

A. Se trata del caso de una señorita de 23 años de edad, consulta a EPS Compensar el día **02/02/2018**, es llamada en varias oportunidades por el Médico General desde las 8:30am "*no responde al llamado en sala de espera y no sirve el parlante*", finalmente ingresa al llamado a las 9:23 am con:

Motivo de Consulta: “VARIAS COSITAS”, consulta por cuadro de 4 meses de menstruación mensual abundantes (uso de 48 toallas al día) de 2 – 4 días de duración asocia dolor en fosa iliaca izquierda, náuseas, episodios diarreicos, niega otro síntoma. Manejada con ibuprofeno 800 mg cada 8 horas sin mejoría.

Ingresa con impresión diagnóstica de acuerdo a la descripción médica anexa de la Historia Clínica con: N920: "Menstruación excesiva y frecuente con ciclo regula"; Z124: "Examen de pesquisa especial para tumor de cuello"; Z003: "Examen del Estado de desarrollo del adolescente". Cuyo Análisis y Plan fue el siguiente:

Se solicita: Perfil Hormonal-Hemograma- ECO TV- CCV y control en gestión. Plan recomendaciones sobre autocuidado se le recomienda autoexamen de senos, recomendaciones sobre salud sexual y reproductiva, importancia de nutrición balanceada (dieta hiposódica, hipograsa, hipoglúcida); actividad física moderada 150 minutos por semana, no consumir tabaco- ni drogas- ni licor,

recomendaciones de salud e higiene oral; recomendaciones generales signos de alarma – sensación de falta de aire, ya sea en reposo o al hacer esfuerzos físicos- dificultad para respirar, aspecto azulado o amoratado de la piel o los labios- esputo sanguinolento o color anormal- dolor torácico solo o irradiado a miembro superior izquierdo- palpitaciones o taquicardia- visión borrosa, pérdida de la visión o visión doble de inicio súbito- alteración de la consciencia- fiebre elevada medida con termómetro mayor a 38 grados que persista por 3 días- caída de la presión arterial – pérdida de peso inexplicable- deposiciones blancas o negras- orina muy oscura o con sangre. Valorada por Medicina General SHIRLEY IVONNE VILLARREAL RAMÍREZ.

01/03/2018: Dolor en fosa ilíaca izquierda a estudio, Paciente con cuadro clínico de 4 meses de evolución dado por dolor marcado durante períodos menstruales hacia la fosa iliaca izquierda, por lo cual se indica paraclínicos de control, trae reporte de 02/03/2018: TSH 2,9, FH: 1,4 LH: 6,61 Hemograma Leucocitos 9,13 HTC 43 HB 14,7 Plaquetas 353, Ecografía Transvaginal del 05/02/2018 Quiste anexial izquierdo de 63,39 55MM. Al Examen físico: Abdomen y pelvis: blando depresible, no signos de irritación peritoneal en el momento, con dolor leve a la palpación en fosa iliáca izquierda. Análisis y plan: Diagnóstico: Q501: QUISTE EN DESARROLLO DEL OVARIO. B49X MICOSIS NO ESPECIFICA. Paciente con dolor en fosa ilíaca izquierda, se indicó Ecografía TV donde se nota QUISTE SIMPLE OVARIO IZQUIERDO de gran tamaño se comenta con Ginecología indica control prioritario con dicha especialidad y acetaminofén. Se explica signos de alarma si aumenta el dolor o presenta fiebre consultar a servicio de urgencias, se da orden para Ginecología. Se indica estilo de vida saludable, alimentación rica en fibra fraccionada 5 veces al día, evitar alimentos ricos en sal y dulce, realizar actividad física diariamente durante mínimo 30 minutos..... valorada por Medicina General JAVIER ALI COCUNUBO GARCIA.

Paciente	LUISA FERNANDA PUEENTES GARCIA	
Identificación	CC - 102395541	F. Nacimiento : 15.05.1994
Sexo	F	Edad : 23 Años
Especialidad	1507C MEDICINA GENERAL	
Aseguradora	COMPENSAR POS-PC	

Historia Clínica de Ingreso

Anamnesis

Estado Civil : Soltera
Dominio : Derecho
Nivel de escolaridad : Universitarios Completos
Empleador o Empresa : CONTADORA 4 739862
Ocupación : CONTADORES
Motivo de Consulta : DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA A ESTUDIO
Enfermedad Actual : PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE DE 4 MESES DE EVOLUCION DADO POR DOLOR MARCADO DURANTE PERIODOS MENTRUALES HACIA LA FOSA ILIACA IZQUIERDA POR LO CUAL SE INDICA PARACLINICOS DE CONTROL
TRAE REPORTE 02/03/2018 TSH 2.9 FH 1.4 LH 6.61 HEMOGRAMA LEUCOCITOS 9.13 HTC 43 HB 14.7 PLAQUETAS 353
ECOGRAFIA TRANSVAGINAL 05/02/2018 QUISTE ANEXIAL IZQUIERDO DE 63.39 *55 MM.
Consulta Compartida : No

Revisión por sistemas

Síntoma respiratorio
¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

Parámetros básicos

Condiciones generales

Aspecto General : Buena

Presión Arterial
Toma de Presión (mm Hg) : Manual
Presión Arterial (mm Hg) : 120 / 70
Presión Arterial Media (mm Hg) : 87
Pulso : 75
Pulmin Tomado : SI
Presente / Ausente : Presente

Frec. Respiratoria (x min) : 18
Frec. Cardíaca : 75
Peso (Kg) : 75.000
Talla (cm) : 170
IMC (kg/m2) : 25.34
Superficie Corporal (m2) : 1.91

Examen Físico por Regiones

- * -CABEZA
CABEZA SIN ALTERACIONES
- * -OJOS
OJOS NORMAL SIN ALTERACIONES
- * -OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA
OTOSCOPIA NORMAL MUCOSA HUMEDA SIN LESIONES NASOSCOPIA NORMAL OROFARINGE
- * -CUELLO
CUELLO SIMETRICO NO MASAS
- * -TORAX Y PULMONES

Art. 15. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1099 de 1999 (Art. 18)"

Página 1 de 2

15/03/2018: Consulta al Ginecólogo con los resultados de exámenes solicitados, adecuada evolución, refiere dolor pélvico intermitente hace 3 meses, sin tratamiento con ciclos menstruales muy dolorosos. Del cual no permite examen ginecológico en el momento por encontrarse con el periodo.

El Ginecólogo registra impresión diagnóstica D391: "Tumor de comportamiento incierto o desconocido del ovario"; Análisis y plan: control con Colposcopia, ECO TV para reevaluar el caso y decidir Cirugía, recomendaciones, signos de alarma y hábitos de vida saludable, CA 125 Diagnóstico ASCUS A ESTUDIO, QUISTE ANEXIAL A ESTUDIO. Valorada por Ginecólogo JOSE MAURICIO BELTRAN MARTINEZ.

16/07/2018: Remitida para Cistectomía de ovario por laparoscopia; antecedentes FUR:1/07/2018, Trae ecografía: imagen quística de 63x39x55 QUISTE PARAOVÁRICO, CV: 15/03: ASCUS CP: NEGATIVA CA 125: 29.08, Análisis y plan: Diagnóstico D27X "TUMOR BENIGNO DEL OVARIO", Descripción QUISTE PARAOVARIO, se programa resección de QUISTE DE PARAOVARIO POR LAPAROSCOPIA. Valorada por el Ginecólogo Carlos Alberto Díaz Rodríguez

"En este caso es una Paciente remitida por un diagnóstico que requiere cirugía laparoscópica urgente para programar, la cual es valorada y revisada por el especialista y así mismo se inicia el protocolo necesario para la misma, motivo por el cual es remitida al anesthesiólogo".

13/08/2018: Posteriormente, Consulta por "orina muy amarilla" presenta orina de color fuerte, olor fuerte, niega disuria, niega más sintomatología..... Análisis y Plan: se trata de una paciente de 23 años, Diagnóstico N300. CISTITIS AGUDAS, con cambios en el aspecto de la orina ocasional cistitis, encuentro en buen estado general, afebril, no signos de deshidratación, no signos de dificultad respiratoria,....resto normal, abdomen blando depresible, no se palpan masas, ni megalias, no signos de irritación peritoneal, puñopercusión lumbar (-), genitourinario no se explora, extremidades normal,...., neurológico conservado, dejo ordenes de uroanálisis, manejo para su acné en rostro.... Recomendaciones generales signos de alarma. Valorada por Medicina General DOLLY ZULIETH GANTIVA CEPEDA.

"En este momento, se evidencia que presentó una presunta "CISTITIS AGUDA" preoperatoria de la resección del QUISTE PARAOVÁRICO, del cual se desconoce la evolución posterior al tratamiento. Por lo cual, para la misma cirugía programada debería estar sin signos de infección"

El día 03/09/2018: ingresa al servicio, programada para RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO por parte de la EPS COMPENSAR, manejo quirúrgico, recibe valoración preanestésica según historia clínica "Apto para anestesia", alistan el procedimiento para empezar la Cirugía programada por Laparoscopia.

Ingreso paciente: "03/09/2018, ingresa a sala de recuperación inicial, conciente, alerta y orientada en silla de ruedas en compañía de auxiliar de enfermería, se moviliza a camilla y se monitoriza, previa explicación se realiza técnica aséptica

En el post-operatorio, se evidencian según notas de enfermería:

"Ingresa paciente a recuperación tardía en camilla, alerta, orientada, en buenas condiciones generales de un postoperatorio inmediato de resección de quiste paraovárico por laparoscopia con herida quirúrgica en abdomen, con tres puertos quirúrgicos en región umbilical cubierta con gasa + micropore. Sin evidencia de sangrado en vendajes, abdomen blando con acceso venoso cerrado en miembro superior izquierdo, con catéter "20, no refiere dolor, ni complicaciones, se asiste a vestir, se monitoriza, se deja en observación en compañía de familiar, se inicia vía oral".

Enfermería refiere también: "que presenta buenos signos vitales, con movimientos voluntarios en las 4 extremidades, capaz de respirar profundamente y toser libremente, apósitos de las heridas secos sin secreción, capaz de mantener la Oxigenación mayor al 92 % respirando aire de ambiente, eliminando diuresis espontáneamente, capaz de beber líquidos, sin dolor, capaz de levantarse y caminar derecha, se viste con ayuda".

"Paciente refiere que no presenta síntomas de enfermedades respiratorias ni intestinales en el momento, paciente sana. Clasificación ASA I por anestesia".

"Paciente recibe y tolera vía oral, no refiere náuseas o dolor. Se inicia a dar recomendaciones y cuidados del postquirúrgico. Sale con heridas quirúrgicas en abdomen, en región umbilical. Cubierta con gasa micropore. Se verifica sin evidencia de sangrado en vendajes. Abdomen blando, se entrega hoja de recomendaciones, incapacidad médica. Se retira acceso venoso de miembro superior izquierdo con catéter #20 y se retira manilla. Se traslada paciente a silla de ruedas al vehículo en compañía de familiar".

INCAPACIDAD MEDICA O LICENCIA: Se evidencia una incapacidad entregada y registrada con fecha 03/09/2018 y Fin de incapacidad con fecha 17/09/2018 por 15 días, con diagnóstico así: D27X: TUMOR BENIGNO DE OVARIO.

B. Con relación a los consentimientos informados, de la Clínica Méderi se encuentra lo siguiente:

Se encuentra un CONSENTIMIENTO INFORMADO **sin fecha**, sin llenar los datos completos del FORMATO DEL CONSENTIMIENTO AL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO. Se evidencia firma no legible de la paciente "Luisa", no hay registros de la paciente pre-anestésica y es firmado por un anestesiólogo ROBIN DAVID MARTINEZ AGUILAR. Con cc.1018411249.

Se encuentra CONSENTIMIENTO INFORMADO NUEVAMENTE DEL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO del **06/09/2018 a las 20:30**, con firma de Luisa y del anestesiólogo Alex López Veloza, anexo consentimiento informado hospitalización registra que acepta, pero no existen datos de observaciones adicionales, y está firmado nuevamente por Luisa y otro Doctor Leonardo Gómez Polanía.

Otro CONSENTIMIENTO INFORMADO DE **FECHA 06/09/2018**, MEDIDAS DE SEGURIDAD EN PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA O LESIÓN PERSONAL. Firmado por la hermana como responsable, con sello ilegible de Enfermera Jefe.

Se encuentra anexo un formato DISENTIMIENTO no diligenciado, sin firmas.

Consentimiento informado de PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA **sin fecha y sin hora**: para Laparotomía Exploratoria firmado por una firma ilegible de una Enfermera "Diana" y otra firma que no corresponde a LUISA.

