


| | | |
|---|---------------------------|--|
|  FUNDACIÓN VALLE DEL LILI <i>Excelencia en Salud al servicio de la comunidad</i> | <h2>Historia Clínica</h2> | Avenida Simón Bolívar Carrera 98 No. 18-49 Conmutador 032 3319090 Fax 032 3316728 Nit. 8903241775 www.valledellili.org CALI - COLOMBIA Impreso por: IGONZALEZ |
|---|---------------------------|--|

| Datos Generales | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|----------|
| Paciente: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ | | | Sexo: F |
| Fecha Nacimiento: 08.11.1999 | Nº Historia Clínica: 1319278 | Identificación: CC 1107531724 | Edad: 21 |

Antecedentes

Fecha Registro: 24.09.2020

Hora Registro: 13:30:44

Responsable: PEREZ CAMPUZANO, ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Patológicos - LES

EPISODIO: 7488671

Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 02.09.2020

Hora Registro: 16:30:50

Responsable: VALENCIA RODRIGUEZ, JULIAN DAVID

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#2 SEGUIMIENTO EN TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA FAVORECER PARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ESTIMULAR EJECUCIÓN DE PATRONES INTEGRALES Y FUNCIONALES ENTRENAR EN TRANSICIONES Y TRASLADOS FAVORECER PROCESOS COGNITIVOS Y FUNCIONES EJECUTIVAS PROMOVER ECONOMIA EN LOS MOVIMIENTOS FAVORECER LA HIGIENE Y MECANICA CORPORAL EDUCAR LA FAMILIA.

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS 641 PACIENTE EN CAMA, ESTABLE DESDE SUS SIGNOS VITALES, CON SOPORTE DE OXIGENO, POR MASCARA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO OCUPACION: NO DETERMINADA NIVEL DE EDUCACION: NO DETERMINADA PROCEDENCIA: NO DETERMINADA DOMINANCIA: NO DETERMINADA DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico 2. Neurolupus a. Trastorno psiquiátrico b. Cuadro encefalítico/encefalopático? c. Neuropatía periférica? 3. Paraplejía flácida 4. Vejiga e intestino neurogénico 5. Trastorno del lenguaje y deglución 6. Escara sacra 7. Infección de tejidos blandos Paciente con **deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético**, que **limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida**, de manera severa COMPONENTE OSTEO/NEUROMUSCULAR: -PATRONES FUNCIONALES: ALTERADO -PATRONES INTEGRALES: ALTERADO -FUERZA: DERECHO IZQUIERDO MIEMBROS SUPERIORES PROXIMAL 4/5 4/5 DISTAL 4/5 4/5 -TONO MUSCULAR: HIPERTONIA -CONTROL Y EQUILIBRIO POSTURAL: ALTERADO -ALINEACION POSTURAL: ALTERADO -COORDINACION DINAMICA GENERAL: ALTERADA COMPONENTE SENSORIAL: -TÁCTIL: NO DETERMINADO -PROPIOCEPTIVO: NO DETERMINADO -VISUAL: SIGUE ESTÍMULO VISUAL -AUDITIVO: SIGUE ESTÍMULOS AUDITIVO -VESTIBULAR: NO DETERMINADO -DOLOR: NO DETERMINADO COMPONENTE COGNITIVO: ALTERADO -ATENCIÓN: ALTERADO -MEMORIA: ALTERADO -RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: ALTERADO ÁREAS DE DESEMPEÑO -ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA: DEPENDIENTE °ALIMENTACIÓN: DEPENDIENTE °VESTIDO: DEPENDIENTE °HIGIENE PERSONAL: DEPENDIENTE °CONTROL VESICAL Y ANAL: DEPENDIENTE °TRANSICIONES: DEPENDIENTE °DESPLAZAMIENTOS: DEPENDIENTE -ACTIVIDADES INSTRUMENTALES Y PRODUCTIVAS: DESESTRUCTURADAS -ACTIVIDADES DE JUEGO Y OCIO: DESESTRUCTURADAS -CONTEXTO DE EJECUCION: SIN ACOMPAÑANTE . SE REALIZA PROCESO DE EVALUACION OCUPACIONAL, SE IDENTIFICA LIMITACION EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE MANERA SEVERA,

PACIENTE QUE LA ENCUENTRO EN CAMA ESTABLE DEDE SUS SIGNOS VITALES, SE DESARROLLA ACTIVIDAD DE ESTIMULACIÓN MOTORA DE MANERA PASIVA DONDE LA **PACIENTE NO SIGUE INSTRUCCIONES**, SE ESTIMULA EN SU **PARTE SENSORIAL DONDE LAS RESPUESTAS SON MINIMAS**. SE MEJORA EL POSICIONAMIENTO EN CAMA SE DEJA

INMOVILIZADA EN MIEMBROS SUPERIORES QUEDA ESTABLE EN IGUALES CONDCIONES QUE LA ENCUENTRO. por contingencia COVID 19, se atiende paciente con equipo de proteccion personal (gafas, tapabocas, guantes), con previo lavados de manos y posterior desinfección con alcohol glicerinado.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 06.09.2020

Hora Registro: 16:11:15

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#3. INGRESO A HOSPITALIZACION/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCIO Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE -PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMRBOS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémicos 2. Neurolupus a. Tratorno psiquiátricos b. Cuadro encefalítico/encefalopático? c. Neuropatía periférica? 3. Paraplejia flácida 4. Vejiga e intestino neurogenico 5. Trastorno del lenguaje y deglución 6. Escara sacra 7. Infección de tejidos blandos Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesqueletico, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa COMPONENTE OSTEO/NEUROMUSCULAR: -PATRONES FUNCIONALES: ALTERADO -PATRONES INTEGRALES: ALTERADO -FUERZA: DERECHO IZQUIERDO MIEMBROS SUPERIORES PROXIMAL 4/5 4/5 DISTAL 4/5 4/5 -TONO MUSCULAR: HIPERTONIA -CONTROL Y EQUILIBRIO POSTURAL:ALTEADO -ALINEACION POSTURAL: ALTERADO -COORDINACION DINAMICA GENERAL: ALTERADA COMPONENTE SENSORIAL: -TACTIL: NO DETERMINADO -PROPIOCEPTIVO: NO DETERMINADO -VISUAL: SIGUE ESTIMULO VISUAL -AUDITIVO: SIGUE ESTIMULOS AUDITIVO -VESTIBULAR: NO DETERINDADO -DOLOR: NO DETERMINADO COMPONENTE COGNITIVO: ALTERADO -ATENCIÓN: ALTERADO -MEMORIA: ALTERADO -RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: ALTERADO AREAS DE DESEMPEÑO -ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA: DEPENDIENTE °ALIMENTACIÓN: DEPENDIENTE °VESTIDO: DEPENDIENTE °HIGIENE PERSONAL: DEPENDIENTE °CONTROL VESICAL Y ANAL: DEPENDIENTE ° TRANSICIONES: DEPENDIENTE °DESPLAZAMIENTOS:DEPENDIENTE -ACTIVIDADES INSTRUMENTALES Y PRODUCTIVAS: DESESTRUCTURADAS -ACTIVIDADES DE JUEGO Y OCIO: DESESTRUCTURADAS -CONTEXTO DE EJECUCION: EN COMPAÑIA DE LA MADRE. SE IDENTIFICA LIMITACION EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE MANERA SEVERA,

