



4 y 5 de Octubre 2019
Hotel Hesperia. Córdoba

**CLAVES EN LA ACTIVIDAD DE INTERCONSULTAS Y
CONSULTORIA QUIRURGICA**

Rafael José López Alonso

Hospital Universitario Virgen de Valme. AGS Sur de Sevilla

* Paciente que ingresa en Vascular por úlceras en mmii

* ANTECEDENTES: Casado con hijos. DM II de más de 10 años de evolución con mal control, tratamiento irregular, transgresiones dietéticas...

* ENFERMEDAD ACTUAL: Ingresó en Vascular por úlceras cutáneas necróticas en cara antero-externa de pierna dcha, de 2-3 meses de evolución torpida y dolorosas. Previamente se precedieron de manchas ocre en la misma localización que terminaron ulcerándose. En la otra pierna lesiones dérmicas de coloración ocre con zonas de atrofia cutánea. Interrogado al respecto tras los hallazgos exploratorios iniciales refiere impotencia de unos 10 años de evolución por la que no había consultado

* EXPLORACION:

- En mmii las úlceras reseñadas
- Aparte de esto llama la atención una piel seca e hiperqueratósica en palmas, ausencia de vello axilar y torácico, distribución feminoide del vello púbico y cola de cejas poco pobladas. Testículos de tamaño y consistencia normales, palpándose en saco escrotal dcho una pequeña tumoración blanda

* COMPLEMENTARIAS:

- Hemograma y coagulación normales. Hb previa al alta 10.4
- Bioquímica general y hepática: glucemia 121, GPT 52, GGT 108, colesterol 233, triglicéridos 167, resto normal
- Orina: discreta proteinuria con sedimento normal
- Estudios hormonales: (valores de referencia para su sexo y edad)
* basales: TSH 4.17 (0.12-5), T4L 0.637 (0.8-1.8), FSH 1.38 (1-10.5), LH 0.24 (1-8.4), testosterona 0.06 (2.6-10.5), prolactina 47.99 (2.5-14.6), DHEA-S 0.17 (0.63-4.44), 17betaestradiol 18.94 (0-35.4), cortisol sérico 19.2 (4.5-24), cortisol libre en orina de 24 horas 54.3 (9-53), somatomedina C 55.8 (>70)
* tras estimulación TRH y LHRH: (determinaciones seriadas): TSH 25.34 y 30.82, FSH 1.78, 1.92, 2.56 y 2.98, LH 1.39, 2.29, 3.15 y 3.7, prolactina 78.16 y 82.02

- Ecografía y TAC abdominales: hepatomegalia a expensas lobulo caudado y

- Ecografía testicular: tamaño y ecogenicidad normales, en el lado dcho incipiente varicocele, en el izqdo datos de epididimitis crónica
- RMN craneal: proceso expansivo a nivel de cisterna supraselar de 2x2 que parece parcialmente independiente de la hipófisis sin determinarse el tallo hipofisario con compresión sobre el quiasma óptico, compatible con macroadenoma
- Arteriografía de mmii: arteriosclerosis aórtica, cambios ateromatosos en femorales superficiales y territorio popliteo, en el territorio sural del MID se aprecia una tibial anterior con marcadas irregularidades desde su tercio proximal y que se oblitera poco después, también marcadas irregularidades en el tronco tibioperoneo a pesar de lo cual se visualiza una arteria peronea hasta el territorio distal y una tibial posterior muy deteriorada que se oblitera en el tercio medio
- Campimetría: indicios de cuadrantapnosia-hemianopsia heterónima bitemporal inferior
- Fondo de ojo: retinopatía diabética, papilas normales

*** COMENTARIOS:**

- La evolución de las úlceras ha sido torpida pero progresivamente favorable, de forma que al alta no precisa más que de analgesia oral y se encuentran en vías de cicatrización. En su génesis sin duda contribuyen diversos factores: el isquémico en relación a su vasculopatía diabética y los trastornos tróficos derivados de sus déficits hormonales.
- Respecto a estos el paciente presenta datos de hipopituitarismo global con déficit de gonadotropinas, TSH y hormona de crecimiento (estos dos últimos parciales). Conserva el eje suprarrenal con cortisol libre urinario algo elevado en relación a la situación de stress.
- Por parte de Vasculatura de momento no procede ninguna actuación ni tampoco por parte de Urología en relación al incipiente varicocele ante la prioridad que supone la tumoración hipofisaria que comprime el quiasma.
- Una vez concluido el estudio en el día de hoy, y puestos al habla con el Neurocirujano de guardia de referencia en Virgen del Rocío, acepta su traslado tramitándolo a través de Gestoría de ambos centros

*** JUICIO CLÍNICO:**

- DM II, con mal control metabólico. Retinopatía, microalbuminuria y



e de Alta X

[+]

- Una vez concluido el estudio en el día de hoy, y puestos al tanto con el Neurocirujano de guardia de referencia en Virgen del Rocío, acepta su traslado tramitándolo a través de Gestoría de ambos centros

* JUICIO CLINICO:

- DM II, con mal control metabólico. Retinopatía, microalbuminuria y vasculopatía periférica como complicaciones vasculares detectadas
- Ulceras en mmii de origen mixto: isquémico y trófico hormonal
- Tumoración hipofisaria con hipopituitarismo