Consentimiento informado PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO de fecha **06/09/2018**, hora 20:30, Diagnóstico: Abdomen agudo, registran Laparotomía Exploratoria, formato diligenciado, con otra firma que **no** corresponde a la paciente y con firma del Dr. LEONARDO GÓMEZ POLANÍA: Ginecología- Urología.

Nuevo Consentimiento informado Procedimiento Quirúrgico de fecha **08/09/2018** sin hora, con Diagnóstico de POP LAPARATOMÍA + RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS, con otro Médico que pide el procedimiento Doctor Ortega, "LAVADO DE LA CAVIDAD ABDOMINAL", se explicaron los riesgos del procedimiento: "he sido advertido por el grupo tratante, en forma clara, detallada y exhaustiva, en lenguaje sencillo, que de acuerdo a mi condición de salud pueden presentarse otros riesgos, complicaciones y/o efectos secundarios al procedimiento quirúrgico, de forma inmediata o tardía tales, como: SANGRADO, INFECCIÓN FISTULA, ABDOMEN ABIERTO, LESIÓN DE

ÓRGANO INTRAABDOMINAL, REINTERVENCIONES, REQUERIMIENTO UCI, MUERTE”.

Consentimiento Informado procedimiento anestésico, de **fecha 08/09/2018 sin hora**, sin diligenciar el formato, y existe una firma de paciente, ilegible, sin nombre claro, NO hay firma del médico.

Existe igualmente un consentimiento informado Procedimiento Anestésico de cuestionario de evaluación PRE- ANESTÉSICA, sin diligenciar.

Llama la atención **CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE COMPENSAR y no de MEDERI** con **fechas 16/07/2018; 08/08/2018; 03/09/2018;** REGISTRADOS CON VARIOS PROFESIONALES COMO DR. CARLOS ALBERTO DIAZ RODRIGUEZ, DR. JORGE DAVID ACOSTA GARZON, DRA. CLAUDIA ROCÍO PROAÑOS MURILLO, sucesivamente en fechas, pero con firmas diferentes de la paciente, muy ilegibles.

Con diagnóstico de “RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPARATOMIA” Es un formato registrado en computador, sin detalles explícitos del procedimiento, solo menciona los ítems, pero no hay registro alguno del mismo y se evidencian firmas ilegibles de la paciente y profesional responsable, pero sin registro alguno del mismo procedimiento.

Nuevamente se evidencian nuevos **CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO, con fecha 25/08/2018,** con formato incompleto diligenciado, con FIRMAS ILEGIBLES, Ni de la paciente ni del profesional que la atiende en su procedimiento. Anexo se encuentra el cuestionario de evaluación Pre- anestésica incompleto, no diligenciado por ningún lado.

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA CLINICA MÉDERI, con **fecha 21/09/2018,** hora 22:20, con nuevo profesional de FIRMA ILEGIBLE, igualmente Firma ilegible de la paciente Luisa. Anexo se encuentra del consentimiento informado un Cuestionario de evaluación Pre- anestésica sin diligenciar.

Se registra otro **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE MÉDERI DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, de fecha 21/09/2018, hora: 11:51,** sin diligenciar por completo, registra un escrito de otro nombre que no corresponde a la paciente LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA, Y describen frente al nombre de LUISA, otro nombre como LUIS ALEJANDRO PUENTES, y su firma al final del formato, sin más datos al respecto con relación a LUISA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN, de fecha 01/10/2018- cama 650A. Diagnóstico de la paciente "PERITONITIS", médico que solicita el procedimiento DR. ORLANDO ALEMAN BARBOSA. Realizan Terapia Física, se encuentra diligenciado el formato con FIRMAS ILEGIBLES.

C. CON RELACIÓN A LAS EVOLUCIONES DE LOS PROCEDIMIENTOS. SE EVIDENCIA LO SIGUIENTE:

Se evidencia un Reintegro después del PROCEDIMIENTO Post-operatorio y estando en incapacidad, **reingresa nuevamente el día 06/09/2018: llega según el TRIAGE III: con ENOFTALMOS- DESHIDRATACIÓN GRADO II**, Se direcciona a Ginecología POP LAPAROSCOPIA DEL 03/09/2018, RESECCIÓN QUISTE ANEXIAL DERECHO, firmado por MARIA FERNANDA MALDONADO MEDICO GENERAL URGENCIAS. De la cual menciona la paciente en su MOTIVO DE CONSULTA: "que ha tenido mucho vómito".

ENFERMEDAD ACTUAL DE ESTE EVENTO: Encontrando paciente de 24 años en POP MEDIATO del 03/09/2018, Resección de quiste paraovárico izquierdo por Laparoscopia por cuadro de dolor pélvico, que consulta por "4 días de evolución consistente en múltiples episodios eméticos, asociado a dolor abdominal de predominio en hemiabdomen inferior, palpitaciones y deposiciones diarreicas. Refiere pico febril de 38 ° el día de hoy".

Ecografía ginecológica transvaginal del 06/09/2018: se evidencia Hematoma en fondo de saco posterior de 700 cc, útero en AVF de 44x35x55mm. Cavity Endométrica vacía, endometrio homogéneo de 2mm, ovario normales, se observa incremento de líquidos interasas, parauterino y en saco de Douglas de ecoestructura heterogénea con niveles de líquidos y ecos internos con un volumen aproximado de 700 cc en relación con el hematoma postquirúrgico.

En lugar de remisión a Clínica Paternon, inician antibiótico con AMPICILINA SULBACTAN 3gr IV CADA 6 HORAS.

Al examen físico se evidencia signos vitales alterados, Taquicardia por Frecuencia Cardíaca de 122 por minuto y desaturación de Oxígeno, con 88%. Abdomen: distendido blando, doloroso a la palpación de hemiabdomen inferior, con signos de irritación peritoneal, del cual deja Diagnóstico de ABDOMEN AGUDO- R100- CONFIRMADO, ENFERMEDAD GENERAL.

PLAN: Paciente de 24 años en POP mediatO del 03/09/2018, de Resección de Quiste Paraovárico Izquierdo por Laparoscopia por cuadro de Dolor pélvico que consulta de 4 días de evolución consistente en múltiples episodios eméticos,

asociado a dolor abdominal de predominio en hemiabdomen inferior, palpitaciones y deposiciones diarreicas refiere pico febril de 38 °C el día de hoy. Al momento hipotensa, taquicardica, con signos de deshidratación grado II, con signos de irritación peritoneal, se pasa a sala de partos (a las 20:45) para laparatomía exploratoria, se firma consentimiento informado, se continua antibioticoterapia, se explica a paciente conducta que refiere entender y aceptar.

Solicitan paraclínicos e indican antibioterapia con CLINDAMICINA-GENTAMICINA-METOCLOPRAMIDA: de las cuales CANCELARON.

ORDENAN NUEVAMENTE: Ringer lactato solución Hartman bolo de 1000 cc y continuar a 100 cc hora.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: ordenan laparatomía exploratoria por ABDOMEN AGUDO. **CANCELADO.**

TRASLADOS: el 06/09/2018 a las 20:45 en sala de partos el DR. ERNESTO JAVIER FORERO VILLAMIZA GINECÓLOGO ORDENA NUEVAMENTE:

INGRESO REGISTRADO, DONDE EL OBJETIVO ES: Paciente en aceptables condiciones generales, afebril, deshidratada, SV 102/84MMHG, FC:102 LPM FR: 18 RPM, SAOW 94% AMBIENTE. MUCOSA ORAL SEMISECA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS, ABDOMEN DISTENDIDO, DOLOROSO, CON SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.

ANÁLISIS: Paciente de 24 años en POP MEDIATO del 03/09/2018 de Resección de Quiste Paraovárico izquierdo por Laparoscopia por cuadro de dolor pélvico, que consulta por cuadro de 4 días de evolución, consistente en múltiples episodios eméticos, asociado a dolor abdominal de predominio en hemiabdomen inferior, palpitaciones y deposiciones diarreicas, refiere pico febril de 38° C el día de hoy.

Al momento, hipotensa, taquicardia, con signos de deshidratación grado II, con signos de irritación peritoneal, por lo que se decide pasar a salas de cirugía para realización de LAPARATOMIA EXPLORATORIA. Se explica conducta a paciente refiere entender y aceptar.

PLAN: PASO A SALAS DE CIRUGIA- JUSTIFICACIÓN PACIENTE HOSPITALIZADO

ORDENES MEDICAS: Con fecha 07/09/2018 a las 00:08 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Paciente en POP de Laparotomía exploratoria por abdomen agudo, **con hallazgo de perforación intestinal, obstrucción intestinal se solicita UCI.**

TIPO DE EVOLUCIÓN: Interconsulta ESPECIALIDAD MEDICINA CRÍTICA, CUIDADOS INT. UBICACIÓN SALAS DE PARTOS SEDE; HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 07/09/2018. 00:57. HORAS.

RESPUESTA DE INTERCONSULTA UCI: Paciente de 24 años en POP DE RESECCIÓN LAPAROSCOPIA DE OVARIO, ACTUALMENTE CON ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO, SOLICITAN CAMA EN UCI PARA TRASLADO POP. SE ASIGNA CAMA 240 UCI NORTE. FIRMA DR. ALBERTO MAYORGA RODRIGUEZ, MEDICINA CRÍTICA CUIDADOS INTENSIVOS.

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA:

TIPO DE EVOLUCIÓN: Descripción Operatoria-ESPECIALIDAD CIRUGIA GENERAL. UBICACIÓN SALAS DE PARTOS SEDE; HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 07/09/2018. 00:58. HORAS:

Se acude ha llamado intraoperatorio de Ginecología, segunda parada de seguridad. Paciente en decúbito supino, bajo anestesia regional al momento del ingreso se encontró paciente con laparotomía infraumbilical, la cual se amplió hasta el epigastrio.

Anestesia decide colocación de anestesia general.

Se evidencia a la Revisión sistemática de la cavidad encontrando líquido purulento en los cuatro cuadrantes, **revisión sistemática de asas intestinales delgadas y gruesas, encontrando ENTEROTOMÍA IATROGÉNICA en asas delgadas a 140cm de la válvula ileocecal.**

Las asas adyacentes al sitio de PERFORACIÓN se encontraban con múltiples membranas fibrinopurulentas y áreas de despulimiento.

Por lo que se decidió realizar resección de 20 cm de intestino delgado y anastomosis latero-lateral con sutura mecánica lineal.

Cierre del meso con sutura continua de polipropileno, lavado de cavidad y hemostasia. Se decidió coloccino de bolsa de interface y cierre de piel para lavado en 48 horas.

HALLAZGOS: Líquido purulento en los cuatro cuadrantes, enterotomía iatrogénica en asas delgadas a 140 cm de la válvula ileocecal. Las asas adyacentes al sitio de perforación se encontraban con múltiples membranas fibrinopurulentas y áreas de despulimiento.

FIRMADO POR MARIA FERNANDA JIMENEZ AYALA. CIRUGIA GENERAL.

TIPO DE EVOLUCIÓN: Descripción Operatoria-ESPECIALIDAD CIRUGIA GENERAL. UBICACIÓN SALAS DE PARTOS SEDE; HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 07/09/2018. 03:04. HORAS:

Se evidencia que en esta hora (**FECHA: 07/09/2018. 03:04. HORAS**) envían **espécimen quirúrgico a patología**, con diagnóstico de Abdomen agudo, cuyo **espécimen enviado es "resección de intestino delgado"**. Para su estudio de patología.

FIRMADO POR MARIA FERNANDA JIMENEZ AYALA. CIRUGIA GENERAL.

TIPO DE EVOLUCIÓN: Descripción Operatoria-ESPECIALIDAD GINECOLOGÍA. UBICACIÓN SALAS DE PARTOS SEDE; HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 07/09/2018. 03:21. HORAS:

NOTA DE RECUPERACIÓN:

Paciente de 24 años con Diagnóstico de:

1. POP DE LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA + ANASTOMOSIS LATERO LATERAL CON SUTURA MECÁNICA TIPO LINEAL EN ASA DELGADA A 140 CM DE LA VÁLVULA ILEOCECAL+ **PERITONITIS DE LOS CUATRO CUADRANTES+OMECTOMÍA PARCIAL+ COLOCACIÓN DE BOLSA DE INTERFASE.**
2. POP MEDIATO DEL 03/09/2018. DE RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO IZQUIERDO POR LAPAROSCOPIA EXTRAINSTITUCIONAL.
3. GOP0.

En su evolución refiere sentirse bien, niega dolor abdominal, niega picos febriles, niega náuseas, niega vómito, diuresis clara por sonda.