PACIENTE LUISA QUE LA ENCUENTRO **EN HABITACION CON AISLAMIENTO**, EN CAMA, **DESPIERTA, POCO REACTIVA**, CON **INMOVILIZACION EN MIEMBROS SUPERIORES, SONDA NASOGASTRICA**, CON GOTEY Y RESPOSICION DE POTASIO, POR LO QUE EL DÍA DE HOY SE REALIZA REVALORACION, SE OBSERVA **PACIENTE DEPENDIENTE EN TODAS LAS ACTIVIDADES D ELA VIDA DIARIA**, POCO REACTIVA AL LLAMADO, SIN EMBRAGO DEPSUES DE UN TIEMPO LOGRA CONTACTO VISUAL Y SIGUE EL ESTIMULO AUDITIVO, SE EDUCA A LA MADRE EN PAUTAS DE MOVILIZACION EN CAMA, CAMBIOS DE POSICION Y CUIDADOS DE PIEL, ASI COMO TAMBIEN SE EXPLICA PLAN DE INTERVENCION Y OBJETIVOS TERAPEUTICOS. DEJO ESTABLE. Por contingencia COVID 19, se atiende paciente con equipo de proteccion personal (gafas, tapabocas, guantes), con previo lavados de manos y posterior desinfección con alcohol glicerinado.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 08.09.2020

Hora Registro: 09:57:12

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCIO Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE -PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMRBOS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémicos 2. Neurolupus a. Tratorno psiquiátricos b. Cuadro encefalítico/encefalopático? c. Neuropatía periférica? 3. Paraplejia flácida 4. Vejiga e intestino neurogenico 5. Trastorno del lenguaje y deglución 6. Escara sacra 7. Infección de tejidos blandos Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesqueletico, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas

principales de la vida, de manera severa

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN PROCEDIMIENTO. SE APLAZA INTERVENCION.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 09.09.2020

Hora Registro: 11:21:55

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#4. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE
-PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO
DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémicos 2. Neurolupus a. Trastorno psiquiátricos b. Cuadro encefalítico/encefalopático? c. Neuropatía periférica? 3. Paraplejia flácida 4. Vejiga e intestino neurogenico 5. Trastorno del lenguaje y deglución 6. Escara sacra 7. Infección de tejidos blandos Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesqueletico, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE LUISA QUE LA ENCUENTRO EN CAMA, EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON VAC EN ESCARA SACRA, EN COMPAÑIA DE UNA AMIGA/CUIDADORA. EN LA SESION DE HOY SE BRINDA ESTIMULACION PROPIOCEPTIVA PARA LA MOVILIDAD EN MIEMBROS SUPERIORES, SE OBSERVA AUMENTO DEL TONO MUSCULAR, SE ESTIMULA EL SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL, CON POBRE O NULA RESPUESTA, SE MODULA EL TONO PARA PROMOVER LA FLEXO/EXTENSION DE CODOS Y HOMBROS. SE RETROALIMENTA LA SESION CON LA CUIDADORA. SE DARA SEGUIMIENTO A LA PACIENTE, PARA VALORAR PERTINENCIA DE LA TERAPIA, DEBIDO A LA POCA RESPUESTA A LOS ESTIMULOS. SE DEJA ESTABLE EN SU CONDICION. Por contingencia COVID 19, se atiende paciente con equipo de proteccion personal (gafas, tapabocas, guantes), con previo lavados de manos y posterior desinfección con alcohol glicerinado.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 13.09.2020

Hora Registro: 15:30:55

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#5. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE
-PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO
DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémicos 2. Neurolupus a. Trastorno psiquiátricos b. Cuadro encefalítico/encefalopático? c. Neuropatía periférica? 3. Paraplejia flácida 4. Vejiga e intestino neurogenico 5. Trastorno del lenguaje y deglución 6. Escara sacra 7. Infección de tejidos blandos Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesqueletico, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE LUISA QUE EN CAMA, EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON VAC EN ESCARA SACRA, EN COMPAÑIA DE LA MADRE. EN LA SESION DE HOY SE BRINDA ESTIMULACION SENSORIAL PROPIOCEPTIVA PARA LA MOVILIDAD EN MIEMBROS SUPERIORES, SE OBSERVA AUMENTO DEL TONO MUSCULAR, LO QUE DIFICULTA LA EVOCACION DE PATRONES FUNCIONALES, NO HAY RESPUESTA AL ESTIMULO, SE REALIZA DE FORMA PASIVA. PACIENTE QUE CONTINUA CON ALTERACION EN SU COMPONENTE NEUROLOGICO. SE DARA SEGUIMIENTO A LA PACIENTE, PARA VALORAR PERTINENCIA DE LA TERAPIA, DEBIDO A LA POCA RESPUESTA A LOS ESTIMULOS. SE DEJA ESTABLE EN SU CONDICION. Por contingencia COVID 19, se atiende paciente con equipo de proteccion personal (gafas, tapabocas, guantes), con previo lavados de manos y posterior desinfección con alcohol glicerinado.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 15.09.2020
 Hora Registro: 09:46:10
 Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE
 Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL
 Tipo de Evolución: Evolución
 EVOLUCION/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

NO APLICA

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO
 DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémicos 2. Neurolupus a. Trastorno psiquiátricos b. Cuadro encefalítico/encefalopático? c. Neuropatía periférica? 3. Paraplejía flácida 4. Vejiga e intestino neurogenico 5. Trastorno del lenguaje y deglución 6. Escara sacra 7. Infección de tejidos blandos Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

NO SE LOGRA INTERVENCIÓN EL DÍA DE HOY DEBIDO A QUE LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN DIFERENTES PROCEDIMIENTOS. SE APLAZA LA TERAPIA.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 16.09.2020
 Hora Registro: 11:42:17
 Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE
 Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL
 Tipo de Evolución: Evolución
 #6. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE
 -PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO
 DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémicos 2. Neurolupus a. Trastorno psiquiátricos b. Cuadro encefalítico/encefalopático? c. Neuropatía periférica? 3. Paraplejía flácida 4. Vejiga e intestino neurogenico 5. Trastorno del lenguaje y deglución 6. Escara sacra 7. Infección de tejidos blandos Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE LUISA, ACOMPAÑADA DE MADRE, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, SE PROMUEVE MAYOR PARTICIPACION EN ACTIVIDADES CON MIEMBROS SUPERIORES, ESTIMULANDO LA MOVILIDAD CON PATRONES DE MOVIMIENTO FUNCIONALES E INTEGRALES, SEGUIMIENTO DE ORDENES BASICAS, PACIENTE COLABORA PARCIALMENTE, REQUIRIENDO REFORZAMIENTO VERBAL CONSTANTE, SE OBSERVA MAYOR RESPUESTA PROPOSITIVA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, MEJOR FIJACION Y SEGUIMIENTO VISUAL AL LLAMADO Y ESTIMULO. SE DAN RECOMENDACIONES A LA MADRE PARA FAVORECER LA PARTICIPACION EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. QUEDA EN IGUALES CONDICIONES.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 19.09.2020
 Hora Registro: 12:11:52
 Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE
 Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL
 Tipo de Evolución: Evolución
 #7. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE
 -PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO
 DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémicos 2. Neurolupus a. Trastorno psiquiátricos b. Cuadro encefalítico/encefalopático? c. Neuropatía periférica? 3. Paraplejía flácida 4. Vejiga e intestino neurogenico 5. Trastorno del lenguaje y deglución 6. Escara sacra 7. Infección de tejidos blandos Paciente con deficiencia en el sistema

nervioso central, inmunológico y neuromusculoesqueletico, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE LUISA, ACOMPAÑADA DE MADRE, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, EN LA SESION DE HOY SE PROMUEVE RESPUESTA ADAPTATIVA A LAS ESTIMULACION SENSORIAL TACTIL, PROPIOCEPTIVA, SE ESTIMULAN ALCANCES PROPOSITIVOS USANDO EL CEPILLO DEL CABELLO, LA PACIENTE LOGRA ALCANCES FRONTALES, LATERALES Y TRABAJO EN LINEA MEDIA, DE FORMA LENTIFICADA, SIN EMBRAGO CON MAYOR FUNCIONALIDAD, **LOGRA GESTO MOTOR PARA ACTIVIDAD DE PEINADO CON MANO DERECHA**, HOY CON MAYOR RESPUESTA AL LLAMADO, SE RETROALIMENTA LA ACTIVIDAD CON LA MADRE. DEJO ESTABLE.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 20.09.2020