* TRATAMIENTO:

- Curas locales de las úlceras de mmii
- Dieta diabética
- Levothroid 100 microgr/día
- Androderm 2.5 1 parche cada 24 horas
- Adolonta 1 capsula cada 6 horas
- Omeprazol 1 comprimido al día
- HBPM 2500 U so al día
- Daonil 1 comprimido al día

* SE ADJUNTA RMN

* SE DEJA CITA PROGRAMADA PARA LAS CCEE DE ENDOCRINOLOGIA DE NUESTRO CENTRO UNA VEZ QUE SE INTERVENGA
* POSTERIORMENTE TAMBIEN DEBE SOLICITAR CITAS PARA REVISION EN CONSULTAS DE VASCULAR Y DE UROLOGIA

FDO DR LOPEZ ALONSO
M INTERNA-UNIDAD CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

Fdo.: Lopez Alonso, Rafael Jose

- SOLICITAMOS COPIA DEL INFORME DE LA IRM HIPOTALAMO-HIPOFISARIA

restos tumorales en relación con el meningioma angioblástico intervenido por encima de la glándula hipofisaria englobando el tallo hipofisario y extendiéndose hasta el cuerpo mamilar en relación con el infundibulo por debajo del quereama óptico. Pequeña colesión subdural a nivel de la convexidad temporoparietal dcha prácticamente sin efecto masa.

(D11 COMENTARIOS:

El paciente efectivamente tiene una diabetes insípida secundaria pero al ingreso presentaba cifras de Na bajas, producida por una potomanía secundaria a su cuadro psiquiatrico, que se ha resuelto al restringir la ingesta de líquidos, pues bebía en exceso.

Igualmente el paciente reconoce que a veces no se tomaba el tratam. indicado y ha dejado de tomar el Minurin.

(D11 JUICIO DIAGNOSTICO.-

- 1.- DIABETES INSIPIDA POR MAL CUMPLIMIENTO DE LA MEDICACION.
- 2 - POTOMANIA SECUNDARIA A SU CUADRO DEPRESIVO ADAPTATIVO

XVI REUNIÓN INTERHOSPITALARIA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

20 DE OCTUBRE DE 2001
PARADOR NACIONAL REY DON PEDRO
CARMONA (SEVILLA)

PROGRAMA CIENTÍFICO

10.00 Reunión de la Junta Directiva de la S.A.A.C.V.

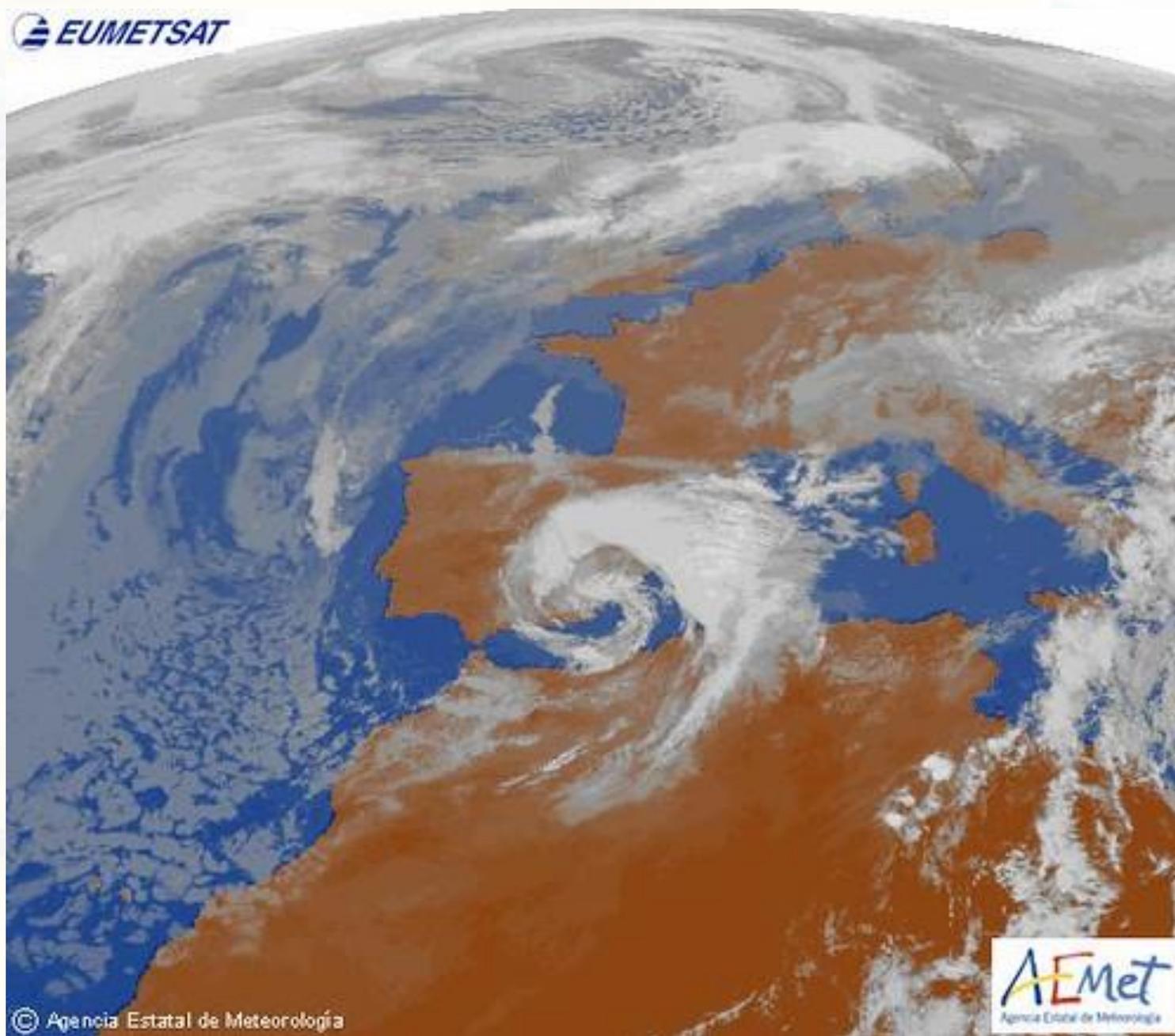
12.00 Sesión Clínica Interhospitalaria.
Moderador: Dr. Ardila Merchán.