OBJETIVO: Paciente consciente hidratada, afebril, en buenas condiciones generales con signos vitales estables, TA: 118/70, FC: 78X min. Saturación 94%. Cabeza sonda nasogástrica normal.... Abdomen: blando depresible, cubierto, levemente doloroso a la palpación perilesional, sin signos de irritación

peritoneal, herida sin secreción. G/0: SE OMITE TACTO VAGINAL, NO SANGRADO VAGINAL, SONA VESICAL CON DIURESIS CLARA.

ANALISIS: Paciente de 24 años en POP MEDIATO DEL 03/09/2018: DE RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO IZQUIERDO POR LAPAROSCOPIA EXTRA INSTITUCIONAL, EN DONDE SE CONSIDERA PASO A LAPARATOMIA EXPLORATORIA EN DONDE SE EVIDENCIA ENTEROTOMIA POR LO QUE SE REALIZA ANASTOMOSIS LATEROLATERAL CON SUTURA MECÁNICA DE TIPO LINEAL EN ASA DELGADA A 140 CM DE LA VÁLVULA ILEOCECAL+ OMENTECTOMIA PARCIAL+ ADEMÁS CON PERITONITIS DE LOS 4 CUADRANTES, CIERRAN CON BOLSA DE INTERFACE PARA PASO A LAVADO EN 48 HORAS. ACTUALMENTE PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN PICOS FEBRILES, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, CON HERIDA QUIRÚRGICA CUBIERTA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, CON HERIDA QUIRÚRGICA EN BUEN ESTADO GENERAL. SE CONSIDERA PASO A UCI PARA VIGILANCIA HEMODINÁMICA Y QUIRÚRGICA, SE CONTINUA MANEJO CONTINUO MANEJO CONJUNTO CON CIRUGIA GENERAL, SE CONSIDERA CONTINUAR MANEJO ANTIBIÓTICO. SE LE EXPLICA A LA PACIENTE SOBRE MANEJO Y POSIBLES COMPLICACIONES, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:

TRASLADO A UCI, LEV 100 CC HORA. AMPICILINA SULBACTAN CADA 6 HORAS. TRAMADOL 50 MG CADA 8 HORAS, DÍPIRONA 2GR CADA 8 HORAS, RANITIDINA: 50 MG CADA 8 HORAS, METOCLOPRAMIDA 10 MG, CADA 8 HORAS. CSV-AC.

TIPO DE EVOLUCIÓN: Descripción Operatoria-ESPECIALIDAD GINECOLOGÍA. UBICACIÓN SALAS DE PARTOS SEDE; HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 07/09/2018. 04:00. HORAS:

Se realiza nueva valoración del POP con su Descripción Quirúrgica así:

Diagnóstico prequirúrgico: 1. POP MEDIATO DEL 03/09/2018 de RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO IZQUIERDO por Laparoscopia extrainstitucional. 2. ABDOMEN AGUDO.

DX. POSTQX: ITEM
PROCEDIMIENTO LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA
CIRUJANO DR. GOMEZ
AYUDANTE DR MACHADO RII
ANESTESIÓLOGO DR. LOPEZ
ANESTESIA GENERAL.

HALLAZGO: LÍQUIDO PURULENTO EN LOS CUATRO CUADRANTES, PRESENCIA DE MATERIA FECAL EN CAVIDAD. ENTEROTOMÍA DE APROXIMADAMENTE 2X2 CM A 140 CM DE LA VÁLVIULA ILEOCECAL, ASAS INTESTINALES ADYECENTES A SITIO DE PERFORACIÓN CUBIERTA POR MEMBRANAS FIBRINOPURULENTAS, SE REALIZA LLAMADO A CIRUGIA GENERAL, UTERO Y ANEXOS DENTRO DE LA NORMALIDAD.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ADECUADO. PARA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA CON LAS MEDIDAS ANTISEPTICAS OPORTUNAS.

1. PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SONDA VESICAL A CISTOFLÓ, COLOCACIÓN DE CAMPOS QUIRÚRGICOS
2. INCISIÓN MEDIANA INFRAUMBILICAL, DISECCIÓN POR PLANOS HASTA CAVIDAD ABDOMINAL
3. IDENTIFICACIÓN DE HALLAZGOS ANTERIORMENTE DESCRITOS LAVADO DE CAVIDAD ABDOMINAL CON 2000 CC LÍQUIDOS TIBIOS.
4. SE REALIZA LLAMADO A SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, LO CUALES AMPLIAN INCISIÓN HASTA EPIGASTRIO.
5. REALIZAN REVISIÓN DE ASAS INTESTINALES DELGADAS Y GRUESAS, CON HALLAZGO DE ENTEROTOMIA DE APROXIMADAMENTE 2X2CM EN ASAS DELGADAS A 140 CM DE LA VÁLVULA ILEOCECAL.
6. PROCEDIMIENTO CONTINUA A CARGO DE SERVICIO DE CIRUGÍA QUIENES REALIZAN RESECCIÓN DE 20 CM DE INTESTINO DELGADO Y ANASTOMOSIS LATEROLATERAL CON SUTURA MECÁNICA LINEAL CON CIERRE DEL MESO.
7. LAVADO DE CAVIDAD Y HEMOSTASIA
8. FINALIZAN PROCEDIMIENTO DEJANDO BOLSA DE INTERFASE Y CIERRE DE PIEL PARA LAVADO EN 48 HORAS, PREVIO RECUENTO DE COMPRESAS E INSTRUMENTAL INFORMADO POR INSTRUMENTADOR.
9. SANGRADO AL FINALIZAR 200 CC.

DAN INFORMACIÓN A LA HERMANA.

FIRMA EL DOCTOR OMAR LEONARDO GOMEZ, GINECÓLOGO.

TIPO DE EVOLUCIÓN: Descripción Operatoria-ESPECIALIDAD GINECOLOGÍA. UBICACIÓN UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTO SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 07/09/2018. 05:32. HORAS:

Paciente de 24 años de edad con IDX:

1. POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA + ANASTOMOSIS LATERO LATERAL CON SUTURA MECÁNICA TIPO LINEAL EN ASA DELGADA A 140 CM DE LA VÁLVULA ILEOCECAL. + PERITONITIS DE LOS 4 CUADRANTES+ OMECTECTOMÍA PARCIAL+ COLOCACIÓN DE BOLSA DE INTERFASE POR ENTEROTOMÍA IATROGÉNICA EN ASAS DELGADAS.
2. POP MEDIATO DEL 03/09/2018 DE RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO IZQUIERDO POR LAPAROSCOPIA EXTRAINSTITUCIONAL.
3. G0P0
4. RIESGO TROMBOEMBÓLICO INTERMEDIO.

S/PACIENTE REFIERE ESTAR TRANQUILA, ADECUADA MODULACIÓN DEL DOLOR, NIEGA CUALQUIER OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA, NO EMESIS.

OBJETIVA: Paciente en aceptable estado general, alerta, hidratada, afebril, con signos vitales TA: 119/73; FC: 116 LPM FR: 22 RPM, T: 36, SAT02: 91 % CON OXÍGENO POR CÁNULA NASAL 2LT/MIN. GLASGOW 15/15.

EXAMEN FÍSICO: (DATOS POSITIVOS IMPORTANTES)

ESCLEROSIS ANICTERICAS, DRENAJE POR SONDA NASOGASTRICA: MODERADA CANTIDAD DE CARACTERÍSTICAS VERDOSAS NO SANGRADO.

TORAX: SIMETRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,

ABDOMEN: BLANDO NO DISTENDIDO, DOLOR A LA PALPACIÓN GENERALIZADA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, CUBIERTO POR FAJA, QUE SE DESCUBRE HXQX SIN CALOR SIN RUBOR, SIN SECRECIÓN SIN MAL OLOR.

GU: SONDA URINARIA CON ORINA CLARA POR SONDA VESICAL, RESTO NORMAL CONTROLADO....

ANÁLISIS: EN SEGUIMIENTO CONTROLADO DEL POP CON DIAGNÓSTICOS REGISTRADOS, EN EL MOMENTO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, MALA MODULACIÓN DEL DOLOR, SOPORTE VENTILATORIO CON OXIGENO POR CÁNULA NASAL, SIN SOPORTE VASOPRESOR A LA ESPERA DE CONTROL EN CONTEXTO POP; PARACLÍNICOS PREVIO A INTERVENCIÓN CON COMPROMISO DE FUNCIÓN RENAL Y MARCADA ELEVACIÓN DE PCR, EN MANEJO CON ANTIBIÓTICOTERAPIA CON AMPICILINA SULBACTAN. EN PLAN DE SER LLEVADA POR PARTE DE CIRUGIA GENERAL A NUEVO LAVADO Y CIERRE EN 48 HORAS. CONTINUA EN VILANCIA Y MANEJO CONJUNTO EN LA UNIDAD.

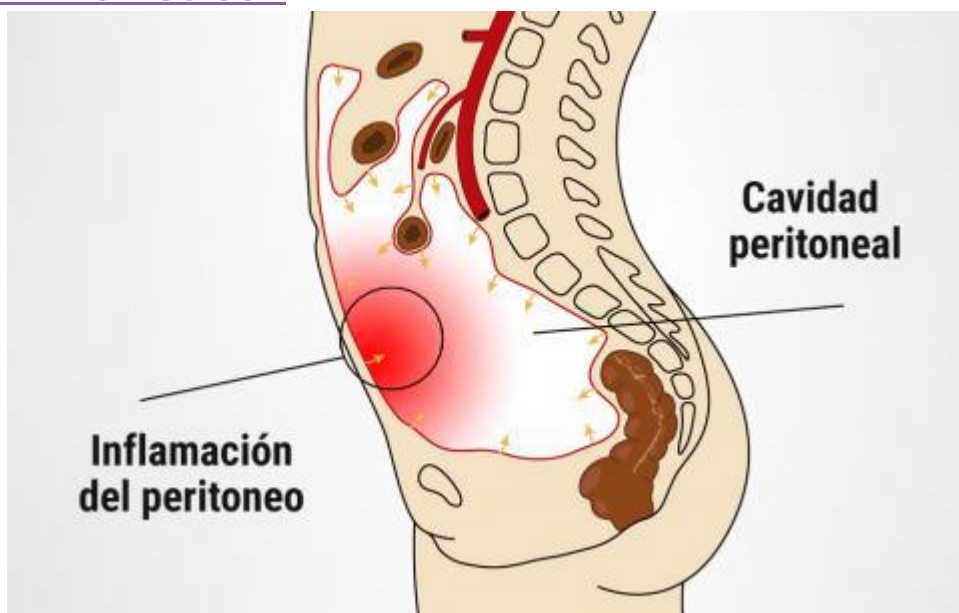
SE ANEXA MANEJO TROMBOPROFILAXIS: AMPICILINA –SULBACTAN
SS/VALORACIÓN POR INFECTOLOGÍA

SE HABLA DE FORMA CLARA Y SENCILLA SOBRE HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS. REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, PLAN DE LAVADO POR CIRUGIA GENERAL EN 48 HORAS.

FIRMAN DOCTORES: ERNESTO JAVIER FORERO VILLAMIZAR, GINECOLOGÍA Y
DRA MARIA CAROLINA CASTILLO FLOREZ GINECÓLOGA.

**TIPO DE EVOLUCIÓN: Descripción Operatoria-ESPECIALIDAD MEDICINA
CRÍTICA. UBICACIÓN UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTO SEDE:
HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 07/09/2018. 05:53.
HORAS:**

NOTA INGRESO UCI:



PERITONITIS AGUDA

Inflamación del peritoneo: puede ser circunscrita o difusa

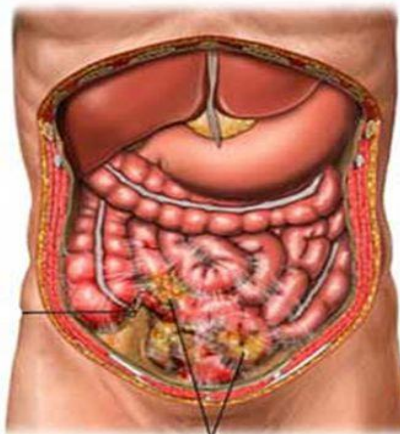
según su ubicación :aguda o crónica en su evolución natural

Infecciosa o aséptica en su patogenia

El cuadro agudo: Es menudo es infeccioso y suele provenir de la perforación de una viscera hueca (*peritonitis secundaria*).

Si no se identifica un origen bacteriano, la peritonitis infecciosa se califica como *primaria o espontánea*.

La peritonitis aguda se acompaña de hipoactividad motora de intestinos, con lo cual se distiende el interior de dichas vísceras, con gases y líquidos. La acumulación de líquido en el interior del intestino, junto con la interrupción de la ingesta de líquidos, origina rápidamente agotamiento del volumen intravascular, que repercute en corazón, riñones y otros órganos y sistemas.