Hora Registro: 11:27:00

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

NO APLICA

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémicos 2. Neurolupus a. Trastorno psiquiátricos b. Cuadro encefalítico/encefalopático? c. Neuropatía periférica? 3. Paraplejía flácida 4. Vejiga e intestino neurogénico 5. Trastorno del lenguaje y deglución 6. Escara sacra 7. Infección de tejidos blandos Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesqueletico, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN PROCEDIMIENTO, SE APLAZA LA INTERVENCION.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 21.09.2020

Hora Registro: 09:19:00

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Evolución

#8. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE -PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémicos 2. Neurolupus a. Trastorno psiquiátricos b. Cuadro encefalítico/encefalopático? c. Neuropatía periférica? 3. Paraplejía flácida 4. Vejiga e intestino neurogénico 5. Trastorno del lenguaje y deglución 6. Escara sacra 7. Infección de tejidos blandos Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesqueletico, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

LUISA SE ENCUENTRA EN CAMA, EN DECUBITO LATERAL, DESALINEADA, ALERTA, ESTABLE, CON INVOLUNTARIACIONES EN MIEMBROS SUPERIORES, CON LA MADRE. **HOY SE RETIRAN LAS SUJECIONES**, SE PROMUEVE ATENCION, **RESPUESTA A INSTRUCCIONES SENCILLAS** PARA PROMOVER LA MOVILIDAD PROPOSITIVA EN MIEMBROS SUPERIORES, SIN EMBRAGO HOY **SE OBSERVA MAYOR RESISTENCIA Y Poca TOLERANCIA AL ESTIMULO TACTIL Y PROPIOCEPTIVO**, SE HACE REFORZAMIENTO VERBAL, CON LO QUE LOGRA CEDER, SE EVOCAN PATRONES FUNCIONALES DE FORMA ASISTIDA, SE PROMUEVE LA ALINEACION POSTURAL EN CAMA. **SE FINALIZA Y SE INMOVILIZA NUEVAMENTE**. QUEDA ESTABLE.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 22.09.2020

Hora Registro: 11:02:24

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#9. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE
-PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO
DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémicos 2. Neurolupus a. Trastorno psiquiátricos b. Cuadro encefalítico/encefalopático? c. Neuropatía periférica? 3. Paraplejia flácida 4. Vejiga e intestino neurogenico 5. Trastorno del lenguaje y deglución 6. Escara sacra 7. Infección de tejidos blandos Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE LUISA HOY EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, HA PRESENTADO PICOS FEBRILES EN ESTUDIO, POR LO QUE LA INTERVENCIÓN DE HOY SE ENCAMINA A LA EDUCACIÓN A LA MADRE EN PAUTAS DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL, QUE PROMUEVAN RESPUESTAS ADAPTATIVAS Y PROPOSITIVAS EN LA PACIENTE, A NIVEL VISUAL, AUDITIVO, TÁCTIL Y PROPIOCEPTIVO. SE RESUELVEN DUDAS. SE DEJA ESTABLE. SE DARÁ SEGUIMIENTO.

Historia Hospitalización

Fecha Registro: 24.09.2020

Hora Registro: 13:29:58

Responsable: OTALVARO PECHENE, ANGIE GISELLE

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

"Remitida para manejo intrahospitalario"

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con LES, ahora con sd febril y deterioro neurologico, valorada por reumatología el día de hoy quien remiten para manejo, se adjunta analisis de consulta: "Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion consistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunologico, hematologico (PTI), deficit neurologico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiatrico con alta sospecha de actividad severa del lupus vs. infeccion por lo que requiere hospitalización URGENTE, manejo integral NEUROLOGIA Y REUMATOLOGIA EN 4TO NIVEL DE ATENCION. ALTO RIESGO PARA SU VIDA" ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 112.00 / 64.00 - TAM: 80.00 - T°C: 36.10 - FC: 121.00 - FR: 19.00 - S.Con O2: 0.00 - PESO: 0.00 - TALLA: 0.00 -

IMC: 0.00 - SC: 0.00 - S.Sin O2: 99.00 - PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO

Aspecto General:

Aceptables condiciones generales, hidratada.

Cabeza:

Normocéfalo

Cara:

Simetría facial

Ojos:

Pupilas isocóricas, reactivas. Campos visuales sin alteración. Escleras anictéricas

Cuello:

Cuello móvil, sin adenopatías.

ORL:

Mucosas húmedas hidratadas

Tórax:

Tórax normoexpansible, murmullo vesicular conservado, en ambos campos pulmonares, sin sobreagregados. Ruidos cardiacos rítmicos regulares, sin soplos.

Abdomen:

Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Puñopercusión negativa bilateral.

SNC:

Alerta orientado en 3 esferas. Sin déficit motor o sensitivo aparente

Genitourinario:

Se omite

Extremidades:

Extremidades móviles, sin edema. Pulsos conservados.

Pulsos Periférico:

Presentes

Piel y Tejidos:

Sin alteraciones.

ANÁLISIS Y CONDUCTA

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad severa del lupus vs. infección por lo que requiere hospitalización URGENTE, manejo integral NEUROLOGÍA Y REUMATOLOGÍA EN 4TO NIVEL DE ATENCIÓN. ALTO RIESGO PARA SU VIDA. se solicitan paraclínicos de ingreso, val por especialidades.

DIAGNÓSTICOS

M321 - LUPUS ERIEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO DE ORGANOS O SISTEMAS

E639 - DEFICIENCIA NUTRICIONAL, NO ESPECIFICADA

R501 - FIEBRE PERSISTENTE

F411 - TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.09.2020

Hora Registro: 17:49:46

Responsable: QUIÑONES BAUTISTA, JAIRO ALONSO

Especialidad: **NEUROLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

NEUROLOGÍA - INTERCONSULTA LUISA FERNANDA ISAZA 20 AÑOS ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV "Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presentó dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresa a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-40 °C, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad severa del lupus vs. infección por lo que requiere hospitalización URGENTE, manejo integral NEUROLOGÍA Y REUMATOLOGÍA EN 4TO NIVEL DE ATENCIÓN. ALTO RIESGO PARA SU VIDA"

SIGNOS VITALES TEMP 36.1, FC 121, FR 19, TA 112/64/80, SO2 99% **EXAMEN NEUROLOGICO** Alerta, desorientada globalmente, no sigue órdenes. Mutista Isocoria, reactivas, 3mm. Reflejo fotomotor directo y consensual presentes. Simetría facial. No aparenta alteraciones en pares craneales Fuerza segmentaria: 5/5 MIs, 5/5 MSD, 5/5 MSI ROT: +/- en cuatro extremidades. Tono y trofismo normales. Respuesta plantar flexora bilateral. Sensibilidad: no evaluable Cerebelo: no evaluable **PARACLÍNICOS** CREATININA 0.54, GLICEMIA 110, SODIO 140, POTASIO 3.5, CLORO 104, PCR 14.55 LACTATO 1.4, GASES: pH 7.55, pCO2 23, pO2 70, BE -0.5, HCO3 20.1

Paciente adulta joven femenina, con antecedente de LES diagnosticado hace 2 años por compromiso hematológico que venía siendo manejada por reumatología con prednisolona y cloroquina. Hace 5 meses con déficit neurológico dado por pérdida de control de esfínteres, pérdida de fuerza en miembros inferiores y dificultad para la marcha. Hace 2 meses con sintomatología neuropsiquiátrica asociada y hace 4 días con fiebre. Al momento de la evaluación paciente en regulares condiciones generales, aparenta desorientada, mutista, no obedece órdenes. **Se sospecha compromiso neurológico de su LES de base versus neuroinfección.** Se solicita entonces una RMN de cerebro y columna cervico dorsal contrastada. Dependiendo de resultados se considerará toma de punción lumbar.

- RMN de cerebro y columna cervicodorsal contrastada.