ISQUEMIA AGUDA DE MIEMBROS INFERIORES ¿EMBOLIA O TROMBOSIS?
Dres.: Doiz, E.; Galán, M.; Sánchez, M.; Craven, A.; Conejero, R.;
Arribas, F.N.; Bohórquez, J.C.; Rodríguez, M.; Gómez, R.; Ceijas, F.;
Bohórquez, C.
Servicio de Cirugía Vascular. H.U. "Puerta del Mar". Cádiz.

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL E ISQUEMIA INTESTINAL
Dres.: Galán, M.; Doiz, E.; Sánchez, M.; Craven, A.; Conejero, R.;
Arribas, F.N.; Bohórquez, J. C.; Rodríguez, M.; Gómez, R.; Ceijas, F.;
Bohórquez, C.
Servicio de Cirugía Vascular. H.U. "Puerta del Mar". Cádiz.

SÍNDROME DE PARKES-WEBER: TRATAMIENTO PERSONALIZADO
Dres.: Sánchez Guzmán, A.; García García, A.; Romero Campos, R.;
López Martínez, J.M.; Gutiérrez del Manzano, J.A.; Ardila Merchán, F.
Servicio de Cirugía Vascular. H.U. "Virgen de Valme". Sevilla.

ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES Y ENDOCRINOPATÍA
Dres.: López Alonso, R.J.*; Gómez Camacho, E.*; Sánchez Guzmán, A.**;
García García, A.**; Romero Campos, R.**; López Martínez, J.M.**;
Gutiérrez del Manzano, J.A.**; Ardila Merchán, F.**
*Unidad de Continuidad Asistencial-UCA. Servicio Medicina Interna.
**Servicio de Cirugía Vascular. H.U. "Virgen de Valme". Sevilla.



↑ Edad

↑ Comorbilidad
60% pacientes Q
80% muertes postQ

↑ Complejidad
Clínica gral y atípica
Retraso dx y tto

Selección
hospitalaria
25-50% terminan no
operándose

↑ Especialización
↑ Avances ↓ Agresividad
↓ Conocimientos
generales

Organización
No favorece continuidad
Diluye responsabilidad
Dificulta comunicación



DE LA INTERCONSULTA A LA ASISTENCIA COMPARTIDA PASANDO POR LA MEDICINA PERIOPERATORIA

INTERCONSULTA

- A demanda
- Circunscrita al motivo de consulta
- Falta comunicación y coordinación
- Recomendaciones
- Responsabilidad limitada

ASISTENCIA COMPARTIDA

*MEDICINA PERIOPERATORIA

- Universal y de oficio a servicios y/o procesos
- Integral
- Comunicación y coordinación
- Ejecutivas
- Responsabilidad compartida

* Noviembre 2013: GRUPO SEMI ASISTENCIA COMPARTIDA E INTERCONSULTAS

Solicito valoración por vuestra parte de:

Mujer de 46 años ingresada por cuadro de Esquizofrenia residual.

Tratamiento actual:

- Sertralina 100mg: 1--0--0
- Clozapina: 50mg - 50mg- 300 mg
- Paliperidona 9mg 0--0--1
- Clonazepam 0,5mg 1/2--1/2--0. Si persiste insomnio, puede tomar 1 comprimido más.
- Clonazepam 2mg 0--0--1

Previamente al desayuno nos avisa la madre de la paciente refiriendo que la encuentra muy cauda y con dificultad al respirar.

Valoramos a la paciente que se encuentra con tendencia a la sedación, pero consciente y orientada y responde escuetamente a estímulos verbales. PINLA. No signos de focalidad neurológica. ACR: roncus en campos anteriores que impresionan de ruidos transmitidos de vías alta con tonos ritmos a 100-110 lpm, no escucho soplos. ABD: globuloso pero baldo y depresivo con ruidos intestinales conservados. MMII. no edemas ni signos de TVP y pulsos distales conservados.

Exploración: Glucemia: 112/TA: 123/63/ Sat O2: oscila entre 86-94%/T^o:36.6.

Se extrae analítica de urgencia (BHC) y gasometría venosa.

ECG: RS 110lpm. PR menor de 0.12s. QRS: menor de 0.12 s.