"En este punto, se evidencia que efectivamente la complicación presentada de la cirugía fue una IATROGENIA INTRAOPERATORIA, por lo cual condujo a una PERITONITIS DE LOS CUATRO CUADRANTES, desestabilizando el estado salud de la paciente en el momento postoperatorio".

TIPO DE EVOLUCIÓN: Descripción Operatoria-ESPECIALIDAD MEDICINA CRÍTICA. UBICACIÓN UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTO SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 07/09/2018. 08:57. HORAS:

Paciente Joven en Regular estado general, hidratada, alerta, afebril, álgica, sin soporte presor. Sin dificultad respiratoria en reposo, con Impresión Diagnóstica:

1. POP DE LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA + ANASTOMOSIS LATEROLATERAL CON SUTURA MECÁNICA TIPO LINEAL EN ASA DELGADA A 140 CM DE LA VÁLVULA ILEOCECAL + PERITONITIS DE LOS CUADRANTES+ OMECTECTOMIA PARCIAL+COLOCACIÓN DE BOLSA DE INTERFASE.
2. POP MEDIATO DEL 03/09/2018 DE RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO IZQUIERDO POR LAPAROSCOPIA EXTRA INSTITUCIONAL.
3. GOPO
4. RIESGO TROMBOEMBOLÍCO INTERMEDIO.

CON MALA MODULACIÓN DEL DOLOR, POR LO CUAL SE OPTIMIZA LA ANALGESIA. PRESENTA **SEPSIS ABDOMINAL SEVERA**.

"ASÍ SE VE UNA SEPSIS ABDOMINAL O PERITONITIS AGUDA"



El peritoneo es la membrana que recubre la cavidad abdominal.

SE PASA A CIRUGÍA PARA LAVADO QUIRÚRGICO PARA MANEJO DE LA SEPSIS ABDOMINAL POR LOS DIAGNÓSTICOS REGISTRADOS, SE DECIDE TAMBIÉN CAMBIO DE ANTIBIÓTICOS.

TIPO DE EVOLUCIÓN: Descripción Operatoria-ESPECIALIDAD MEDICINA CRÍTICA. UBICACIÓN UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTO SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 07/09/2018. 10:11. HORAS:

VALORADA POR INFECTOLOGÍA:

EVOLUCIÓN POST OPERATORIA EN LA UCI NORTE:

ANÁLISIS: "Paciente de 24 años en POP INMEDIATO DE RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO POR **PERFORACIÓN** CON PERITONITIS FECALOIDE DE 4 CUADRANTES, SE REALIZÓ LAVADO Y CIERRE DE PIEL CON BOLSA DE INTERFASE, EN EL MOMENTO LA RESPUESTA INFLAMATORIA ESTÁ PARCIALMENTE MODULADA, PERSISTE TAQUICARDIA PERO AFEBRIL Y SIN DOLOR, PARACLÍNICOS MUESTRA NEUTROFILIA NO ANEMIA, ELECTROLITOS CON HIPOCALCEMIA POR LO QUE SE INICIA REEMPLAZO DE CALCIO, SE INDICA TAMBIEN MAGNESIO, SE CAMBIA MANEJO ANTIBIÓTICO Y 3 INICIA PIPERACILINA Y TAZOBACTAN, SE INDICA VIA ORAL".

Paciente con **SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL.**

FIRMADO POR JOSÉ EMILIO AMOROCHO BARRERA. MEDICINA CRÍTICA CUIDADOS INTENSIVOS. REG. 80200799

TIPO DE EVOLUCIÓN: Descripción Operatoria-ESPECIALIDAD MEDICINA CRÍTICA. UBICACIÓN UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTO SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 07/09/2018. 11:05. HORAS:

Paciente en cama, con soporte de oxígeno suplementario por cánula basal 1 lt/minuto, sin signos de dificultad respiratoria, sin compañía de familiar, sin sujeción terapéutica de miembros superiores.

ANÁLISIS: Presenta alteración en estructura del sistema respiratorio, circulatorio. Adicionalmente presenta deficiencias funcionales en capacidad aeróbica, ventilación, características antropométricas, integridad tegumentaria que lo limitan para llevar a cabo rutinas.....higiene postural.....comer, cuidado de la propia salud..... Favorecer mecánica ventilatoria....favorecer permeabilidad de la vía aérea.

PLAN: Se realizan ejercicios de expansión torácica y educación diafragmática con incentivo respiratorio 4 series de 15 repeticiones efectivo 600 cc.... en mejora continua en su evolución.....

TIPO DE EVOLUCIÓN: Descripción Operatoria-ESPECIALIDAD MEDICINA CRÍTICA. UBICACIÓN UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTO SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 07/09/2018. 21:25. HORAS:

Análisis:

Paciente continúa manejo y vigilancia clínica en UCI sin soporte ventilatorio, sin dificultad respiratoria sin soporte vasoactivo, sin signos clínicos ni gasimétricos de hipoperfusión. En el ELECTROVISOSCOPIO Y EKG persisten con taquicardia. Continúa con infusión de Amiodarona, con ritmo de taquicardia sinusal.

Electrocardiograma con patrón SI QIII 3. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL, CUBRIMIENTO CON PIP TAZOBACTAM. CONTINUA MANEJO Y VIGILANCIA EN UCI. PENDIENTE ANGIOTAC DE TORAX.

TIPO DE EVOLUCIÓN: Descripción Operatoria-ESPECIALIDAD MEDICINA CRÍTICA. UBICACIÓN UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTO SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 07/09/2018. 23:56. HORAS:

Paciente quien ingresó al servicio de Tomografía de Angiotac de Tórax.

ANÁLISIS:

Paciente firma consentimiento informado. Se prueba acceso venoso en miembro superior izquierdo catéter intravenoso #18, el cual se encuentra permeable, se coloca extensión de anestesia nueva, se inyectan 60 cc de medio de contraste no iónico Iopromida (Ultravist 300I/ml).

PLAN: Se realizó estudio sin complicaciones, sale paciente de la sala en buenas condiciones generales.

Se envían imágenes al sistema para evolución médica.

TIPO DE EVOLUCIÓN: Descripción Operatoria-ESPECIALIDAD MEDICINA CRÍTICA. UBICACIÓN UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTO SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 08/09/2018. 5:55. HORAS:

ANÁLISIS:

Paciente hemodinámicamente estable, sin requerimiento de soporte ventilatorio ni vasoactivo, se documentó Taquicardia Supraventricular, que requirió cardioversión farmacológica con Amiodarona, se realizó Ecocardiograma que no muestra hallazgos patológicos que explique el cuadro. Y se realizó Angiotac de tórax cuyo reporte está pendiente.

Actualmente estable, sin respuesta inflamatoria además de la taquicardia, adecuado gasto urinario, buen control del dolor, con emesis persistente. Flatos escasos, no deposiciones, en un día 1 de manejo con piperacilina tazobactam, será llevada a lavado peritoneal del día de hoy donde se definirá cierre de la pared.

PLAN:

LAVADO PERITONEAL HOY

NADA VIA ENTERAL

NO APLICAR HEPARINAS

MANEJO INTEGRAL EN UCI.

REGISTRADO: EDGAR CESAER LEON MORALES. CX GENERAL. RM 19382939

FIRMADO: JAIRO HERNAN ORTEGA ORTEGA, CX GENERAL. RM 19410328

ANÁLISIS:

Paciente con diagnósticos anotados. Durante la estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo con Taquicardia Supraventricular por reentrada aguda+ cardioversión farmacológica (Adenosina 12:40 horas 7/09/18)+ sospecha de TEP con probabilidad intermedia. Actualmente paciente en aceptables condiciones

generales, mala modulación del dolor, soporte ventilatorio con oxígeno por cánula nasal, sin soporte vasopresor, buen control metabólico; a nivel renal buen gasto urinario. Valorada por Infectología quienes escalonan manejo antibiótico a ureidopencilina la cual se debe continuar por 7 días tras intervención quirúrgica. Se reportan paraclínicos de control: hemograma sin leucocitosis o neutrofilia. No anemia, plaquetas en rangos de seguridad, electrolitos y función renal preservada, Ecografía con fracción de eyección conservada, insuficiencia aórtica, tricúspeda y pulmonar leve, no masas o trombos intracavitarios; se reportan ANGIOTAC NEGATIVO PARA TEP. En plan de ser llevada por hoy a nuevo LAVADO QUIRÚRGICO+ CIERRE DE PARED, ATENTOS AL LLAMADO INTRAOPERATORIO, CONTINUA VIGILANCIA Y MANEJO CONJUNTO EN LA UNIDAD.

TIPO DE EVOLUCIÓN: Descripción Operatoria-ESPECIALIDAD MEDICINA CRÍTICA. UBICACIÓN UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTO SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 08/09/2018. 20:59. HORAS:

ANÁLISIS:

Paciente en el momento hemodinámicamente estable, buenas condiciones generales, modulando respuesta inflamatoria, dolor controlado, en espera de paso a salas de cirugía para lavado+ cierre de pared por lo que se suspende infusión de heparina, diuresis horaria adecuada, glucometrías controladas, continúa soporte integral UCI.

TIPO DE EVOLUCIÓN: Descripción Operatoria-ESPECIALIDAD MEDICINA CRÍTICA. UBICACIÓN UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTO SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 09/09/2018. 4:40. HORAS:

OBJETIVO:

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA:

PREVIA PAUSA DE SEGURIDAD, REVISIÓN DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, PACIENTE BAJO ANESTESIA GENERAL, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACIÓN DE CAMPOS QUIRÚRGICOS, SE ABRE HERIDA QUIRÚRGICA PREVIA, EVIDENCIANDO SALIDA DE ABUNDANTE LÍQUIDO

PERITONEAL DE CARACTERÍSTICAS FACALOIDES, SE RETIRA BOLSA DE INTERFASE, SE REVISAN CUATRO CUADRANTES EVIDENCIANDO MATERIAL DE IGUALES CARACTERÍSTICAS. SE REALIZA EVISCERACIÓN COMPLETA Y REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ASAS INTESTINALES QUE SE ENCUENTRAN INDEMNES, CON MEMBRANAS FIBRINOPURULENTAS, ANASTOMOSIS LATEROLATERAL EN ADECUADAS CONDICIONES, INDEMNE, SIN FUGAS, SE REALIZA LAVADO EXHAUSTIVO DE CAVIDAD CON 3000 CC DE SSN, SE DEJAN DOS BOLSAS DE VIAFLEX PREASAS, CIERRE DE PIEL CON SUTURA CONTINUA POLIPROPILENO. FIRMADO: POR DR. JAIRO HERNÁN ORTEGA ORTEGA, CIRUGIA GENERAL, REG. 19410328.

TIPO DE EVOLUCIÓN: TERAPIA RESPIRATORIA. UBICACIÓN UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTO SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 09/09/2018. 7:37 HORAS:

La paciente refiere dolor leve en sitio operatorio, niega dificultad para respirar.

Mujer de 24 años con Taquicardia Supraventricular por reentrada aguda, cardioversión farmacológica 2 ocasiones con adenosina.

1. SEPSIS ORIGEN ABDOMINAL. PERITONITIS DE 4 CUADRANTES.
2. Con diagnósticos registrados.....
3. **Diagnóstico Fisioterapéutico: "OJO":** *llama la atención la descripción del fisioterapeuta, en esta evolución, ya que describió información totalmente diferente de los diagnósticos postoperatorios de la paciente y describió lo siguiente: "paciente femenina en su tercera década de la vida con alteración del dominio musculoesquelético, asociado a **POP reemplazo de Cadera Derecha, neumopatía de base alteración crónica en el dominio pulmonar con requerimiento de oxígeno suplementario domiciliario....diagnóstico erróneo que no corresponde a la paciente.....y así se repite en varias evoluciones.***
PLAN: OBJETIVOS: prevenir atelectasias, mantener adecuada oxigenación, intervención: se explican riesgos y beneficios de la fisioterapia de tórax a la paciente la cual acepta. Se realizan ejercicios de expansión toracopulmonar con incentivo respiratorio a flujo de 600 cc/seg 4 series de 10 repeticiones. Finaliza intervención sin complicaciones. Firmado por **LUIS FERNANDO PARDO COCUI. TERAPIA RESPIRATORIA...**

TIPO DE EVOLUCIÓN: TERAPIA RESPIRATORIA. UBICACIÓN UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTO SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 09/09/2018. 22:36 HORAS:

Paciente con estabilidad respiratoria, con aporte de oxígeno por cánula nasal. Plan: paciente con saturación óptima, sin dificultad respiratoria, con fiebre se vigila patrón respiratorio.