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.09.2020

Hora Registro: 18:29:11

Responsable: CRUZ MENDOZA, DIEGO FERNANDO

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Interconsulta en Urgencias

CIRUGÍA DE TRAUMA Y EMERGENCIAS. DR. FERNANDO RODRIGUEZ. INTERCONSULTA LUISA FERNANDA ISAZA 20

AÑOS C.C.1107531724 MOTIVO DE CONSULTA: "Remitida para manejo intrahospitalario" ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con antecedente de LES, PTI y depresión. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presentó dolor abdominal y fiebre, consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingresó en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). **Ahora ingresa remitida por un cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas cuantificada en 39-40 grados centígrados, además de que la madre refiere que desde hace 2 semanas la paciente viene presentado eritema en la región sacra, posterior a esto la madre refiere que contratan a un cuidador para hacer las limpiezas de la herida pero no consiguen mejoría, por lo cual consultan a centro de salud donde le formularon Cefalexina, pero con el cual empeora hasta generar una úlcera en la región sacra.** Asociado al cuadro la madre refiere deterioro neurológico progresivo, mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. **ANTECEDENTES:**

Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Depresión 2020. Farmacológicos: RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV Quirúrgicos: Apendicectomía

(2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. -Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas).

****SE EVALÚA PACIENTE CON TODOS LOS EPP SEGÚN PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PARA PANDEMIA POR COVID 19**** EXAMEN FÍSICO: SIGNOS VITALES: T: 39,80 FC: 165,0 FR: 20,00 PA: 103/56/71 SAO2: 93,00 Se observa paciente en camilla de urgencias, acompañada de la madre. Se encuentra en regulares condiciones generales, con mutismo, diaforética, sin signos de dificultad respiratoria. Tiene sonda nasogástrica, acceso venoso periférico en mano izquierda y pañal. -Cabeza y cuello: Sin deformaciones, pupilas isocóricas normorreactivas. -ORL: mucosas húmedas, rosadas, sin alteraciones -Tórax: Murmullo vesicular normal, con roncus. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. -Abdomen: distendido, ruidos peristálticos presentes, se evidencia dolor a la palpación del cuadrante inferior izquierdo (debido a que la paciente siempre que le palpo esa región mueve la pierna). No masas. -Extremidades: Simétricas. No se observan deformidades. Pulsos periféricos presentes, simétricos. -SNC: Mutismo, **con sujeción física en la camilla.** -Genitourinario: no se examina -Piel: Se observa **lesión ulcerada categoría IV de 4 cm de diámetro en la región sacra, con bordes necróticos y eritematosos alrededor de la úlcera, además con presencia de salida de sangre y material purulento a través de esta, también se evidencia el músculo y el hueso.** PARACLÍNICOS: 24.09.2020 Hemograma: LEU 11.120, N 9.900, L 810, Hb 9.6, MCV 78.3, MCH 24, PLT 206.000 Uroanálisis: pH 5, Esterasa leucocitaria 25, nitritos negativos, glucosa normal, proteínas 75, Hb 25, LEU 9, Bacterias escasas, moco +, Hemocultivos: Pendiente Química sanguínea: Na 140.6, K 3.58, Cl 104.3, PCR 14.55, Cr 0.54, Glicemia 110.3 Gases arteriales: pH 7.55, PO2 70, PCO2 23, BE -0.5, SO2 95.9 ACIDO LACTICO (LACTATO) ART 1.4 POTASIO EN SANGRE TOTAL ART 3.2 SODIO EN SANGRE TOTAL ART 139 CALCIO IÓNICO EN SANGRE TOTAL ART 1.12 CLORO (CLORURO) EN SANGRE TOTAL 107 GLUCOSA EN SANGRE TOTAL ART 110

Paciente femenina en la 3ra década de la vida, con antecedente de LES, PTI y un cuadro depresivo. Ingres a remitida en el **contexto de una sepsis de tejidos blandos por una úlcera en la región sacra.** Al examen físico se encuentra febril con la lesión ulcerosa previamente descrita en la región sacra con signos inflamatorios. En los paraclínicos de ingreso se evidencia PCR elevada, leucocitosis y anemia, gases arteriales con alcalosis respiratoria y un uroanálisis no patológico. Pendiente resultado de los hemocultivos. Por lo anterior **se decide llevar a la paciente a cirugía para desbridar la lesión y ponerle el sistema VAC.** DIAGNÓSTICOS: **SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS ÚLCERA EN LA REGIÓN SACRA CATEGORÍA IV**

MONITORIZAR SIGNOS VITALES SE LLEVARA MAÑANA A CIRUGÍA PARA DESBRIDAR LA LESIÓN Y COLOCACIÓN DE SISTEMA VAC PENDIENTE HEMOCULTIVO

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.09.2020

Hora Registro: 09:24:04

Responsable: BERMEO CARDONA, MARIBETH

Especialidad: **FONOAUDIOLOGIA**

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: **DISFAGIA TRASTORNO EN EL LENGUAJE** ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero Lupus Eritematoso Sistemico e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Febrero 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). Ahora consulta por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones, con cambios inflamatorios en úlcera sacra.

Valoracion

Se atiende interconsulta. Encuentro paciente despierta, **no se conecta con su entorno, no hay producción del lenguaje, ni intención comunicativa.** Se realiza valoración. **Reflejo tusígeno inefectivo, reflejos nauseoso y palatal ausentes. Alteración severa del control oromotor con marcado bruxismo.** Refiere la madre que hace aproximadamente es portadora de sonda nasogastrica sin posibilidad de la via oral. **Se recomienda evaluar con su medico tratante la posibilidad de la realización de la gastrostomia de la cual se beneficiaria en estos momentos.** Estaremos atentos a su evolución. Se inicia plan de intervención. Según la Escala Funcional para la Ingesta Oral se clasifica en nivel 1 Continua con alimentación alterna y nada vía oral.

Gastrostomia Terapia fonoaudiologica

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.09.2020

Hora Registro: 10:31:40

Responsable: QUIÑONES BAUTISTA, JAIRO ALONSO

Especialidad: NEUROLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

NEUROLOGÍA - INTERCONSULTA LUISA FERNANDA ISAZA 20 AÑOS ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos:

Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-

alérgicos: Niega. **Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica.** Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0

Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab

250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6

horas IV Subjetivo: Paciente continúa mutista, regulares condiciones generales. Madre refiere que **anoche la paciente**

no pudo dormir. Con **picos febriles durante la noche.**

En camilla, regulares condiciones generales. Sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES FECHA HORA TEMP

FC FR TAS TAD TAM SO2 25.09.2020 08:00:42 37,40 153,00 21,00 101,00 62,00 75,00 100,00 25.09.2020 04:00:05

38,60 167,00 22,00 91,00 69,00 76,33 94,00 25.09.2020 00:56:14 39,80 165,00 23,00 100,00 52,00 68,00 89,00

EXAMEN NEUROLOGICO Alerta, desorientada globalmente, no sigue órdenes. Mutista Isocoria, pupilas reactivas, 3mm.

Reflejo fotomotor directo y consensual presentes. Simetría facial. No aparenta alteraciones en pares craneales Fuerza

segmentaria: 5/5 MsIs, 5/5 MSD, 5/5 MSI ROT: +/++++ en cuatro extremidades. Tono y trofismo normales.

Respuesta plantar flexora bilateral. Sensibilidad: no evaluable Cerebelo: no evaluable PARACLÍNICOS -25.09.2020:

Hemocultivos negativos hasta el momento. Hemograma Hb 9.6, hto 31.3, leucos 11.120, N 9000, L 810, PLT 206.000,

VSG 52. -24.09.2020: CREATININA 0.54, GLICEMIA 110, SODIO 140, POTASIO 3.5, CLORO 104, PCR 14.55 LACTATO

1.4, GASES: pH 7.55, pCO2 23, pO2 70, BE -0.5, HCO3 20.1

Paciente adulta joven femenina, con antecedente de LES diagnosticado hace 2 años por compromiso hematológico que venía siendo manejada por reumatología con prednisolona y cloroquina. Hace 5 meses con déficit neurológico dado por pérdida de control de esfínteres, pérdida de fuerza en miembros inferiores y dificultad para la marcha. Hace 2 meses con sintomatología neuropsiquiátrica asociada y hace 4 días con fiebre. Al momento de la evaluación paciente en regulares condiciones generales, aparenta desorientada, mutista, no obedece órdenes. Inicialmente se sospechó compromiso neurológico por su LES de base vs neuroinfección, Pero teniendo en cuenta que la paciente tiene además una escara sacra, ha estado febril, con leucocitosis, **no se descarta que se trate de una sepsis de tejidos blandos por lo que se solicita valoración por medicina interna.** Pendiente también RMN de cerebro y columna cervico dorsal contrastada. Dependiendo de resultados se considerará toma de punción lumbar.