Se canaliza una vía y se administra 3 ml de flumaceniil en bolo (moderada respuesta de la paciente). Se administra aerosolterapia con budesonida.

Historico de evoluciones

31/05/2019 03:43 - Hoja de Evolución de Salud Mental - [Redacted] - Unidad de Hospitalización de Salud Mental Valme

31/05/2019 14:09 - Hoja de Evolución de Salud Mental - [Redacted] - Unidad de Hospitalización de Salud Mental Valme

01/06/2019 10:22 - Hoja de Evolución de Salud Mental - [Redacted] - Unidad de Hospitalización de Salud Mental Valme

02/06/2019 01:43 - Hoja de Evolución de Salud Mental - [Redacted] - Unidad de Salud Mental Comunitaria Los Palacios

02/06/2019 10:42 - Hoja de Evolución de Salud Mental - [Redacted] - Unidad de Hospitalización de Salud Mental Valme

Altas Agrupadas | Unidad Funcional | Tipo Episodio | Informes y Estudios | Procesos Asistenciales | Procesos Especializados

Lunes a Viernes de 8 a 20 horas) Guardia Localizada. Envío de Correo.

Sevilla, J

Intranet local

» | PLAN TRABAJO ... | Sin título 1 - Lib... | Inicio - Inicio - ... | Estación Clínic... | Gestión de UNI

Juicio clínico

Diagnóstico sindrómico	
Trastorno Psicótico	
Diagnóstico CIE 10 (Código F)	Esquizofrenia residual episódica con deficit estable (F20.52, CIE-10)
Proceso Asistencial Integrado	Trastorno Mental Grave

Fdo 

Evolución:

MIN GUARDIA

Avisan por febrícula (37,2°).

Al parecer ayer tuvo fiebre y disnea, motivo por el cual se consultó con MIN que recomienda oxigenoterapia en gafas nasales.

Se realizó GSV y bioquímica sin hallazgos de interés. Hemograma coagulado.

La madre reconoce tos en alguna ocasión ayer con las comidas.

Exploración:

Acutalmente la paciente se encuentra con buen estado general, consciente, poco colaboradora pero despierta y moviliza cuatro miembros y dirige la mirada. Corazón aparentemente rítmico a unos 100 spm, eupneica con BMV, con saturación 99% con gafas nasales 1,5 lpm. No lesiones cutáneas.

Abdomen blando, no doloroso, sin masas.

Pruebas Complementarias:

- Hemograma con ligera leucocitosis.

- Radiografía de tórax con pinzamiento bilateral costofrénico sin claros infiltrados. Llama la atención cámara gástrica y posible dilatación colon (en relación a estreñimiento crónico)

Juicio Clínico:

- Febrícula y disnea en probable relación a microaspiración por bajo nivel de conciencia en probable relación a situación de base por su enfermedad y fármacos.

Plan de Actuación:

Solicito hemograma y radiografía tórax y se intentará disminuir la sedoanalgesia así como elevación del cabecero en las comidas. Extraer cultivos (urocultivo y hemocultivo si nuevo pico febril). Antitérmicos si precisara.

Actualmente estable sin nuevos picos febriles. En función de evolución valoraremos antibioterapia.

Valorar sonda rectal/nasogástrica y enemas.

Se había cursado ya interconsulta a MIN para seguimiento.

03/06/2019 13:54 - Evolución genérica - Lopez Alonso, Rafael Jose - Medicina Interna**Evolución:**

HdC de PSQ a MIN

- Mujer, 46 años. No constan antecedentes somáticos aparte de los psiquiátricos. No RAMs, no neumopatías. Ingresada actualmente por esquizofrenia residual

- El pasado sábado 1 se quejó de disnea y decaimiento. Valorada por MIN de guardia ayer. Varios días sin obrar (estreñimiento crónico).

- Encuentro a la paciente en sala común dibujando. La exploro en su habitación acompañada de familiares. Obedece órdenes pero no consigo que me responda verbalmente. Obesa, no mórbida. Tª esta mañana 37.4º. Eupneica (aún después de desplazarse a la habitación desde zonas comunes caminando despacio), saturando al 93% respirando aire ambiente, auscultación (escasa colaboración) sin hallazgos. Bien perfundida, corazón rítmico a 115 lpm, TA esta mañana 127/86. Abdomen blando, depresible, indoloro, no peritonismo. MMII sin edemas ni signos de TVP

- Analítica: discreta leucocitosis neutrofilica (12m/84%), BQ gral y hepática N, no tiene PCR, Coag básica N. Rx T: mala calidad, no claros infiltrados/condensaciones. EKG: taquicardia sinusal, no datos de sobrecarga dcha

- Realmente la paciente en este momento no aparenta patología añadida a la psiquiátrica, pero por las discretas desaturación (teniendo en cuenta edad y ausencia de antecedentes de neumopatía, con obesidad pero no mórbida para atribuirle a obesidad/hipoventilación), taquicardia (sin aparente estado de ansiedad/agitación en relación a su patología psiquiátrica) y leucocitosis neutrofilica, solicito GSA, coagulación ampliada con DD y PCR, y añadido bemiparina aunque sea a dosis profilácticas quirúrgicas.