TIPO DE EVOLUCIÓN: TERAPIA FÍSICA. UBICACIÓN UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTO SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 12/09/2018. 12:06 HORAS:

Paciente con alteración en estructura del sistema respiratorio, adicionalmente, presenta deficiencias funcionales en capacidad aeróbica, ventilación, integridad tegumentaria que lo limitan para llevar a cabo rutinas diarias, transferir el propio cuerpo, higiene personal relacionada con procesos de excreción, vestirse, y cuidado de la propia salud.

Objetivos:

Prevenir debilidad adquirida en UCI,

Evitar contracturas musculares por inmovilización en cama.

Promover actividades funcionales

PLAN: en sedante la paciente en silla, se realiza ejercicios activos asistidos de Miembros superiores, con pausas fortalecimiento muscular en cuádriceps, posteriormente se realizan estiramientos generalizado de miembros superiores y cuello, del cual toleró sin complicaciones, queda estable sin signos de dificultad respiratoria, atentos a evolución.

TIPO DE EVOLUCIÓN: GINECOLOGIA- MEDICINA CRÍTICA. UBICACIÓN UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTO SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 13/09/2018. 5:42 HORAS:

Paciente con diagnósticos anotados, actualmente hemodinámicamente estable, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, controlada en su monitoreo en UCI, sin embargo se da la orden de traslado a piso, del cual presenta episodio de diaforesis con taquicardia durante las horas de la tarde, sin embargo la resolución de la misma, sin evidencia de nuevos signos de respuesta inflamatoria, del cual se suspende el traslado a piso, presenta signos de tránsito intestinal, se suspendió trombopprofilaxis para uso del lavado peritoneal. Continuara en UCI con vigilancia. Se continua atentos a evolución clínica.

TIPO DE EVOLUCIÓN: CIRUGIA GENERAL. UBICACIÓN 6 NORTE ALA ORIENTE. SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 22/09/2018. 7:12 HORAS:

Se encuentra paciente Femenina de 25 años, ya en piso, con diagnósticos:

1. POP del 03/09/2018, de resección de quiste paraovárico izquierdo + Enteretomía inadvertida por laparoscopia extrahospitalaria.
2. Múltiples lavados quirúrgicos, último el 21/09/18, con hallazgo de líquido turbio en cavidad.
3. Taquicardia supraventricular por reentrada aguda, cardioversión farmacológica 2 ocasiones con adenosina.

S: Refiere mejor control del dolor, flatos positivos, deposiciones negativas.

TIPO DE EVOLUCIÓN: MEDICINA INTERNA. UBICACIÓN 6 NORTE ALA ORIENTE. SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 23/09/2018. 8:16 HORAS:

Se encuentra paciente con diagnósticos anotados..., postoperatorios registrados..., durante su estancia en UCI, con presencia de TSV(taquicardia Supraventricular, manejada con infusión de Amiodarona. Por taquicardia sinusal y hallazgos en EKG de patrón SI QIII, se descartó TEP mediante angio TAC de tórax. Evolución clínica tórpida, con requerimiento de múltiples lavados peritoneales y con indicación de nuevo escalonamiento antibiótico de acuerdo con indicación de infectología.

Aislamiento microbiológico de Enterobacter cloacae en último lavado peritoneal. Último concepto por infectología indica continuar por 14 días de meropenem, adicionar ampicilina y suspender amikacina.

Por dolor de difícil manejo fue valorada por clínica del dolor quien considera cambio de manejo a modo PCA de oxicodona con adecuada respuesta.

Solicitan interconsulta por episodios de taquicardia, EKG sugestivo de taquicardia sinusal, se ampliaron estudios de extensión los cuales muestran THS dentro de límites normales, azoados normales, PCR positiva, hemograma con leucocitosis en ascenso, anemia sin requerimientos transfusionales, con trombocitosis. Placa de torax con atelectasias subsegmentarias, bibasales sin evidencia de lesiones pleurales. Se considera por lo tanto taquicardia refleja mala modulación de SIRS en probable relación a no control de foco infeccioso, deberá continuar con lavados por parte de servicio médico tratante, y vigilancia de curva térmica, en caso de presentar pico febril hemocultivar y escalonamiento del antibiótico. Se solicitan gases arteriales. Se cierra interconsulta.

TIPO DE EVOLUCIÓN: GINECOLOGÍA. UBICACIÓN 6 NORTE ALA ORIENTE. SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 23/09/2018. 9:47 HORAS:

Evolución Ginecológica y Obstétrica:

Paciente de 24 años de edad con diagnóstico de:

1. LAVADO PERITONEAL 21/09/2018
2. POP (16/09/2018), LAVADO PERITONEAL
3. POP (14/09/2018), LAVADO PERITONEAL
4. POP (11/09/2018), LAVADO PERITONEAL + MALLA DE TRACCIÓN.
5. POP (09/09/2018), LAVADO PERITONEAL + BOLSAS DE VIAFLEX PREASAS.
6. POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA + ANASTOMOSIS LATEROLATERAL CON SUTURA MECÁNICA TIPO LINEAL EN ASA DELGADA A 140 CM DE LA VALVULA ILEOCECAL+ PERITONITIS DE LOS 4 CUADRANTES+ OMECTECTOMIA PARCIAL+COLOCACIÓN DE BOLSA DE INTERFASE POR ENTEROTOMÍA IATROGÉNICA EN ASAS DELGADAS.
7. POP MEDIATO DEL 03/09/2018, DE RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO IZQUIERDO POR LAPAROSCOPIA EXTRA INSTITUCIONAL.
8. GPO
9. RIESGO TROMBOEMBÓLICO INTERMEDIO.
10. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR POR REENTRADA AGUDA. CARDIOVERSIÓN FARMACOLÓGICA 2 OCASIONES CON ADENOSINA
11. TEP DESCARTADA.

Paciente refiere encontrarse en buenas condiciones generales, afebril, hidratada, dolor en modulación no signos de dificultad respiratoria.

TIPO DE EVOLUCIÓN: CIRUGIA GENERAL. UBICACIÓN CIRUGIA GENERAL. SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 25/09/2018. 4:08 HORAS:

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA: Se realiza retiro de puntos con previa lista de chequeo, se retira la malla de tracción y la bolsa de interfase. Se toma muestra para cultivo. Se lava superficialmente el monobloque. Se limpian los bordes de la pared de las membranas purulentas. Se realiza cierre de la aponeurosis con sutura continua de maxon y puntos de descarga de mismo material. Se lava el tejido celular subcutáneo y previo desbridamiento de los bordes se cierra la piel con puntos bastantes separados.

HALLAZGOS: Membranas descritas que se interpretan como reacción a cuerpo extraño. Monobloque central sin evidencia de fístula.

Firmado por DR. PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA, CIRUGIA GENERAL. REG. 19419089.

TIPO DE EVOLUCIÓN: GINECOLOGIA. UBICACIÓN 6 NORTE ALA ORIENTE. SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 29/09/2018. 5:22 HORAS:

Paciente en POP del (25/09/2018) del cierre de pared abdominal, en manejo antibiótico con meropenem, + ampicilina indicado por infectología. Actualmente con estabilidad clínica, sin SIRS, sin signos de irritación peritoneal, manejo con Oxycodona por clínica del dolor, rescates, en proceso de recuperación.

TIPO DE EVOLUCIÓN: CLINICA DEL DOLOR CUI. PALEATIVO. UBICACIÓN 6 NORTE ALA ORIENTE. SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 23/09/2018. 8:16 HORAS:

Paciente con diagnósticos anotados, cuadro de dolor agudo pop, nociceptivo visceral y somático, con manejo opioide mayor durante estancia hospitalaria por dolor de gran severidad, paciente joven por lo cual se deja plan analgésico, se deja opioide mayor con naloxona para mejoría de hábito intestinal y seguimiento estricto por grupo de dolor que su EPS asigne. Se explica a familiares, padres presentes, cierre IC.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL:

OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECÍFICOS. R104. ENFERMEDAD GENERAL.

TIPO DE EVOLUCIÓN: GINECOLOGÍA. UBICACIÓN 6 NORTE ALA ORIENTE. SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 02/10/2018. 5:20 HORAS:

PACIENTE CON EVOLUCIÓN SATISFACTORIA. Diagnósticos anotados, en switch antibiótico con ciprofloxacina VO dia 3/7, indicado por infectología, en el momento hemodinámicamente estable, con evolución clínica satisfactoria, hidratada, afebril, sin SIRS, sin signos de irritación peritoneal, valorada por clínica del dolor quienes indican manejo con opioides + naloxona para mejoría de hábito intestinal, al igual que manejo con bisacodilo, seguimiento por consulta externa. Se da Egreso por GINECOLOGIA, continuará tratamiento ambulatorio por vía oral por 4 días.

POR ULTIMO:

TIPO DE EVOLUCIÓN: MEDICINA GENERAL. UBICACIÓN 6 NORTE ALA ORIENTE. SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM) FECHA: 02/10/2018. 8:21 HORAS:

PLAN SALIDA:

Valorada por clínica del dolor quien considera ajuste de terapia analgésica ambulatoria. En el momento clínicamente estable sin signos de dificultad respiratoria, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica. Por adecuada evolución clínica servicio de ginecología considera dar egreso, se dan recomendaciones generales, signos de alarma para reconsultar, cita control con resultados. Se explica a la paciente refiere entender y aceptar, se entrega formula médica. Cita control, recomendaciones generales y signos de alarma.

FORMULA MÉDICA:

Sulfato ferroso, ciprofloxacina, enoxaparina, acetaminofén, bisacodilo, omeprazol, oxicondona.

RECOMENDACIONES GENERALES:

Acatar formula médica,

Asistir a cita control con especialidades

Asistir a urgencias en caso de signos de alarma,

Reclamar reporte de exámenes de autoinmunidad en laboratorio

Uso de faja abdominal, Uso de medias antiembólicas

SIGNOS DE ALARMA

Fiebre, malestar general, astenia y adinamia, síntomas urinarios lumbalgia incapacidad para la marcha, sangrado genital abundante o escaso de mal olor, salida de pus por vagina.

Disnea, dolor torácico, Convulsiones alteración de estado de conciencia,

Herida quirúrgica con calor rubor, edema o secreción.

TIPO DE EVOLUCIÓN: GINECOLOGÍA. CONSULTA EXTERNA UABU. SEDE: SEDE UNIDAD AMBULATORIA BARRIOS UNIDOS. FECHA: 25/10/2018. 12:15 HORAS:

Paciente hemodinámicamente estable, sin deterioro, con diagnostico anotados, se indica control con patología. Se dan recomendaciones y signos de alarma.

TIPO DE EVOLUCIÓN: CIRUGIA GENERAL. CONSULTA EXTERNA UABU. SEDE: SEDE UNIDAD AMBULATORIA BARRIOS UNIDOS. FECHA: 03/11/2018. 7:50 HORAS:

Paciente de 24 años con diagnósticos anotados, patológicos negativos. Paciente con adecuada evolución postoperatoria con herida quirúrgica en cicatrización, se cita en 3 meses control, para seguimiento. Se dan recomendaciones generales. Complicaciones del procedimiento no especificada. T819. ENFERMEDAD GENERAL.

PERITONITIS AGUDA

Inflamación del peritoneo: puede ser circunscrita o difusa

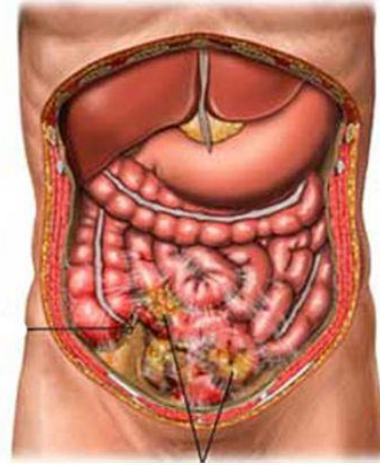
según su ubicación :aguda o crónica en su evolución natural

Infecciosa o aséptica en su patogenia

El cuadro agudo: Es menudo es infeccioso y suele provenir de la perforación de una viscera hueca (*peritonitis secundaria*).

Si no se identifica un origen bacteriano, la peritonitis infecciosa se califica como *primaria* o *espontánea*.

La peritonitis aguda se acompaña de hipoactividad motora de intestinos, con lo cual se distiende el interior de dichas vísceras, con gases y líquidos. La acumulación de líquido en el interior del intestino, junto con la interrupción de la ingesta de líquidos, origina rápidamente agotamiento del volumen intravascular, que repercute en corazón, riñones y otros órganos y sistemas.