- Se solicita valoración por medicina interna. - Se solicita valoración por fisioterapia. - Se solicita valoración por fonoaudiología. - Pendiente que sea llevada a desbridamiento por cirugía general. - Pendiente RMN de cerebro y columna cervicodorsal contrastada.

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.09.2020

Hora Registro: 11:47:41

Responsable: GIRALDO ECHAVARRIA, NATALIA

Especialidad: **MEDICINA INTERNA**

Tipo de Evolución: Valoración en Sala de observación urgencias

MEDICINA INTERNA - INTERCONSULTA LUISA FERNANDA ISAZA 20 AÑOS ENFERMEDAD ACTUAL Paciente

previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran

trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no

recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología,

quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb

2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria

a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida

de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último

ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación

de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa

nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo con Rituximab (1

dosis- agosto 2020). Ahora consulta por cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-

40 c, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones, con cambios

inflamatorios en úlcera sacra. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura

trombocitopenica 2018 Farmacológicos: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido

fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 - Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV

Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre

hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas)

Regulares condiciones generales, luce enferma, sin dificultad respiratoria, con signos vitales: T FC FR PAS PAD PAM

SO2 37,40 153,00 21,00 101,00 62,00 75,00 100,00 38,60 167,00 22,00 91,00 69,00 76,33 94,00 Cabeza y cuello: Sin

deformaciones, pupilas isocóricas normorreactivas. ORL: mucosas húmedas, rosadas, sin alteraciones Tórax: Murmullo

vesicular normal, con ruidos. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Abdomen: distendido, ruidos peristálticos presentes,

se evidencia dolor a la palpación del cuadrante inferior izquierdo (debido a que la paciente siempre que le palpo esa región mueve la pierna). No masas. Extremidades: Simétricas. No se observan deformidades. Pulsos periféricos presentes, simétricos. SNC: mutista, no sigue órdenes. Isocoria, reactivas, 3mm. Reflejo fotomotor directo y consensual presentes. Simetría facial. No aparenta aleteraciones en pares craneales Fuerza segmentaria: 5/5 MsIs, 5/5 MSD, 5/5 MSI ROT: +/++++ en cuatro extremidades. Tono y trofismo normales. Respuesta plantar flexora bilateral. Piel: Se observa lesión ulcerada categoría IV de 4 cm de diámetro en la región sacra, con bordes necróticos y eritematosos alrededor de la úlcera, además con presencia de salida de sangre y material purulento a través de esta, también se evidencia el músculo y el hueso PARACLÍNICOS Hemograma WBC N L M HB HTO VCM PLQ 24.09.2020 11120 9900 810 320 9.6 31 78 206000 24.09.2020 Cultivos secreción sacra en proceso, gram: bacilos gram negativos, ocasionales cocos gram positivos en la preparación. hemocultivos: negativos. Gases arteriales: Ph:7.5 pco2:23 po2:70 hco3:24.5 be:-2.3 so2:96, ácido lactico: 1.4 K:3.2 Na:139 Ca ionico: 1.12, cloro: 107, glucosa 110, VSG: 52 Creatinina: 0.54 Na:140 K:3.6 CL: 104 PCR:14.5, PO: eritrocitos eumorfos 7/CPA, LEUCOCITOS: 9/cpa, esterasa leucocitaria: 25

Paciente adulta joven femenina, con antecedente de LES diagnosticado hace 2 años por compromiso hematológico que venía siendo manejada por reumatología con prednisolona y cloroquina. Hace 5 meses con deficit neurológico dado por pérdida de control de esfínteres, pérdida de fuerza en miembros inferiores y dificultad para la marcha. Hace 2 meses co sintomatología neuropsiquiátrica asociada y hace 4 días con fiebre y cambios inflamatorios en úlcera sacra. ha estado taquicardica y febril durante el periodo de observación, aunque los hemocultivos son negativos. Modificamos pauta antimicrobiana y dejamos manejo con piperacilina/tazobactam para cubrir Pseudomonas y anaerobios. Cirugía llevara a lavado y desbridamiento de la lesión, lo cual es indispensable para el control del foco. Por ahora debe continuar manejo intrahospitalario. Tiene pendiente RMN de cerebro y columna cervico dorsal contrastada solicitadas por neurología.

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.09.2020

Hora Registro: 11:48:24

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV EXAMEN FÍSICO: Paciente en regular condición general, luce delgada, crónicamente enferma, febril en la noche. TA:97/59 mmHg, FC: 148 lpm, FR 20, SO2 97%, temp 39.8-37.7 OJOS: pupilas isocóricas normo-reativas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncós. ABDÓMEN: Normal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. NEUROLÓGICO: MUTISMO, NO FOCALIZAICON, FUERZA 4/5 EN 4 EXTREMIDADES. ESPASTICIDAD GENERALZIADA, TEMBLOR EN EXTREMIDADES, NO SIGUE ORDENES. PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunologico, hematologico (PTI), deficit neurologico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiatrico con alta sospecha de actividad de lupus. Ahora con cuadro agudo de fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra, se valoró por cirugía que llevará hoy a desbridamiento y se solicitó cubrir además con piptazo por sepsis asociada a su infeccion de tejidos blandos con riesgo de pseudomonas. Hemocultivos en proceso. Se solicitan estudios de actividad del LES y estudios de neuroimagenes para aclarar compromiso neuropsiquiatrico por LES. Adicionalmente paciente con depresion severa se debe de valorar por psiquiatria. Se solicita además retiro de sonda que tiene hace más de 1 mes y valoración por nutrición y

fonouaudiología para definir vía de alimentación. **La paciente requiere hospitalización por reumatología.**

TRAE: FECHA 24.9.20 Hb (g/dL) 9.6 Hcto: (%) 31.3 Leucocitos: (/mm³) 11120 Neutrófilos: (%) 9900 Linfocitos: (%) 810 Monocitos: (%) 320 Eosinófilos (%) 0 Plaquetas: (/mm³) 206. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 Glicemia: (mg/dL) 110 BUN: (mgr/dL) Creatinina: (mgr/dL) 0.54 AST: (UI/L) ALT: (UI/L) TSH: T4L: CPK (mg/dL) Sodio: 140 Potasio 3.58 Cloro 104 DHL: TP: TTP: Calcio Fósforo PTH Factor reumatoide ANAs C3: C4: Anti Ro Anti La Anti Sm Anti-RNP aCL IgG aCL IgM Coombs dir Uroanálisis esterase 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos 24.9.20 cultivo de secreción: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO₃ 20 SO₂ 95% ac láctico 1.4

- Inicio pítazo - **Hoy cirugía de desbridamiento** - **Retiro de sonda NG** - Valoración por nutrición, psiquiatría, fonouaudiología - Exámenes: Albumina, calcio, fósforo, magnesio, IPC, AntiDNA, complemento, hemograma, vitb12, ac fólico, ferritina, coombs directo, transaminasas, bilirrubinas - Pendiente RMN de cerebro y columna cervico dorsal contrastada solicitadas por neurología

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 25.09.2020

Hora Registro: 13:44:09

Responsable: ORTEGA MAYA, ISABELLA

NUTRICION -POR SONDA NASOGASTRICA REINICIO CON NUTREN 1,5 REINICIO A 20 MILILITROS/HORA CON INCREMENTOS DE 10 MILILITROS CADA 12 HORAS HASTA META DE 40 MILILITROS/HORA, CON BOMBA DE INFUSION. -VALORACION POR FONOAUDIOLOGIA

por favor retirar SNG que trae la paciente de periferia valoracion por nutricion y fonouaudiología para definir vía de alimentación