No inicio tampoco atb empírica en expectativa de cultivos si desarrolla fiebre franca. Seguiremos evolución



Evolución:

- En analítica solicitada ayer y cursada esta mañana: DD 3.550, PCR 53 y GSA con muestra coagulada

- No tengo noticias de ninguna incidencia clínica. No tengo acceso al evolutivo de enfermería en este momento y tampoco hay constantes de hoy anotadas. No consta hoy evolutivo de Psiquiatría, aunque en cualquier caso nunca nos es visible.

- Aunque el índice de sospecha clínica me parece bajo, creo obligado descartar la posibilidad de TEP. Por ello aumento bemiparina cautelarmente y solicito angioTAC torax urgente. Lo comunico a Psiquiatría de guardia para que se recabe el necesario consentimiento informado previo a la administración de contraste radiológico



Evolución:

Veo resultado de AngioTAC, con datos compatibles con TEP bilateral.

Mantengo la anticoagulación prescrita por el Dr. López.

Drugs Complementarias:



Evolución:



- Bien, confirmado TEP, además en ramas segmentarias y subsegmentarias bilateral. Ya ayer iniciamos cautelarmente bemiparina 5.000/12h. Pesa unos 85 kg, por lo que paso a 7.500 U/d en administración única
- Hablo con su psiquiatra y con su madre y preciso algunos datos de interés: No tiene patología añadida a la psiquiátrica. No toma ningún tratamiento añadido ni conoce RAMs. Fumó hace bastantes años. No toma anticonceptivos. No historia familiar sugerente de trombofilias. Vive con su madre y un hermano, es autónoma, va al gimnasio por las mañanas, a clases por las tardes, ayuda en tareas domésticas y sale con alguna amiga. Dejó de realizar estas actividades rutinarias como una semana antes del ingreso. En esos días y durante el ingreso vida sedentaria cama-sillón con escasa movilidad pero no encamamiento.
- Situación actual desde el punto de vista cardiorrespiratorio. Hoy la encuentro todavía en la cama, eupneica en decúbito a 0º y saturando al 97% respirando aire ambiente. Corazón sigue algo taquicárdico, a unos 110 lpm, rítmico; no descarto tenue soplo. MMII sin signos de TVP
- Por tanto:
 1. Confirmado TEP, en principio atribuible a inmovilidad en su contexto catatónico
 2. Iniciado tratamiento con HBPM. Por el momento mantendré así dado que existe además el planteamiento de iniciar TEC. Me comenta Psiquiatría que Anestesia habitualmente suspende la anticoagulación, pero la estimo en este momento prioritaria, y por otro lado, aunque es un tema controvertido, por la evidencia disponible (Uptodate, protocolo TEC 12 Octubre) parece que puede mantenerse en casos de alto riesgo al discontinuarla como considero el actual. En cualquier caso habrá que sopesar también por Psiquiatría y Anestesia, respectivamente, la indicación y grado de inmediatez necesario de la TEC, y los riesgos y actitud respecto a la anticoagulación
 3. Solicito ecodoppler de mmii, ETT por el soplo referido y eco abd como screening básico general (tiene del día 3 BQ gral y hepática normal, HG con mínima anemia normo no existente en otro reciente del día 7-5-19, y orina pendiente)
 4. Seguiremos evolución



Evolución:

- Sin incidencias.
- Eco abdominal sin hallazgos salvo dos quistes de ovarios de aproximadamente 3 cm el del derecho. Ecodoppler de mmii con signos de estasis venoso profundo distal en ambos miembros inferiores más evidente en el sector distal del miembro inferior izquierdo, pero sin datos de TVP. ETT normal, sin datos de sobrecarga dcha.
- Aunque los hallazgos parecen menores, recomendamos revisión por Ginecología.
- Me informa su psiquiatra que por el momento se han paralizado los planes de TEC hasta al menos evaluación por Neurología ante los hallazgos del TAC CR.
- Respecto al tratamiento del TEP, recomendamos continuar con bemiparina a dosis actual mientras se decide si realizar TEC o no. En caso de que finalmente se realice, recomendaría continuar con bemiparina durante ese periodo (salvo otro criterio de Anestesia y con los plazos temporales que ellos determinen en cuanto al tiempo de decalaje última dosis-sesión de TEC). Si finalmente no se realiza, o una vez concluida, durante el ingreso si lo sigue requiriendo, o al alta dado que la paciente tiene buena tutorización familiar, hacer transición a acenocumarol (Sintrom), recomendado un plazo mínimo de 6 meses. Remitir al alta a consultas de Neumología
- Por nuestra parte no precisa de seguimiento estrecho diario. Por favor avisar en caso necesario.

06/2019 14:31 - Hoja de Evolución de Salud Mental - [Redacted] - Unidad de Hospitalización de Salud Mental Valme

06/2019 11:59 - Hoja de Evolución de Salud Mental - [Redacted] - Unidad de Hospitalización de Salud Mental Valme

Admisión	Unidad Funcional	Tipo Episodio	Informes y Estudios	Pruebas Complementarias	Tratamiento	Seguimiento	Tratamiento Especializado
----------	------------------	---------------	---------------------	-------------------------	-------------	-------------	---------------------------

0 horas) Guardia Localizada. Envío de Correo.

¿ QUIÉN LA REALIZA ?