LA PERITONITIS AGUDA ES:

La peritonitis es la inflamación del peritoneo, una membrana suave que recubre las paredes abdominales internas y los órganos dentro del abdomen, la cual generalmente ocurre a causa de una infección bacteriana o micótica. La peritonitis **puede ser el resultado de una rotura (perforación) en el abdomen, (Como es éste caso), o de una complicación de otras enfermedades.**

La peritonitis requiere atención médica urgente para combatir la infección y, si fuera necesario, para tratar cualquier enfermedad no diagnosticada. Por lo general, el tratamiento de la peritonitis incluye antibióticos y, en algunos casos, cirugía. **Si no se la trata, la peritonitis puede conducir a una infección grave y potencialmente mortal en el cuerpo.**

Síntomas

Los signos y los síntomas de la peritonitis incluyen los siguientes:

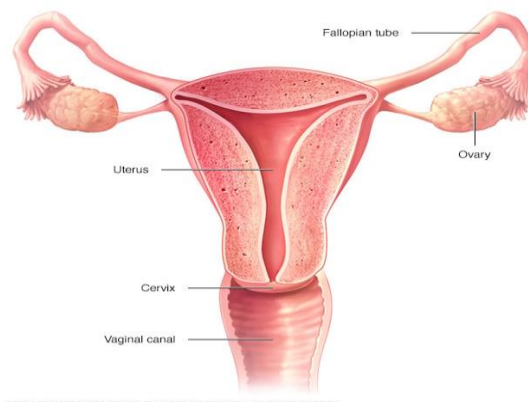
- ✚ Dolor abdominal o sensibilidad
- ✚ Hinchazón o sensación de saciedad (distensión) en la zona del abdomen.
- ✚ Fiebre
- ✚ Náuseas y vómitos
- ✚ Pérdida de apetito
- ✚ Diarrea
- ✚ Baja producción de orina
- ✚ Sed
- ✚ Incapacidad para expulsar heces o gases
- ✚ Fatiga

CON RELACIÓN A LAS COMPLICACIONES DE LOS POSTOPERATORIOS GINECOLÓGICOS RELACIONADOS CON LOS QUISTES OVÁRICOS:

Los quistes ováricos son sacos o bolsas llenos de líquido en un ovario o en su superficie. Las mujeres tienen dos ovarios; cada uno tiene el tamaño y la forma de una almendra y está ubicado a un lado del útero. Los óvulos (huevos), que se producen y maduran en los ovarios, se liberan en ciclos mensuales durante los años fértiles.

Muchas mujeres tienen quistes ováricos en algún momento. La mayoría de los quistes ováricos no presentan molestia (o muy poca) y no resultan perjudiciales. La mayoría desaparece sin tratamiento en unos pocos meses.

Sin embargo, los quistes ováricos (especialmente, los que se han roto) pueden producir síntomas graves. Para proteger tu salud, se deben hacer exámenes pélvicos regulares y familiarizarse con los síntomas que pueden indicar un problema que tal vez sea grave.



Síntomas

La mayoría de los quistes no provocan ningún síntoma y desaparecen solos. Sin embargo, un quiste ovárico grande puede provocar:

- ✚ Dolor pélvico: dolor sordo o intenso en la parte inferior del abdomen, del lado del quiste
- ✚ Sensación de saciedad o pesadez en el abdomen
- ✚ Hinchazón

Cuándo consultar al médico

Busca atención médica inmediata si tienes los siguientes síntomas:

- ✚ Dolor pélvico o abdominal intenso o repentino
- ✚ Dolor acompañado de fiebre o vómitos

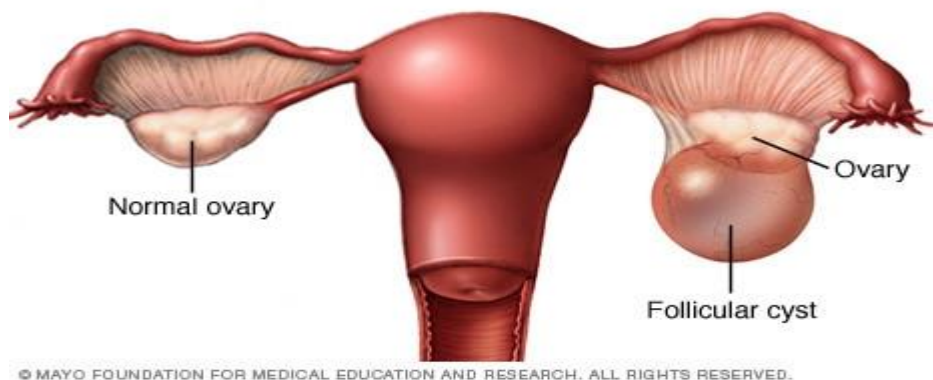
Si tienes estos signos y síntomas o los de un choque, como piel fría y húmeda, respiración rápida y aturdimiento o debilidad, consulta con un médico de inmediato

Causas

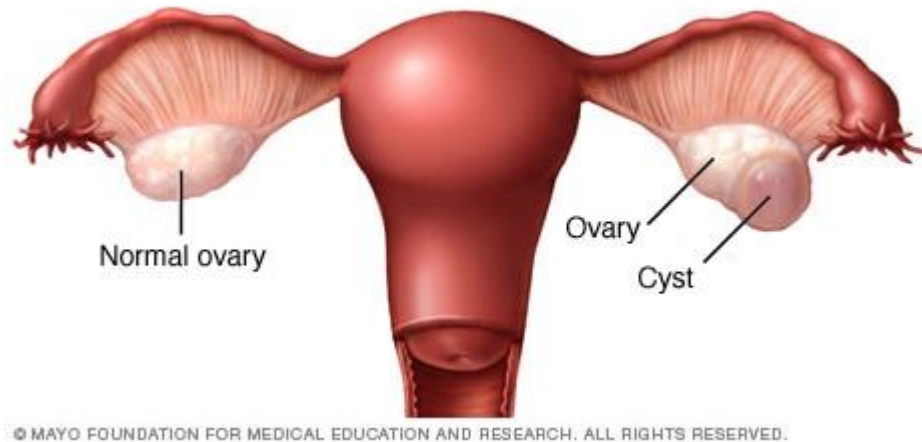
Quistes funcionales

En los ovarios normalmente crecen estructuras similares a los quistes, llamadas «folículos», todos los meses. Los folículos producen las hormonas estrógeno y progesterona, y liberan un óvulo cuando ovulas.

Si un folículo normal continúa creciendo, se denomina «quiste funcional». Existen dos tipos de quistes funcionales:



Quiste folicular



Quiste del cuerpo lúteo

La mayoría de los quistes de ovario se producen a raíz del ciclo menstrual (quistes funcionales). Otros tipos de quistes son mucho menos frecuentes.

- ✚ **Quiste folicular.** Aproximadamente en la mitad del ciclo menstrual, un óvulo sale de su folículo y viaja por la trompa de Falopio. Un quiste folicular comienza cuando el folículo no se rompe ni libera el óvulo, sino que continúa creciendo.
- ✚ **Quiste del cuerpo lúteo.** Cuando un folículo libera el óvulo, comienza a producir estrógeno y progesterona para la concepción. El folículo se llama ahora «cuerpo lúteo». A veces, se acumula líquido dentro del folículo, lo que provoca que el cuerpo lúteo se expanda y se forme un quiste.

Los quistes funcionales son generalmente inofensivos, rara vez provocan dolor, y suelen desaparecer por sí solos en dos a tres ciclos menstruales.

OTROS QUISTES:

Los tipos de quistes que no están relacionados con el funcionamiento normal del ciclo menstrual son:

- ✚ **Quistes dermoides.** Estos quistes, que también se denominan «teratomas», pueden contener tejido, como cabello, piel o dientes, porque se forman a partir de células embrionarias. No suelen ser cancerosos.
- ✚ **Cistoadenomas.** Se forman en la superficie de un ovario y pueden estar llenos de un material acuoso o mucoso.

- ✚ **Endometriomas.** Se forman a raíz de una enfermedad en la que las células endometriales uterinas crecen fuera del útero (endometriosis). Parte del tejido se puede adherir al ovario y formar un bulto.

Los quistes dermoides y los cistoadenomas se pueden agrandar, lo que puede provocar que el ovario se desplace de su posición. Esto aumenta la posibilidad de que se produzca una torsión dolorosa del ovario, llamada «torsión ovárica». La torsión ovárica también puede producir una disminución o la detención del flujo sanguíneo hacia el ovario.

Factores de riesgo

El riesgo de tener un quiste ovárico se intensifica a causa de:

- ✚ **Problemas hormonales.** Estos comprenden tomar clomifeno (Clomid), un medicamento para la fecundidad que se utiliza para estimular la ovulación.
- ✚ **Embarazo.** A veces, el quiste que se forma al ovular permanece en el ovario a lo largo del embarazo.
- ✚ **Endometriosis.** Esta afección provoca que las células endometriales uterinas crezcan fuera del útero. Parte del tejido se puede adherir al ovario y formar un bulto.
- ✚ **Una infección pélvica grave.** Si la infección se propaga a los ovarios, puede provocar la formación de quistes.
- ✚ **Un quiste ovárico previo.** Si tuviste un quiste, es probable que tengas más.

Complicaciones

Algunas mujeres presentan tipos de quistes menos frecuentes que el médico puede encontrar durante un examen pélvico. Las masas ováricas quísticas que se producen después de la menopausia pueden ser cancerosas (malignas). Por eso es importante hacerse exámenes pélvicos con regularidad.

Las complicaciones poco frecuentes que se relacionan con los quistes ováricos comprenden las siguientes:

- ✚ **Torsión ovárica.** Los quistes que se agrandan pueden hacer que el ovario se mueva, lo que aumenta la posibilidad de que se produzca una torsión dolorosa del ovario (torsión ovárica). Los síntomas comprenden la aparición abrupta de dolor intenso en la pelvis, náuseas y vómitos. La torsión ovárica también puede disminuir o detener el flujo de sangre a los ovarios.

- ✚ **Rotura.** La rotura de un quiste puede provocar dolor intenso y sangrado interno. Cuanto más grande es el quiste, el riesgo de rotura es mayor. La actividad vigorosa que afecta la pelvis, como el acto sexual vaginal, también aumenta el riesgo.

Prevención

Aunque no existe un modo específico de prevenir los quistes ováricos, realizarse exámenes pélvicos de manera regular ayuda a garantizar que los cambios en los ovarios se diagnostiquen lo más pronto posible. Presta atención a los cambios en tu ciclo mensual, como síntomas menstruales inusuales, especialmente aquellos que persisten durante más de algunos ciclos. Consulta con el médico los cambios que te preocupen. (Es la mejor decisión consultar inmediatamente).

Bibliografía:

QUISTE PARAOVARICO COMPLICADO: CAUSA RARA DE DOLOR ABDOMINAL

Drs. Ester Ureta H^{1*}, Ángel Blanco M².

1. Servicio de Radiología e Imágenes. Clínica Santa María. Unidad de Imaginología Hospital Roberto del Río. Santiago-Chile.

2. Servicio de Cirugía Infantil Clínica Santa María. Santiago-Chile.

Abstract: We report the ultrasonographic and laparoscopic findings in a case of twisted parovarian cyst related with a Morgagni hydatid, without involving of the tube and ovary. The 11 years old patient consulted for an acute abdominal pain that made suspect the clinical existence of acute appendicitis. The identification of normal appendix and ovaries, and the finding of a complex cyst structure close to the ovary, led to the laparoscopic surgery, that identified a twisted hydatid at the right side and a non twisted cystic structure at the left side. We discuss this pathology as an eventual and rare cause of acute abdominal pain in females.

Keywords: Acute abdominal pain, Parovarian cyst.

Resumen: Se presentan los hallazgos ultrasonográficos y laparoscópicos en un caso de quiste paraovárico torcido correspondiente a una hidátide de Morgagni sin compromiso de la trompa ni del ovario. La paciente de 11 años consultó, al servicio de urgencia por un dolor abdominal agudo que hizo plantear clínicamente la existencia de una apendicitis aguda. La identificación de un apéndice y ovarios normales, junto al hallazgo de una estructura quística compleja próxima al ovario llevaron a la cirugía laparoscópica que identificó la hidátide torcida a derecha y una estructura quística similar no torcida a izquierda. Se discute esta patología como una eventual y rara causa de dolor abdominal agudo en el sexo femenino.

Palabras clave: Quiste paraovárico, dolor abdominal agudo.