NUTRICION

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.09.2020

Hora Registro: 14:57:38

Responsable: ORTEGA MAYA, ISABELLA

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Tipo de Evolución: Evolución

NUTRICION INTERCONSULTA PARA VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL, REINICIO DE SOPORTE ENTERAL

-CUBRIR NECESIDADES NUTRICIONALES -VIGILAR TOLERANCIA A SOPORTE ENTERAL INSTAURADO -FECHA CONTROL: 26/09/20 *REQUERIMIENTOS 1219*1.2=1462 KILOCALORIAS/DIA, MIFFLIN ST JEOR 1.2-1.5 GRAMOS/KILO/DIA PROTEINA

PACIENTE DE 20 AÑOS CON ANTECEDENTE DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO CON COMPROMISO INMUNOLOGICO Y DEFICITI NEUROLOGICO CON SOSPECHA DE MIELITIS Y COMPONENTE NEUROPSIQUIATRICO, ADEMAS DE QUE PRESENTA DEPRESION SEVERA PENDIENTE VALORACION POR PSIQUIATRIA. RESPONDO ITNERCONSULTA, ENCUENTRO PACIENTE QUE **FISICAMENTE LUCE DELGADA**, CON **SOBREEXPOSICION OSEA A NIVEL TEMPORAL**, CON **INDICE MASA CORPORAL EN RANGOS ADECUADOS PERO CON PERDIDA DEL 11% DE SU PESO EN LOS ULTIMOS 2 MESES**, CONSIDERANDO A LA **PACIENTE EN DESNUTRICION MODERADA ASOCIADA A ENFERMEDAD CRONICA CON INFLAMACION**. PARACLINICOS RECIENTES CON GLICEMIA NORMAL, PROTEINA C REACTIVA INDICANDO INFLAMACION PERO CON ELECTROLITOS NORMALES. **ACOMPANADA POR LA MAMA QUIEN REPORTA QUE DESDE HACE 2 MESES ENTRA EN DEPRESION Y NO CONSUMIO MAS ALIMENTOS MOTIVO POR EL QUE PASAN SONDA NASOGASTRICA PARA CUBRIR SUS NECESIDADES NUTRICIONALES**, PACIENTE QUE **SE HA AUTORETIRADO LA SONDA EN 2 OCASIONES**, CON POBRE INGESTA ALIMENTARIA **CONSIDERO QUE LA PACIENTE SE BENEFICIA DE GASTROSTOMIA** COMO FUENTE PRIMARIA DE ALIMENTACION EVITANDO ASI LACERACIONES DE LA SONDA NASOGASTRICA Y AUTORETIRO DE LA MISMA. HACE 2 DIAS VENIA CON DPEOSICIONES LIQUIDAS 3A 4 EN EL DIA, PRESENTA AYUNO DE 48 HORAS PERO SE COMENTA CON **JEFE DE TURNO QUIEN INDICA ES POSIBLE REINICIO DE SOPORTE ENTERAL**, POR LO QUE DEJO INDICACION PARA REINICIO ESTA VEZ CON FORMULA POLIEMERICA HIPERCALORICA MADRE DESCONOCE EL NOMBRE DEL SUPLEMENTO QUE AMDINISTRABA EN CASA. ATENTA A EVOLUCION CLINICA.

NUTRICION -POR SONDA NASOGASTRICA REINICIO CON NUTREN 1,5 REINICIO A 20 MILILITROS/HORA CON INCREMENTOS DE 10 MILILITROS CADA 12 HORAS HASTA META DE 40 MILILITROS/HORA, CON BOMBA DE INFUSION. -VALORACION POR FONOAUDIOLOGIA

Informe Preanestesia

Fecha Registro: 25.09.2020

Hora Registro: 15:41:07

Responsable: BONNET MALDONADO, ANDRES FELIPE

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Enfermedad actual :

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad severa del lupus vs. infección por lo que requiere hospitalización URGENTE, manejo integral NEUROLOGIA Y REUMATOLOGIA EN 4TO NIVEL DE ATENCION. **ALTO RIESGO PARA SU VIDA** ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV

Preparación general - observaciones :

PARACLÍNICOS Hemograma WBC N L M HB HTO VCM PLQ 24.09.2020 11120 9900 810 320 9.6 31 78 206000 Se explica a madre procedimiento anestésico y riesgos, firma consentimiento informado.

Preparación general - ayuno recomendado :

tiene ayuno >8h

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.09.2020

Hora Registro: 16:24:57

Responsable: SAID FIERRO, NELSON EMILIO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

URGENCIAS. Recibo llamado de laboratorio por reporte pánico de hemocultivo: Hemocultivo MSD positivo para bacilos Gramnegativos a las 22:17 horas. Cubierta con piperacilina tazobactam. Continúa igual manejo.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.09.2020

Hora Registro: 08:40:07

Responsable: CASTILLO MARTINEZ, ALEJANDRO

Especialidad: **PSIQUIATRIA**

Tipo de Evolución: Evolución

PSIQUIATRIA - NOTA La paciente **no se encuentra en el servicio de urgencias**, **traslada a quirófanos** según me informan. Se difiere la valoración cuando sea posible.

*

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.09.2020

Hora Registro: 10:06:55

Responsable: QUIÑONES BAUTISTA, JAIRO ALONSO

Especialidad: **NEUROLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

NEUROLOGÍA Luisa Fernanda Isaza, 20 años. Diagnósticos: 1. Lupus eritematoso sistémico 1.1. Neurolupus: Tratamiento psiquiátrico, ¿cuadro encefálico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? Subjetivo: **Paciente en procedimiento quirúrgico según informan en servicio de urgencias**.

Signos vitales: Hora T°C FC FR PAS PAD PAM SaO₂ 8:00:42 37,4 153 21 101 62 75 100 12:00:45 37,7 148 20 97 59 71,67 97 20:00:41 38 94 20 124 80 94,67 97 0:34:09 37 96 22 120 69 86 98 4:00:57 36,3 78 20 144 79 100,67 97

Imágenes: - Resonancia de cerebro y columna contrastadas (25.05.2020): Realce leptomeníngeo, leve hiperintensidad bitemporal en FLAIR sin representación en otras secuencia. Atrofia cerebral y medular marcada, no hay mielitis. Paraclínicos: - 25.09.2020: Bacteremia por Gram negativos pendientes de tipificar. Hemograma con hemoglobina 9.6, hematocitos 31.1, leucocitos 11.120, neutrófilos 9000, linfocitos 810, plaquetas 206.000, VSG 52. - 24.09.2020: Creatinina 0.54, glicami 110, sodio 140, potasio 3.5, cloro 104, PCR 14.55, lactat 1.4, gases pH 7.55, pCO2 23, pO2 70, BE - 0.5, HCO3 21.

Paciente femenina, adulta joven, quien se encuentra hospitalizada por cuadro clínico de lupus eritematoso sistémico con múltiples complicaciones y en el momento con flare y/o infección concomitante dada sepsis de tejidos blandos. Además por evolución neurológica se ha sospechado neuroinfección. Se realizó resonancia de neuroeje contrastada sin lesiones que expliquen claramente su cuadro clínico actual. El día de hoy fue trasladada a procedimiento quirúrgico según informan. **Se realizará punción lumbar diagnóstica si sus condiciones orgánicas lo permiten (escara sacra, posquirúrgico).** Posteriormente se tomarán conductas adicionales como definir si requiere electrodiagnóstico neurológico.