- Multiespecialistas vs internista
- Actividad a tiempo completo, reglada y registrada
- Conocimientos (MIN-PPP-insuficiencias, anticoagulación/antiagregación, dolor, atb, delirium, trastornos electrolíticos, cultura gral especialidades)
- Actitud, motivación, capacidad adaptación, empatía, diplomacia

¿ QUIÉN LA ACTIVA ?

- Especialista responsable
- De oficio
- Enfermería

¿ CÓMO SE ACTIVA ?

- Estación Clínica
- Teléfono (facilita comunicación, urgentes)

LOS TIEMPOS

- Urgente, preferente, normal
- Respuesta en 24 horas

OBJETIVOS

- EL PACIENTE
- FACILITAR Y NO COMPLICAR
- CORRESPONSABILIDAD
- ACTUAR E INFORMAR COORDINADAMENTE
- RESPETAR Y HACERSE RESPETAR
- FACILITAR Y OPTIMIZAR LA SALIDA

QUÉ Y CÓMO LO HACEMOS

- Rehistoriar
 - De la “no historia” al “copia y pega”
 - Situación y tto basales
 - Evolución durante el ingreso, complementarias realizadas, ttos administrados y plan de actuación especialidad
 - Motivo específico de consulta
 - Situación clínica actual
 - JC/problemas abiertos
 - Objetivos/plan
 - Solicitud pruebas, tto y frecuencia seguimiento
- 1º contacto con médico titular
 - Informar al paciente/familia de quiénes somos, porqué y para qué estamos allí
 - Punto cero
 - Historia “empollada”
 - Repaso de la evolución del paciente para asegurarnos que tienen la información necesaria y correcta
 - Confianza y blindaje legal
 - Seguimiento diario

EL SOPORTE PALIATIVO

- REEVALUACIÓN ACTIVA PROPIA
- GRADACIÓN PALIATIVA
- CONFIRMACIÓN INFORMACIÓN FAMILIAR
- SOPORTE PALIATIVO

LOS RIESGOS

- Los “marrones”
 - Casos complejos
 - Evolución desfavorable
 - Errores/yatrogenias
- Familias enfadadas, con o sin razones, (generalmente desinformadas), o primariamente conflictivas
- La negación primaria y la complejidad
- La HdC trampa y la información oculta
- El “paso atrás”
- La prepotencia (también del internista) y el director de orquesta vs el hombre orquesta

Evolución:

HdC de CGE a MIN



- Encuentro al paciente sentado en sillón. Con CVC, SNG y SU. Consciente, atento y colaborador. Sequedad de mucosa oral, se queja de sed. Bien perfundido, TA esta mañana 128/70. FC 95 lpm, rítmico. Discretamente taquipneico sin trabajo respiratorio, satO2 95% respirando aire ambiente, aceptable MV en ambos campos, sin secreciones/sibilancias ni focos de crepitación. Abdomen no exploro al encontrarse sentado. No edemas ni signos TVP en mmii. D ayer 800 cc y glucemias de hoy 233-277
- Analítica de esta mañana: U 71, C 0.63, FGE>90, Na 149, K 4.4, PT 5.3, Ca 8.2, GGT 320, FA 160, colinesterasa 3.331, TSH N, 11.490 LEU con 81% NEU, Hb 8.5, 301m PQ, Coag N. Cursada nueva analítica a última hora de la mañana pendiente de resultados
- Me impresiona de corto de aportes. Hago una primera remodelación del tto a la espera de los nuevos resultados analíticos pendiente. Comento con la guardia. Seguiremos evolución

Juicio Clínico:

- Obstrucción intestinal por hernia cecal. Cirugía urgente.
- Sepsis abdominal en el postoperatorio precoz con TC con distensión ubicua de i. delgado y situación de íleo actual, posible traslocación bacteriana.
- FRA AKIN 2 por lo anterior, oligúrico, en paciente además con débito elevado por SNG.
- Somnolencia multifactorial: perfusión analgésica, PA baja, sepsis, uremia.
- Sobrecarga hídrica discreta postoperatoria, en relación con todo lo anterior. Derrame pleural bilateral leve.
- I. respiratoria aguda parcial en el contexto anterior.
- Desnutrición proteico-calórica.
- Neumonía nosocomial izquierda.



Evolución:

ACTUALIZACIÓN

- Varón, 76 años. Antecedentes relevantes: No RAMs, DM2, HTA, DLP, CI con IAM inferior remoto (ETT abril 2019 N), AVC isquémico hemisférico dcho reciente, con lacunares previos también infratentoriales, EPOC asevero, AR seguido en REU, Ca próstata tratado con RT en 2010 sin evidencias de recidiva, Seguido en URO, con litiasis renales, hematuria por cistitis rádica, estenosis uretrales y cuello vesical obstructivo, con ITU y necesidad de sondaje temporal recientes. Intervenido nódulo cuerda vocal benigno. Situación basal: ffs conservadas, hipoacusia, precisa ayuda para ABVD, deambula con andador. Tto basal: metformina, gliclazida, HCTZ, clopidogrel, diltiacem 200 retard, atorvastatina, lansoprazol, tamsulosina, Spiriva, Foradil, Ca/vitD, deflazacort 6 mg/d, metotrexate 15 mg/sem/sc, folato, tramadol/paracetamol, lorazepam