Introducción

El dolor abdominal agudo en el cuadrante inferior derecho en una niña hace plantear los diagnósticos diferenciales de una apendicitis aguda y una patología ginecológica, principalmente relacionada al ovario. Son causas más raras de dolor los procesos quísticos complicados y entre ellos, los quistes paraováricos. Derivan estos quistes de remanentes de los conductos mesonéfricos o paramesonéfricos y se identifican adheridas al extremo fimbriado de las trompas o en el ligamento ancho ^(1"3). Su torsión puede comprometer la trompa y, más raramente, el ovario con consecuencias mayores para la paciente.

Se presenta Caso clínico como ejemplo de una complicación así:

Paciente de 11 años, sexo femenino, que consulta en el Servicio de Urgencia por un cuadro de aproximadamente 8 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha, acompañado de náuseas y vómitos.

Al examen físico se constata paciente afebril, con dolor abdominal localizado, resistencia muscular y Blumberg esbozado.

Por sospecha de apendicitis aguda se solicitó ultrasonografía abdominal (US), que demostró apéndice cecal y ambos ovarios normales. El útero presentaba un desarrollo puberal inicial. En la parte alta de la excavación pelviana, a derecha, se identificó una lesión ovoidea, bien delimitada, de 1.59 cm de diámetro mayor, con estructura heterogénea, con pared ecogénica algo engrosada y escaso flujo en su vecindad hacia su parte superior. El tejido graso alrededor de la lesión presentaba un aumento focal de la ecogenicidad. Esta formación se observaba en la inmediata vecindad del ovario derecho. (Figura 1).

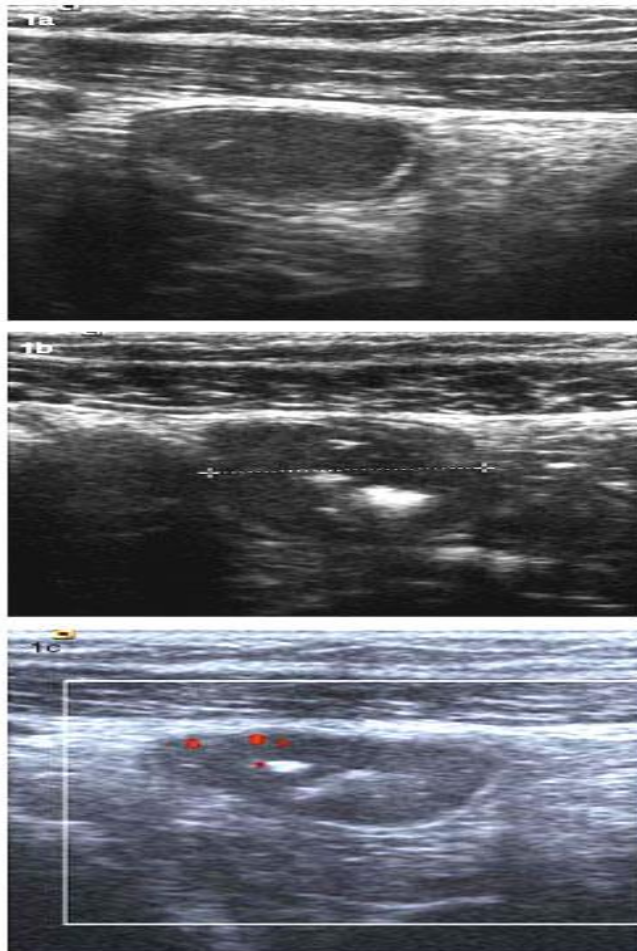


Figura 1 a-c. US modo B (a,b) y Doppler color (c) de la parte alta de la excavación pelviana derecha demostrando una estructura quística, bien delimitada, de estructura heterogénea, avascular.

Los exámenes de laboratorio no demostraron alteraciones significativas. Con estos antecedentes se decide la exploración laparoscópica, en la cual se encuentra en situación paraovárica derecha, una estructura de aspecto necrótico, intensamente

violácea, torcida en su base y que estaba en estrecha relación con la trompa de Falopio de este lado ([Figura 2](#)).

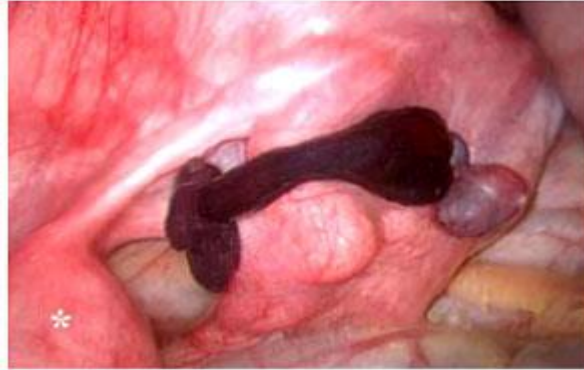


Figura 2. Visión laparoscópica de estructura alargada de aspecto necrótico medial al ovario derecho (asterisco) y adherida a la trompa.

A izquierda se encontró una pequeña formación quística pediculada dependiente de la trompa, de color rosado, sin signos de torsión ([Figura 3](#)).



Figura 3. Visión laparoscópica de hidátide de Morgagni izquierda no complicada. Ovario izquierdo: asterisco.

Estas estructuras, por sus características y ubicación corresponden a vestigios embriológicos müllerianos, o hidátides de Morgagni, el derecho torcido en su base. Ambas fueron resecadas y su origen confirmado en el examen histológico.

Discusión

El ovario se desarrolla a partir de la cresta germinal y de las células germinales primitivas para constituir la gónada, que puede reconocerse en la cara interna del mesonefros, al final de la tercera semana de gestación cuando las células germinales migran hacia la cresta germinal y ejercen un efecto inductor. Se observa como un engrasamiento ubicado en el aspecto ántero-lateral del epitelio celómico que recubre la cavidad torácica y abdominal. Los brotes celulares que forman los cordones sexuales primitivos se forman durante la sexta semana⁽¹⁻³⁾.

El aparato genital y parte de la vía urinaria, en embriones de ambos sexos, se forman a partir de dos conductos:

a) El conducto paramesonefrico o conducto de Müller, que constituye el conducto genital principal en la mujer. Está formado por tres porciones: una cefálica que se ubica lateral al conducto mesonefrico y comunica directamente con la cavidad celómica; una segunda

horizontal, que cruza el conducto mesonéfrico y la última de disposición vertical que se fusiona con su contralateral en la línea media caudal ([Figura 4](#)). De las dos primeras porciones se forman las trompas y de las porciones inferiores fusionadas, el útero y tercio superior de la vagina. Los dos tercios inferiores de la vagina se originan de la placa vaginal, formada por evaginaciones de la porción pélvica del seno urogenital, constituyendo un tubérculo que posteriormente se canaliza⁽²⁾.

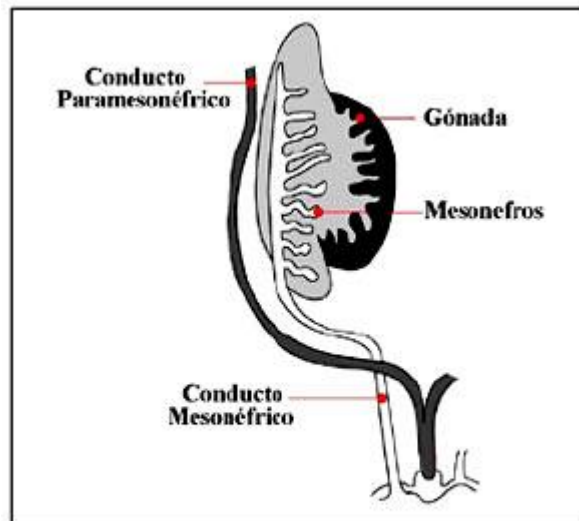


Figura 4. Esquema ilustrando el curso de los conductos mesonéfrico, paramesonéfrico derecho y su relación con la gónada (Modificado de referencia 3).

b) El conducto mesonéfrico o conducto de Wolf, que se extiende hasta el seno urogenital constituye el conducto genital principal en el hombre. En la mujer involuciona por ausencia de testosterona. En ambos sexos, este conducto dará origen a las vías urinarias.

La involución de gran parte de estos conductos origina órganos vestigiales, que en el caso del género femenino, cuando derivan del conducto mesonéfrico, son llamados de cefálico a caudal: 1) Epoóforo u órgano de Rosenmüller, que corresponde a un número variable de túbulos paralelos a la trompa que van de 8 a 13, localizados en el tercio lateral del mesoovario y son equivalentes al epidídimo en el hombre. 2) Paraóforo o túbulos de Kobelt que corresponde a tubos ciegos que se ubican en relación a la porción libre del ligamento ancho y a la mitad lateral del ovario. 3) Conducto de Gardner, ubicado en la cara lateral del útero y vagina.

En la mujer, un remanente de origen mülleriano o paramesonéfrico corresponde a la Hidátide de Morgagni que tiene las características de una pequeña formación quística, de aspecto pediculado, que se relaciona con el extremo fimbriado de la trompa ([Figura 5](#)).

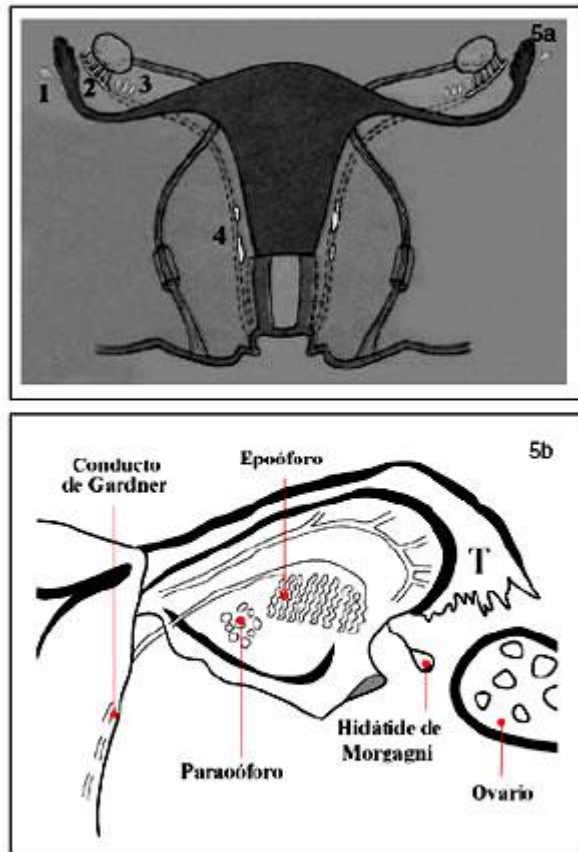


Figura 5 a, b. a) Ilustración de los remanentes embriológicos de los conductos mesonéfricos y paramesonéfricos. 1. Hidátide de Morgagni. 2. Epoóforo. 3. Paraóforo. 4. Ducto de Gartner. (modificado de referencia 1). b) Detalle. T: Trompa (Modificado de referencia 3).

Al adquirir un aspecto quístico, son considerados genéricamente como quistes paraováricos, a excepción de los quistes de los conductos de Gardner. En general, son de pequeño tamaño y constituye un hecho excepcional que alcancen dimensiones mayores de 10 cm. de diámetro. El 50% mide entre 6 a 10cm^(5-7,9). Al estudio histológico presentan paredes constituidas por epitelio cilíndrico o cúbico ciliado, similar al epitelio de las trompas, por debajo del cual se encuentra tejido conectivo.

En la mayoría de los casos constituyen un hallazgo incidental en laparotomía o laparoscopia pélvica y a veces pueden ser un hallazgo en estudio ultrasonográfico efectuado en la evaluación de desarrollo puberal (Figura 6). Sin embargo, pueden complicarse: sangrando, perforándose, torciéndose e incluso malignizándose⁽⁴⁾. En estas circunstancias es cuando se hacen sintomáticos y el diagnóstico no siempre es fácil. Menos del 10% ingresan a pabellón con un diagnóstico concordante, confundiéndose algunos con quistes propios del ovario⁽⁵⁾.

