

Registro Clinico Evolucion UCI

- 4. Sospecha Tromboembolia pulmonar*** descartada**
- ***Trombosis venosa profunda descartada - edema de tejido celular subcutáneo
- 5. Antecedentes leiomioma retroperitoneal y pared abdominal
- 6 Hipotiroidismo por historia clínica
- 7. Hipertensión Arterial por historia clínica
- 8. Hernia inguinal izquierda
- 9. Antecedentes de apnea obstructiva del sueño
- 10. Trastorno hidroelectrolítico tipo hipokalemia leve*** resuelta**
- 11. Pop de traqueostomía 19/1/2024**
- 12. Trastorno de ansiedad por historia clínica

Análisis

Paciente masculino de 65 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, apnea obstructiva del sueño, trastorno de ansiedad, hipotiroidismo en suplencia y leiomioma retroperitoneal y pared abdominal con múltiples intervenciones abdominales extrahospitalarias, quien ingresó a la institución por un cuadro clínico de dolor abdominal con datos de isquemia intestinal en tomografía abdominal, fue llevado el día 31/1/23 resección segmentaria múltiple de intestino delgado + resección de segmento exteriorizado de intestino delgado sod (ileostomía) + resección de segmento exteriorizado de intestino grueso sod (colostomía) + lisis de adherencias peritoneales por laparotomía sod + lavado peritoneal terapéutico y luego a lavados terapéuticos 3/1/24 y 5/1/24, cursó con choque mixto de origen séptico, hipovolémico y cardiogénico con ecocardiograma donde se documentó cardiopatía isquémica, recibió soporte inotrópico en varias ocasiones, múltiples esquemas antibióticos, con aislamiento de enterococo con ajuste de antibiótico a linezolid con meropenem, con herida abdominal compleja por dehiscencia de sutura cerca de las ostomías, con tracto fistuloso en seguimiento por cirugía general y en plan de remisión, además con datos de falla orgánica múltiple hepática, renal y cardiovascular, a pesar de múltiples complicaciones, ayer se había logrado intentar avanzar ventilatoriamente hasta tienda de traqueostomía, pero paciente se tornó diafórico, taquicárdico y taquipneico con necesidad de ventilación mecánica invasiva por traqueostomía en modo controlado, así como recambio de catéter venoso central por disfuncionalidad, con radiografía de tórax control en buena posición, sin complicaciones. Se evidenció en gasometría arteriovenosa alcalosis metabólica, con delta de CO2 aumentado, saturación venosa baja e hiperlactacidemia en 4, con llenado capilar prolongado, por frecuencia cardíaca mayor de 140 latidos por minutos de indica realización de electrocardiograma para evaluar ritmo y definir inicio de inotropía.

Paciente en unidad de cuidados intensivos con evolución, torpida desfavorable, diafórico, con cifras tensionales en rangos de hipotensión, se indica aumento de norepinefrina sin lograr presiones arteriales medias mayores de 65 mmHg se indica añadir segundo vasoactivo con vasopresina, se aprecia en el monitor hipotensión persistente a pesar del manejo vasoactivo, a las 3+45 am horas del día 25/1/24 paciente realiza parada cardiorrespiratoria con ritmo de actividad eléctrica sin pulso, por lo cual, se activa código azul según recomendaciones AHA para ACLS/BLS, con maniobras de resucitación cardio-cerebro-pulmonar básicas y avanzadas, instaurando compresiones cardíacas a una frecuencia de 100-120 compresiones por minutos, con un promedio de 110, adicionalmente suministrando adrenalina 1 ampolla endovenosa cada 3-5 minutos. Se informa a familiares quienes refieren entender estado crítico actual, luego de 4 minutos y 30 segundos minutos de reanimación cardiopulmonar paciente con evidencia retorno a la circulación espontánea. Se aprecia en el monitor infradesnivel en el segmento ST en la derivada DII, se indica relación de electrocardiograma, persiste con datos de hipoperfusión, se indica colocación de monitoreo y línea arterial. Se considera paciente cursa con choque cardiogénico con infradesnivel del segmento ST, siendo las 3+55 am se evidencia paciente con tendencia a la bradicardia, cifras tensionales con tendencia a la hipotensión sin respuesta a aumento de vasopresores e índices de oxigenación realiza nueva parada cardiorrespiratoria con ritmo de actividad eléctrica sin pulso, por lo cual, se activa código azul según recomendaciones AHA para ACLS/BLS, con maniobras de resucitación cardio-cerebro-pulmonar básicas y avanzadas, instaurando compresiones cardíacas a una frecuencia de 100-120 compresiones por minutos, con un promedio de 110, adicionalmente suministrando adrenalina 1 ampolla endovenosa cada 3-5 minutos, se indica administración de bicarbonato, persiste en ritmo de asistolia, se continúa con reanimación cardiopulmonar. Se informa a familiares quienes refieren entender estado crítico actual luego de 20 minutos de reanimación cardiopulmonar paciente sin evidencia de retorno a la circulación espontánea, sin reflejos de tallo, por lo cual, a las 4+15 hrs se declara hora de fallecimiento. Se informa a familiares nuevamente situación y desenlace mortal, quienes refieren conocer estado crítico del paciente y entiende lo sucedido. Se entrega copia de historia clínica y acta de defunción a familiares # 24019820475914.