- Se realizará punción lumbar posterior a procedimiento quirúrgico si sus condiciones sistémicas lo permiten - Según evolución se definirá realización de electrodiagnóstico - Vigilancia clínica

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.09.2020

Hora Registro: 11:26:50

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: **REUMATOLOGIA**

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV} SUBJETIVO: Paciente en sala de recuperacion sola. No se relacion con el entorno. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA:140/60 mmHg, FC: 100 lpm, FR 20, SO2 97% OJOS: pupilas isocóricas normo-reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncós. ABDÓMEN: Normal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. NEUROLÓGICO: MUTISMO, NO FOCALIZAICON, FUERZA 4/5 EN 4 EXTREMIDADES. ESPASTICIDAD GENERALIZADA, TREMOR EN EXTREMIDADES, NO SIGUE ORDENES. SISTEMA DE SUCION EN REGION GLUTEA.

TRAE: FECHA 24.9.20 26.9.20 Hb (g/dL) 9.6 8 Hcto: (%) 31.3 25.3 Leucocitos: (/mm3)11120 9400 Neutrófilos: (%) 9900 8660 Linfocitos: (%) 810 430 Monocito: (%) 320 220 Eosinófilos (%) 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135.000 VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina:(mgr/dL)0.54 Sodio: 140 Potasio 3.58 Cloro 104 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos 24.9.20 cultivo de secrecion: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO3 20 SO2 95% ac lactico 1.4 RMN neuroeje 25.9.20 CEREBRO: Prominencia de surcos y aumento del espacio subaracnoideo por pérdida de volumen del parénquima cerebral, no esperado para la edad. Prominencia del sistema ventricular supratentorial con índice de Evans de 0,32. No hay edema transependimario. Línea media central. Adecuada diferenciación de la sustancia blanca y gris. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. Cuerpo calloso de morfología e intensidad normal. No lesiones selares ni para selares. IV ventrículo central, sin aparentes lesiones en fosa posterior. Cisternas de la base libres. La unión craneocervical es

normal. Complejos vestibulococleares simétricos. No colecciones epi o subdurales o signos de hemorragia subaracnoidea. Permeabilidad de vasos del polígono y senos venosos. Engrosamiento mucoso del seno frontal derecho, de celdillas etmoidales anteriores ipsilaterales y del seno maxilar derecho. Órbitas, demás senos paranasales y mastoides de aspecto normal. Con el contraste llama la atención la presencia de estructuras vasculares serpentiginosas prominentes en la sustancia blanca, corona radiada y giros parietales del lado izquierdo, de manera asimétrica. También se identifican estructuras vasculares serpentiginosas prominentes en ambas regiones gangliobasales y en ambos hemisferios cerebelosos, no hay evidencia de alteraciones en la intensidad de señal del parénquima cerebral adyacente. Estas corresponden muy probablemente a realce leptomeníngeo difuso nodular. COLUMNA CERVICAL _La altura, morfología, intensidad de señal y alineación de los cuerpos vertebrales son normales. Las relaciones cráneo cervicales se encuentran conservadas. La médula espinal tiene morfología e intensidad de señal normal. Los discos intervertebrales tienen morfología e intensidad de señal normal. No se observan hernias ni disminución en la amplitud del canal espinal o de los forámenes de conjunción. Las articulaciones uncovertebrales y facetarias no presentan alteraciones. Los elementos posteriores y los tejidos blandos paraespinales no presentan alteraciones. No se observan zonas de realce anormal. COLUMNA TORÁCICA: La altura, morfología, alineación e intensidad de señal de los cuerpos vertebrales son normales. La médula espinal tiene morfología e intensidad de señal normal. Los discos intervertebrales tienen morfología e intensidad de señal normal. No se observan hernias ni disminución en la amplitud del canal espinal o de los forámenes de conjunción. Los elementos posteriores y los tejidos blandos paraespinales no presentan alteraciones. No se observan zonas de realce anormal. Opinión **PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD**. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICA DENTRO DE LÍMITES NORMALES, **SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA**

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Ahora con cuadro agudo de fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. Paciente con antecedente de mielitis y deterioro cognitivo y neurológico progresivo. Sumado a historia de depresión severa. Se tomó RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. **Sin evidencia de mielitis a nivel cervicotorácico**, se espera revaloración por neurología y punción lumbar. Se solicita valoración por psiquiatría y fonodología. Nutrición indico paso de SNG y reinicio de nutren. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, urinalisis sin proteinuria, Coombd positivo se continúa con esteroide IV. **Hasta no aclarar mejor compromiso neuropsiquiátrico y mejor control de infección de tejidos blandos se definirá inmunomodulación a seguir, por ahora continúa con esteroide IV.**

...

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 26.09.2020

Hora Registro: 11:26:57

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

1- **Iniciar soporte nutricional por SNG con nutren** como indico nutrición 2-Pendiente valoración por fonodología y psiquiatría.

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.09.2020

Hora Registro: 12:01:51

Responsable: OBANDO TREJOS, ANGELA MARIA

Especialidad: **MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN – FISIATRIA – REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA - RESPUESTA A INTERCONSULTA Paciente de 20 años de edad, quien **ingresa el 24/09/20**, con cuadro clínico de más o menos un año de evolución, consistente en diagnóstico de LES, con pétéquias en extremidades superiores e inferiores, asociado a trombocitopenia con diagnóstico de púrpura trombocitopénica. Luego con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) e inició cloroquina, en enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisona, en febrero 2020 presentó dolor abdominal y fiebre, con evidencia de peritonitis secundaria a apendicitis, se decide realización de laparotomía exploratoria, posteriormente con ílio adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, con evidencia de mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones) + ciclofosfamida. Hace dos meses presenta cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos, desde ese entonces paciente no come, esta con sonda nasogástrica, paciente enflaquecida, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). Ahora con cuadro de más o menos 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-40 °C, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular,

autolesiones. Paciente con lupus eritematoso sistémico con múltiples complicaciones y en el momento con infección concomitante dada por sepsis de tejidos, se realizó **procedimiento por cirugía plástica 26/09/2020** y toma de cultivos profundos. Paciente con antecedente de mielitis y deterioro cognitivo y neurológico progresivo. Sumado a historia de depresión severa. Se tomó RMN del neuroeje con **hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral** no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. Sin evidencia de mielitis a nivel cervicotorácico. Antecedentes personales: 1. Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. 2. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). 3. Tóxico-alérgicos: Niega. 4. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. 5. Ginecoobstétricos: G0 6. Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Paciente de ocupación cesante, dominancia diestra. Antes de la enfermedad actual paciente dependiente en todas las actividades de la vida diaria desde hace 3 meses, **recibe manejo con terapia física domiciliaria, al inicio 5 veces a la semana, ahora 2 veces a la semana.**

Examen físico: Aceptables condiciones generales. Presión arterial: 144/79. Frecuencia cardíaca: 78. Frecuencia respiratoria: 20. Temperatura: 36.3°. Saturación de oxígeno 97%. Paciente **no obedece órdenes**, en posición sedente largo, sin oxígeno suplementario, **con efectos de sedación, no habla, mirada fija hacia arriba, tiene reflejo corneal.** Reflejos osteotendinosos: +++ sin clonus Fuerza: Derecho Izquierdo Miembros superiores Proximal 3-/5 3-/5 Distal 2+/5 2+/5 **Miembros inferiores Proximal 1/5 0/5 Extensores de rodilla 1/5 0/5 Dorsiflectores 1/5 0/5 Plantiflectores 1/5 0/5** Sensibilidad: **no responde al estímulo doloroso en miembros inferiores** Tono: **hipotonía en miembros inferiores** Sin edemas en las 4 extremidades No Hoffman, no Babinski

Diagnósticos: 1. Lupus eritematoso sistémico 2. Neurolupus a. Trastorno psiquiátrico b. Cuadro encefalítico/encefalopático? c. Neuropatía periférica? 3. Paraplejía flácida 4. Vejiga e intestino neurogénico 5. Trastorno del lenguaje y deglución 6. Escara sacra 7. Infección de tejidos blandos