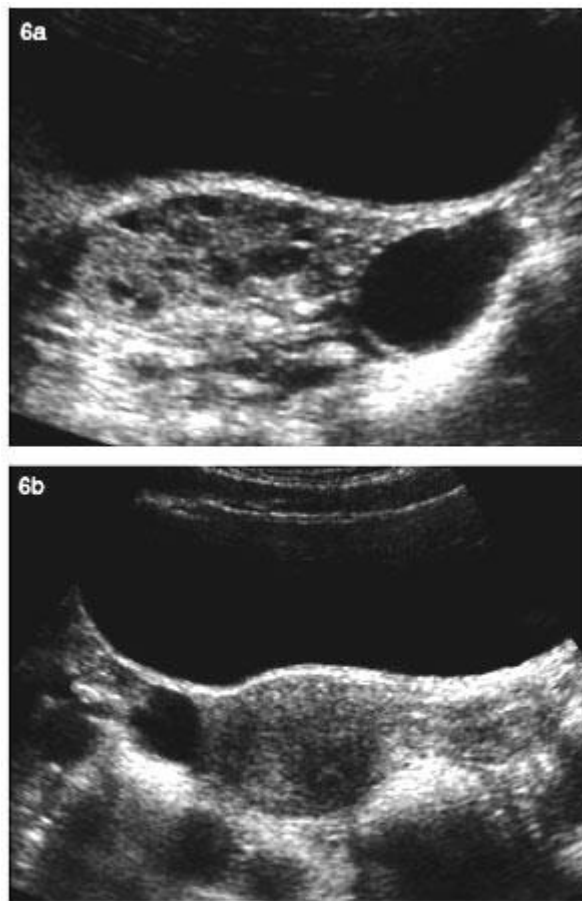


Figura 6 a. b. Paciente de 10 años enviada para estudio de pubertad precoz en quien se detecta como hallazgo incidental formación quística paraovárica derecha. a) Corte oblicuo de ovario derecho demostrando un ovario normal y por debajo y medial a él, la formación quística. b) Corte transversal demostrando el quiste a derecha lateral al útero.

A la US son quistes de aspecto redondo u ovoideo, de paredes finas, uniloculares, de contornos lisos con contenido anecogénico^(4,5,7,10,11).

La sospecha en exámenes de imágenes debe surgir al visualizar ambos ovarios de aspecto normal y una formación quística lateral al útero⁽⁶⁾. El lograr separar la formación quística del ovario ipsilaterales el detalle diferenciador, que puede orientar a considerar este grupo de alteraciones⁽⁷⁾.

La torsión de hidátides de Morgagni es más frecuente después de la pubertad, una vez que se inicia la actividad secretora que puede llevar a un aumento de volumen, factor que favorece su torsión o volvulación⁽¹¹⁾. Puede comprometer sólo a la hidátide, como en nuestro caso, o bien acompañarse del ovario o trompa, siendo más frecuente que comprometa a esta última, razón por la cual puede comprometer su viabilidad^(4,8).

Representan entre un 17 a 33 % de las masas anexiales benignas, considerando todas las edades⁽⁶⁾. La presentación como torsión ha sido reportada en casos aislados. En una serie que reporta la torsión de anexos en mujeres de todas las edades se describían cuatro casos (5.3%) que correspondían a torsión de hidátides y todas ellas ocurrieron entre los 13 y 18 años; dos casos comprometían solo la hidátide y de los restantes, uno incluía la trompa y el otro el ovario.

Conclusión

Aun cuando se trata de una patología poco frecuente, su existencia debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de abdomen agudo en niñas y adolescentes con dolor localizado en fosa ilíaca derecha o en la excavación pelviana, y en quienes se identifica una estructura quística parauterina en presencia de ovarios normales.

Bibliografía

1. Moore K. L, Persaud T.V. Embriología médica. 6ª edición. 1998. Ed Mc Graw-Hill Interamericana. Capítulo 13 pag. 338-63. [[Links](#)]
2. Skandalakis J.E, Gray S. W, Parrot T.S. Embryology for surgeons. Female reproductive tract. 2nd Edition. Baltimore; Williams and Wilkins, 1994; Capítulo 22 pag. 816-23. [[Links](#)]
3. Langman J. Embriología médica. 4ª edición. 1981. Editorial Médica panamericana. Capítulo 15 pag. 249-54. [[Links](#)]
4. Abad P, Obradors J, Ortuño P. y cols. Quiste paraovárico torsionado en pediatría. Cir Pediatr 2005; 18: 46-48. [[Links](#)]
5. Barloon TJ, Brown BP, Abuyousef MM *et al.* Paraovarian and paratubal cysts: preoperative diagnosis using transabdominal and transvaginal sonography. J Clin Ultrasound. 1996; 24: 117-122. [[Links](#)]
6. Okada T, Yoshida H, Matsunaga T *et al.* Case report: Paraovarian cyst with torsion in children. J Pediatr Surg 2002; 37: 937-940. [[Links](#)]
7. Kim JS, Woo SK, Suh SJ *et al.* Sonographic diagnosis of paraovarian cysts: value of detecting a separate ipsilateral ovary. Am J Roentgenol AJR 1995; 164: 1.441-1.444. [[Links](#)]
8. Puri M, Jain K, Negi R. Torsion of para-ovarian cyst: a cause of acute abdomen. Indian J Med Sci 2003; 57: 361-362. [[Links](#)]
9. Núñez-Trononis J, Gómez RG, Perche FS y cols. Quiste gigante del paraovario: reporte de dos casos. Rev Obstet Ginecol Venez 2003 ; 63: 161-163. [[Links](#)]
10. Athey PA, Cooper NB. Sonographic features of parovarian cysts. Am J Roentgenol AJR 1985; 144: 83-86. [[Links](#)]
11. Pansky M, Smorgick N, Lotan G *et al.* Adnexal torsion involving hydatids of Morgagni. A rare cause of acute abdominal pain in adolescents. Obstet Gynecol 2006; 108: 100-102. [[Links](#)]

Correspondencia: Dra. Ester Ureta H. ester.ureta@gmail.com



Todo el contenido de esta revista, excepto dónde está identificado, está bajo una [Licencia](#)

Creative Commons

General Holley #2363-A, Of. 404, Providencia

ZPI CODE 7510032

Santiago - Chile

Tel.: (56-2) 2378 9739

Fax: (56-2) 2231 9103



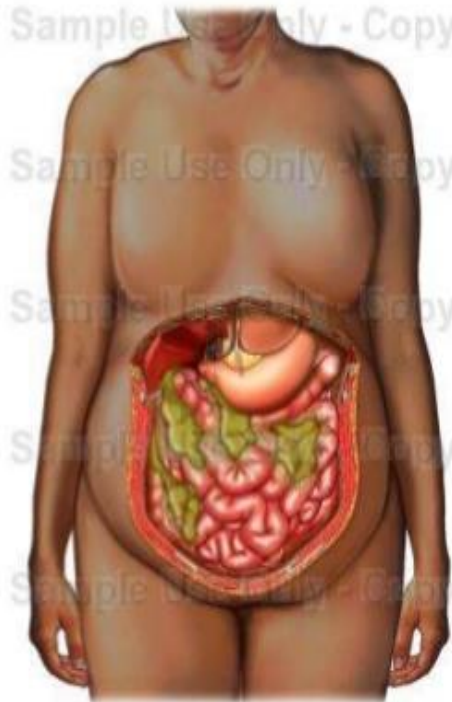
revistachilenaradiologia@gmail.com

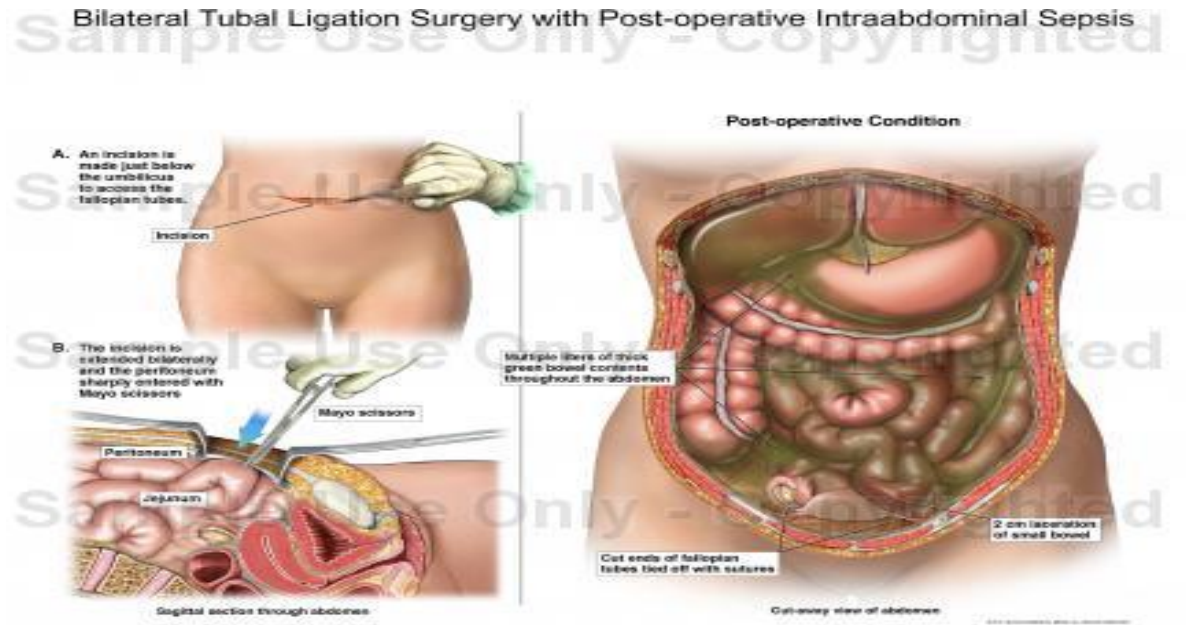
CONCLUSIÓN DEFINITIVA:



PERITONITIS SECUNDARIA

1. De origen traumático
2. Postoperatoria





Esto evidencia que **SI** existió una IATROGENIA INTRAOPERATORIA CON MÚLTIPLES SITUACIONES COMPLICADAS EN SU RECUPERACIÓN, las cuales requirieron un manejo largo en UCI, con cuidados especiales por parte de los profesionales asignados, así mismo se evidenció el desenlace de las múltiples complicaciones en su recuperación por la agresividad de la SEPSIS ABDOMINAL SECUNDARIA POR LA PERFORACIÓN PRESENTADA EN CIRUGIA, a las cuales se vió implicada su vida con riesgo alto de un desenlace fatal, con múltiples procedimientos quirúrgicos como LAVADOS ABDOMINALES, para su excelente recuperación, que de igual manera generó traumatismo a la paciente, con afectación Psicológica donde se tuvo que intervenir en su recuperación, con los múltiples depresiones por su estado de salud al verse deteriorada, motivo por el

cual requirió su tratamiento específico para eso. Pero que a feliz desenlace final fue su recuperación con los cuidados de los profesionales asignados en forma oportuna.

Así las cosas, este procedimiento quirúrgico condujo a una complicación en la paciente LUISA, la cual le generó múltiples dificultades en su proceso de recuperación, en especial el manejo del dolor, manejo en la antibioticoterapia asignada, de los cuales fueron adecuados antibióticos pero por su gravedad de la SEPSIS que presentaba, se tuvo que cambiar en varias oportunidades para dar un resultado mejor y definitivo, manejo con nutrición adecuada y sus lavados quirúrgicos que fueron los que dejaron que evolucionara en forma más adecuada, adicionalmente su estado de depresión valorada por Psicología en su momento, que de no recibirlo a tiempo y con los especialistas indicados en el proceso como equipo interdisciplinario con INFECTOLOGIA, INTENSIVISTA, CIRUGIA GENERAL, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, TERAPIA FISICA Y RESPIRATORIA Y GINECOLOGIA, se habría podido desencadenar un resultado fatal.

Afortunadamente se le realizaron a tiempo múltiples lavados peritoneales, que, aunque fueron traumáticos y con una buena medicación intrahospitalaria, que al comienzo fue complicado y de difícil manejo, pero ese Equipo interdisciplinario lo efectuaron en forma oportuna con sus evoluciones de monitoreo constante hospitalario.

Desafortunadamente estos son situaciones que se presentan y el manejo es un proceso delicado, lento pero que afortunadamente fue favorable a la paciente con un desenlace adecuado y oportuno en las instalaciones donde finalmente la atendieron y resolvieron de raíz su complicación. Dejará secuelas definitivas como es en este caso para lo cual deberá estar continuando valoraciones continuas con especialistas y con una rehabilitación en todo lo que le pueda ocasionar digestivamente como es el día a día, pero con especialistas controlando logrará llevar una calidad de vida adecuada.

En los tumores pélvicos (ya sean de la vejiga, de la próstata o de los genitales femeninos- quistes, etc) que comprometan sistemáticamente a una persona postoperatoria, se debe preservar la vida en sus órganos vitales como son la función renal, mejorar la calidad de vida del paciente y evitar ciertas operaciones posteriores que impliquen más secuelas y un adecuado manejo terapéutico para obtener un final desenlace que conlleve a una estabilidad emocional, sin secuelas marcadas a futuro de esta paciente. Con mucha calidad de vida.

ORIGINAL FIRMADO.

Doctora Patricia Salgado Ramírez

**Médico Especializado Salud ocupacional- laboral- PCL, Auditora Calidad
Lic. 25-888/2017**