- Intervención urgente el 30-5-19 por obstrucción intestinal secundaria a hernia ileal mesentérica, sin sufrimiento de asas ni resección intestinal. Ingreso en UCI el 2-6-19 por shock séptico de origen incierto, posible traslocación bacteriana en contexto de ileo paralítico, tratado empíricamente con meropenem+linezolid; presenta inicialmente al menos FA con RVR. El 4-6-19 precisa de IOT-VM por fallo ventilatorio, pudiendo ser extubado el 8-6-19. Ese mismo día dolor abdominal y rectorragia, realizándose nuevo TAC con datos de colitis isquémica transversa y descendente proximal, así como lesión en ángulo hepático de aspecto neoplásico, adoptándose una actitud conservadora por parte de UCI y CGE, a cuya planta pasa el 10-6-19. Nos solicitan valoración el 11-6-19 por episodios de desaturación, encontrando al paciente excesivamente depleccionado (U y Na elevados y oligúrico). Está con NPT, tiene deposiciones diarreicas, y ayer se retiró SNG iniciándose ingesta oral. Fue valorado ayer por NUT con test de disfagia positivo. Ayer noche, coincidiendo con ingesta, episodio de disnea y desaturación en probable relación a broncoaspiración (se realizó EKG -en RS- y analítica -8.000 LEU con 90% NEU, Hb 8.3 estable, 356m PQ, Coag N, G 262, U 54 en descenso, C 0.68, Na 140 normalizado, K 3.3, amilasa 108, GOT, BT y CPK NN, PCR 42<<13, PCT 0.51<<0.3, proBNP 292-, se cursaron HHCC -sin fiebre-, y se trató con metilprednisolona, furosemida y O2), pasando luego el resto de la noche bebiendo agua con frecuencia y sin dificultad respiratoria sin mascarilla según refiere su hijo acompañante. Esta mañana nuevo episodio de aumento de disnea y desaturación.

- Situación actual: Con O2 con VTK-R a 15 lpm, satO2 90%, FR 28 pm, FC 105 lpm rítmico, TA 105/60, algunos crepitantes en bases, no sibilancias ni secreciones, abdomen distendido, timpánico, sin oírse peristaltismo, aunque ha obrado esta mañana con diarrea sin sangre, discretos edemas en pies y manos. Tiene prevista RX T portátil esta mañana

- Por tanto insuficiencia respiratoria en EPOC severo con episodios de broncoaspiración en contexto de distensión abdominal y disfagia motora. Pendiente de rx T; por el momento no inicio atb. Reajusto tto



Exploración:

Se decide solicitud de TC tórax y abdomen con contraste iv urgente ante el empeoramiento clínico.

Angio-TC de tórax con protocolo de TEP + TC de abdomen en fase portal. Dosis DLP: 1483,59 mGy*cm.

TÓRAX.

No se identifican defectos de repleción en tronco de la arteria pulmonar, ambas arterias pulmonares principales, arterias lobares ni segmentarias proximales compatible con tromboembolismo pulmonar.

Calibre del tronco de la arteria pulmonar conservado. No signos de sobrecarga de cavidades derechas.

Focos con tendencia a la coalescencia de patrón alveolar en segmentos posteriores de ambos lóbulos pulmonares inferiores y en segmento apicoposterior del LSI, asocian atelectasias bibasales por probable hipoventilación. La distribución gravitacional junto a la dilatación esofágica existente (31 mm de calibre máximo) con abundante contenido gástrico y esofágico orientan a bronconeumonía por aspiración.

Adenopatías mediastínicas de aspecto inflamatorioreactivo.

ABDOMEN.

Neumatosis intestinal de predominio en 3ª-4ª porción duodenal y yeyuno, observándose dichas asas hipoperfundidas sin realce parietal en comparación con las asas ileales bien perfundidas. Asocia gas intravenoso en ramas portales (de predominio en rama izquierda de la vena porta), ramas dependientes de la vena mesentérica superior, inferior y en vena esplénica. Dichos hallazgos son compatibles con isquemia intestinal.

hallazgos son compatibles con isquemia intestinal.

Ramas viscerales dependientes de aorta abdominal bien profundidas en sus segmentos proximales. Ateromatosis calcificada en aorta y ambas cadenas ilíacas sin estenosis significativas.

No líquido libre significativo. No neumoperitoneo.

Resto sin hallazgos de interés.

Conclusión: Hallazgos compatibles con bronconeumonía por aspiración e isquemia intestinal de predominio en 3-4ª porción duodenal y yeyuno. Resto según comentario.

Ante los hallazgos radiológicos (isquemia intestinal de probable origen venoso) y el estado de extrema gravedad del paciente y su comorbilidad, se informa a la paciente del proceso que padece y del elevado riesgo anestésico y quirúrgico. La familia comprende y decide ausencia de procedimientos agresivos en el paciente.

Se coloca SNG, tratamiento antibiótico y anticoagulación a dosis terapéuticas. Se trata de un paciente LET.

Juicio Clínico:

- Obstrucción intestinal

14/06/2019 01:14 - Evolución genérica -

- Obstetricia

Evolución:

(Dra Ruiz / Dra Ramirez)

Avisan de enfermería porque el paciente presenta desconexión con el medio, bajo nivel de conciencia, sin respuesta a estímulos.