Plan:
Fallecido

Pronóstico:
Fallecido

RIPS

Finalidad de la consulta:
Causa externa:

No Aplica
13-Enfermedad general

Registro Clínico Evolucion UCI

SCORE

SCORE DE SEVERIDAD

SAPS II:

APACHE II: SOFA: TISS 28:

GASES ARTERIALES

PH: PC02: Pa02: Sa02: HC03: BE: PAFI: Aa02: ^{Vía} Aérea:

PARAMETROS VENTILATORIOS

MODO VENTILATORIO:

PEEP H: PEEP L: TIEMPO H: TIEMPO L:

FR Programada:

FR Real: FI02: V.C: V.Minuto I.E: P.Soporte :

PEEP:

PC: P MEDIA PIM: P Plateau Distensibilidad Distensibilidad E: D:

TERAPIA TRANSFUSIONAL

Globulos Rojos: Plaquetas: Crioprecipitados: Plasma Fresco Congelado: Sangre Total:

SOPORTE INOTROPICOS

SOPORTE VASODILATADOR

Análisis:

Paciente masculino de 55 años con diagnósticos de

1. Post paro cardiorespiratorio no exitos (25/1/2024)
2. Post paro cardiorespiratorio (Ritmo AESP 4 Minutos (25/1/2024)
3. Choque mixto (hipovolémico - séptico - cardiogénico)
 - 3.1. Choque cardiogenico estadio E
 - 3.1.1. Síndrome coronario agudo con infradesnivel del st
 - 3.1.2. Cardiopatía isquémica fevi 27% (4/1/24)- control fevi 52% (9/1/24) (requirió manejo con levosimendan y dobutamina)
 - 3.2. Sepsis de foco abdominal**en manejo**
 - ** Enterococcus faecium
 - **Herida abdominal compleja + dehiscencia de sutura
 - **Úlcera con trayecto fistuloso enterocutánea en la pared antero izquierda (TAC Abd 17/1/24)
 - ** Isquemia intestinal + Peritonitis cuatro cuadrantes
 - ***Pop lavado peritoneal (5/1/24)
 - ***Pop lavado peritoneal (3/1/24)
 - ***Pop resección segmentaria multiple de intestino delgado + resección de segmento exteriorizado de intestino delgado sod (ileostomía) + resección de segmento exteriorizado de intestino grueso sod (colostomía) + lisis de adherencias peritoneales por laparotomía sod + lavado peritoneal terapeutico (31/12/23)
 - ***Empaquetamiento abdominal
 - 3.2.1 Disfunción hepática
 - *Tiempos de coagulación prolongado**resuelto**
 - *Hiperbilirubinemia a expensa de la directa con patrón colestásico
 - 3.2.2 Disfunción Renal
 - 3.2.2.1. Lesión renal aguda AKI II
 - 3.2.3. Disfunción cardiovascular
 - *Miocardiopatía por sepsis
- 3.3. Choque hipovolémico*** resuelto***