K 3.8.

**ECG:** Fau con RV a 140 lpm.

**Rx torax:** Infiltrado perihilial bilateral.

#### EVOLUCION Y COMENTARIOS:

47 días desde el último reingreso en el que ha presentado múltiples complicaciones que resumimos a continuación:

- Dificultad para el destete inicialmente sobre todo por mal despertar y agitación.
- Evolución inicial favorable de la fistula biliar con disminución e incluso eliminación inicial del débito
- Traqueotomía realizada el día 25/12 tras las dificultades experimentadas en el destete (fundamentalmente neurológicas pero también de insuficiencia respiratoria).
- Sf febril con Pseudomonas sensible en sangre y BAS. En herida quirúrgica ya había crecido Klebsiella pneumoniae escaso crecimiento, Enterococcus faecium abundante crecimiento, Pseudomonas aeruginosa abundante crecimiento.

Tratado con vanco y levo. TC abdominal sin hallazgos.



- FA con RVR.
- C. albicans en orina. Ciclo de cefta(pseudomonas) y fluconazol.
- El día 30/12 presenta nuevo pico febril, se extraen cultivos. En HC crece en dos ocasiones (con 3 días de diferencia) E. faecalis y E. faecium. En BAS: Pseudomonas, E. faecium y C. glabrata). Ecocardio y ETE negativos para endocarditis. Tratamiento con linbezolid y cefepime. TC sin hallazgos.
- Escara sacra y el talón. Lesiones cutáneas por ampollas con importante débito de exudación cutánea por edema.
- 11/01 KP BLEE en escara sacra y Pseudomonas, Enterococo y Candida en BAS.
- 12/01 nuevo pico de fiebre, bacteriemia por KPB que crece también en catéter. Se cambia dicho catéter y vuelve a presentar nueva bacteriemia por KPB a las 48 horas. Meropenem en perfusión extendida. Leucopenia secundaria a la sepsis.
- 16/01 Reapertura de fistula con débito abundante de heces. Colección en TC. Sepsis. Imposible intervenir, imposible drenaje percutáneo. La klebsiella se hace carbapenemasa, cubrimos con cefta/avibactam a lo que la KPC es sensible.
- Evolución posterior favorable con eliminación de la sepsis, de la colección abdominal y del débito por la fistula.
- 26 /01: Isquemia de MSD desde el codo que mejora posteriormente. Fogarti por C. vascular y prostaglandinas. La lesión se delimita a 3 dedos.
- Neurológicamente evolución favorable, valorado en varias ocasiones por Psiquiatría (Dra. Mayero), está despierto y alerta e interactua con el medio aunque poco colaborador.
- Importante rigidez por lo que se inicia en UCI baclofeno y sinemet a valorar según evolución.
- Respiratoriamente continua con traqueotomía pero respirando en espontánea desde hace 2 semanas previas al alta. Hemodinámicamente estable en RS. La Rx se limpió del infiltrado que presentó al ingreso, sin nuevos infiltrados neumónicos posteriormente.
- Evolución favorable de úlcera sacra y de talón en seguimiento por cirugía.
- Fisula biliar con débito escaso entre 20-100ml día.
- Nutrición parenteral desde la última reapertura de la fistula.



**JUICIO CLINICO:**

1. Postoperatorio de laparotomía exploradora para revisión de fístula biliar.
2. Infección de herida por P. aeruginosa, K. pneumoniae y E. faecium.
3. Reapertura de fístula biliar
4. Bloqueo abdominal completo
5. Colección intraabdominal por fístula/deshiscencia de sutura
6. Isquemia arterial MSI con afectación de 3 dedos.
7. Úlcera sacra y en talón.
8. En seguimiento por Psiquiatría (paciente con antecedentes de psiquiatría (depresión mayor).

**TRATAMIENTO:**

1. Constantes por turno. Dxt/ 8 h.
2. Dieta.absoluta.
3. Control herida, apositos, faja y fístula biliar
4. Líquidos iv:
  - a. NPT Smoofkaviben extranirogen de 16 gr N (1500 L)/ 24 h + Adamel y Cernevิต
  - b. Alprostadil 40mcg cada 12h en perfisión continua
  - c. SS 0.9% 250cc + 40meq CLK a 11ml/h
5. Medicación:

Pantoprazol 1 amp iv/ 24 h  
Enoxaparina 60 mg sc/ 12 h  
Cefta/avibactam 2 gr iv/ 8 h (hasta el día 6/02)  
Paracetamol 1 gr iv/ 8h  
Metamizol 2 gr iv/ 8 h alterno.  
Dexketoprofeno 1 vial iv/ 8 si > dolor.  
Lioresal 10mg SNG oral cada 12h  
Sinemet plus 10025mg cada 8h SNG  
catapresan 0.15mg a las 23:00 SNG  
Captopril 15mg cada 8h SNG  
Atenolol 50mg SNG cada 12h  
Quetiapina 25mg SNG a las 23:00

Fdo. Dr. S. González  
Unidad de Cuidados Intensivos

Madrid, 01 de enero 2020