A la exploración presenta SatO2 75. Disminución de la temperatura, pulso débil e irregular a unos 30lpm.

ECG: Sin actividad eléctrica. Asistolia.

Tras reexplorar al paciente: Sin pulso.

Existus a las 00:50h

Juicio Clínico:



Agrupadas Unidad Funcional Tipo Episodio Informes y Estudios Procesos Asistenciales Procesos Especializados

es de 8 a 20 horas) Guardia Localizada. Envío de Correo.



Intranet local

LOS CAMBIOS DE CÓDIGO

- Complicaciones directamente relacionadas con el proceso inicial, especialmente yatrogenias
- Tópicos en uso oportunista: el beneficio del paciente, la modestia interesada, la invocación tardía a la pluripatología, el chantaje de las expectativas/satisfacción
- Paliativo/últimos días
- Problemática social encubierta
- Las estancias, los IUEs, la mortalidad....

EL ALTA

- INFORME DE ALTA ÚNICO (a pesar de todo)
- EPICRISIS COASISTENCIA EN EVOLUTIVO
- TRATAMIENTO INTEGRAL Y CONCILIADO CON EL ESPECIALIZADO
- REVISIONES DE ESPECIALIDAD, CONSULTAS Y UNIDAD DE DÍA MIN, PROGRAMAS DE CRÓNICOS Y PALIATIVOS

información hoy
INFORMACIÓN PARA TRASLADAR A SU INFORME DE ALTA
COASISTENCIA POR MIN

- Paciente de 52 años con ca próstata con afectación ganglionar y ósea masivas, progresado tras tto con hormonoterapia y 1ª línea QT con docetaxel (3 ciclos), rebiopsiado con diferenciación neuroendocrina con elevado índice proliferativo, habiéndose iniciado nueva línea con carboplatino-etopósido. Ingresado actualmente en URO desde el pasado 29-5-19 por IRA obstructiva y deficiente control analgésico. Durante el ingreso se ha colocado NPC izqda, se ha irradiado la masa presacra, se le ha colocado bomba intratecal y ha recibido ciclo de QT el pasado día 1. Lo venimos siguiendo en los 3 últimos días tras objetivarse TVP MID y TEP bilateral de no alta carga trombótica paucisintomático. Su situación actual es de deterioro crónico general, práctico encamamiento y anasarca (último control analítico disponible del 2-7-19: C 0.65, U 42, FGE >90, Na 133, K 3.8, colinesterasa 2.438, PT 6.2, Hb 10.7). No obstante, normalizada fx renal, administrado un último ciclo de QT el pasado día 1-7-19, iniciado tratamiento con HBPM, sin presentar insuficiencia respiratoria, con adecuado control analgésico con bomba intratecal, y mejorando la anasarca tras incremento del tto diurético en los últimos días, y atendiendo a los propios deseos de paciente/familia de intentar manejo domiciliario antes de prolongar su ingreso, se procede hoy al alta

TRATAMIENTO RECOMENDADO:

- Bemiparina 7.500 U, 1 inyección subcutánea diaria en grasa abdominal, por el momento al menos de

grupadas Unidad Funcional Tipo Episodio Informes y Estudios Procesos Asistenciales Procesos Especializados

(Viernes de 8 a 20 horas) Guardia Localizada. Envío de Correo. Sev

Navegador - Windows Internet Explorer Intranet local
Estación Clínic... Navegador - Wi... PLAN TRABAJO ... CASOS ESCUELA... KINGSTON

TRATAMIENTO RECOMENDADO:

- Bemiparina 7.500 U, 1 inyección subcutánea diaria en grasa abdominal, por el momento al menos de manera indefinida
- Furosemida 40 mg, 2 comprimidos cada 8 horas que pueden ir reduciéndose progresivamente en paralelo a los edemas, bajo control de su médico de familia
- Dexametasona 4 mg, 1 comprimido cada 12 horas
- Omeprazol 20 mg, 1 comprimido al día
- Lorazepam 1 mg, 1 comprimido al acostarse
- Si precisa por dolor Fentanilo 200 mcg 1 comprimido transmucoso oral
- Si precisa por estreñimiento Lactitol sobres
- Suplementos nutricionales según Nutrición

SEGUIMIENTO:

- Control por su médico de familia
- Revisión en Oncología Dra Fernández el próximo 12-7-19 a las 10:30 horas
- Se activa para seguimiento conjunto Programa Paliativos Tomillar, dejando a disposición de paciente/familiar el teléfono de contacto 955 01 6129 cuyo funcionamiento he explicado a su esposa
- En cuanto a la bomba intratecal, me informa Anestesia-Dolor Dr Martínez que actualmente está programada a 2 mg/d, no siendo previsible que necesitara recarga antes de un año. Si precisara aumento de dosis por deficiente control analgésico podría realizaría el ajuste por parte de ellos en el Hospital de Día de Medicina Interna Tomillar

Juicio Clínico:

s Agrupadas | Unidad Funcional | Tipo Episodio | Informes y Estudios | Procesos Asistenciales | Procesos Especializados

es a Viernes de 8 a 20 horas) Guardia Localizada. Envío de Correo.

Sevilla, Vie

Intranet local

» Estación Clínic...

Navegador - Wi...

PLAN TRABAJO ...

CASOS ESCUELA...

KINGSTON (E:)