Paciente con **deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético**, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa. Se solicita interconsulta para inicio del proceso de rehabilitación. Se decide inicio con terapia física: 1. Mantener y mejorar arcos de movilidad articular 2. Estiramiento muscular progresivo y a tolerancia 3. Ejercicios activos resistidos miembros superiores, pasivos de miembros inferiores 4. Modulación del tono 5. Descargas de peso en sedente asistido 6. Manejo del ortostatismo 7. Evitar complicaciones por el reposo prolongado en cama 8. Educación plan casero Se decide continuar con Terapia ocupacional: 1. Estimular independencia en sus actividades básicas 2. Higiene postural. 3. Ergonomía 4. Ahorro de energía: énfasis 5. Educación sobre traslados y transiciones 6. Higiene de columna 7. Estimular patrones funcionales con miembros superiores, alcances medios, altos, agarres gruesos y finos 8. Estimulación actividades bimanuales 9. Estimulación cognitiva Fonoaudiología 1. Mantener órganos fonarticulatorios 2. Fortalecimiento muscular intraoral 3. Estimulación del lenguaje expresivo y comprensivo Manejo ortésico así: 1. ORTESIS ORTOPÉDICA DE USO EXTERNO BILATERAL (DERECHO- IZQUIERDO) TIPO TOBILLO PIE, CON ÁNGULO A 90° EN POLIPROPILENO HECHO A LA MEDIDA Control por consulta externa de fisiatría al egreso NOTA: se atiende paciente con equipo de protección personal (gafas, tapabocas, guantes), con previo lavados de manos y posterior desinfección con alcohol glicerinado.

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 26.09.2020

Hora Registro: 13:49:29

Responsable: FRANCO FLOREZ, MARIA JOSEFA

Tipo de herida :

Infectada

Descripción de la prestación :

DESBRIDAMIENTO CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO

Hallazgos :

ÚLCERA POR DECUBITO PRESACRA DE APROX 6 CM DE DIÁMETRO EN PIEL CON **SERECIÓN HEMOPURULENTE HACIA GLÚTEO IZQUIERDO** Y CON **NECROSIS DE TEJIDO SUBCUTÁNEO HACIA GLÚTEO IZQ** Y CON **PROFUNDIDAD HASTA MÚSCULO GLÚTEO MAYOR** FIBRAS SUPERFICIALES **MAL OLORES** **ZONAS DE PRESIÓN TROCANTÉRICAS** IZQUIERDA DE APROX 5 CM Y DER DE APROX 3 CM

Descripción procedimiento :

PACIENTE EN DECUBITO SUPINO ASEPSIA Y ANTISPESIA CON YODADOS EN REGIÓN GLÚTEA COLOCACIÓN DE CAMPOS QX DESBRIDAMIENTO CON ELECTROBISTURÍ DE TEJIDO NECRÓTICO CON ESPESOR TOTAL HASTA MÚSCULO GLÚTEO MAYOR Y LIGAMENTOS PRESACROS, MENOR COMPROMISO EN GLÚTEO DERECHO SE TOMA CULTIVO Y PATOLOGÍA LAVADO CON 1.5 LT DE SALINA, SE DEJA BARRERA LISA DE 20 CM ALREDEDOR DE ÚLCERA RESIDUAL POR EPIDERMIS FRIABLE Y EN ZONAS DE PRESIÓN TROCANTÉRICAS, ESPUMA MEDIA IN SITU, PLÁSTICO ADHERENTE, SENSATRACK QUE SE CONECTA A CANISTER DE 1 LT CURACIÓN

Complicaciones :

NO

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 26.09.2020

Hora Registro: 13:52:16

Responsable: FRANCO FLOREZ, MARIA JOSEFA

CIRUGIA GENERAL CUIDADOS DE VAC GLUTEO- NO MOJAR , LIMPIAR ANO DE ATRAS PARA ADELANTE ,CAMBIO DE PAÑAL PRONTO CON CADA EVACUACION EDUCACION A ACOMPAÑANTES PARA CAMBIOS DE POSICION, VIGILANCIA DE MANTENIMIENTO DE VAC Y ZONAS DE PRESION EN PACIENTE DE RIESGO POR TEO COLCHON ANTIESCARAS CAMBIOS DE POSICION CADA 2 HORAS

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 26.09.2020

Hora Registro: 16:00:24

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: **TERAPIA OCUPACIONAL**

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#10. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE -PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémicos 2. Neurolupus a. Trastorno psiquiátricos b. Cuadro encefalítico/encefalopático? c. Neuropatía periférica? 3. Paraplejía flácida 4. Vejiga e intestino neurogénico 5. Trastorno del lenguaje y deglución 6. Escara sacra 7. Infección de tejidos blandos Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE LUISA SE ENCUENTRA EN CAMA DESPIERTA, ESTABLE, INMOVILIZADA EN SUS MIEMBROS SUPERIORES, ACOMPAÑADA DE SU MADRE. HOY SE ESTIMULA LA ATENCIÓN, Y EL SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES SIMPLES, PARA PROMOVER LA MOVILIDAD ACTIVA EN SUS MIEMBROS SUPERIORES, SE OBSERVA POBRE RESPUESTA Y RESISTENCIA AL MOVIMIENTO, LA PACIENTE REALIZA FIJACIÓN VISUAL REALIZA GESTOS DE IRRITACIÓN Y HOSTILIDAD, POR LO QUE SE HACE REFORZAMIENTO VERBAL CON TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUAL, CON LO QUE SE OBSERVA MEJOR COLABORACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE PATRONES FUNCIONALES. SE FINALIZA Y SE EDUCA A LA MADRE EN PAUTAS DE ESTIMULACIÓN Y EN EJERCICIOS MOTRICES QUE PUEDE FAVORECER EN LA PACIENTE DURANTE EL DÍA. SE DEJA ESTABLE EN SU CONDICIÓN.

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.09.2020

Hora Registro: 16:36:57

Responsable: QUIÑONES BAUTISTA, JAIRO ALONSO

Especialidad: **NEUROLOGIA**

Tipo de Evolución: Evolución

NEUROLOGIA Paciente con cuadro encefalítico, debe descartarse neuroinfección, requiere PCR multiplex en líquido cefalorraquídeo para identificar de forma rápida el micro-organismo puede estar ocasionando en proceso infeccioso. La demora en la identificación rápida del microorganismo, su tipificación y su tratamiento específico aumenta la morbimortalidad. El costo de los reactivos y el tiempo de preparación es menor en una PCR Múltiple que en los sistemas donde se utilizan varios tubos de PCR. Este examen permite el diagnóstico de las infecciones del sistema nervioso central aumentando significativamente la probabilidad de detectar el agente causal ofreciendo un manejo oportuno y racional. MIPRES: 20200926144023310392

*

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.09.2020

Hora Registro: 17:31:16

Responsable: QUIÑONES BAUTISTA, JAIRO ALONSO

Especialidad: NEUROLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA **PUNCION LUMBAR** Previa asepsia y antisepsia y bajo anestesia local se realiza punción lumbar única a nivel de L3-L4, obteniendo LCR de aspecto cristalino, con una presión de apertura de 24 cm de H2O. Se obtienen 12 cc de LCR para estudios complementarios, procedimiento sin complicaciones.

+

+

+

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 26.09.2020

Hora Registro: 17:32:07

Responsable: QUIÑONES BAUTISTA, JAIRO ALONSO

Especialidad: NEUROLOGIA -

Tipo de herida :

Limpia

Descripción de la prestación :

PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTIC

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

NOTA PUNCION LUMBAR Previa asepsia y antisepsia y bajo anestesia local se realiza punción lumbar única a nivel de L3-L4, obteniendo LCR de aspecto cristalino, con una presión de apertura de 24 cm de H2O. Se obtienen 12 cc de LCR para estudios complementarios, procedimiento sin complicaciones.

Complicaciones :

Ninguna

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.09.2020

Hora Registro: 09:55:29

Responsable: QUIÑONES BAUTISTA, JAIRO ALONSO

Especialidad: **NEUROLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

NEUROLOGÍA 20 años. Dx: 1. Lupus eritematoso sistémicos 1.1. Neurolupus: Tratamiento psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? S/ Sin cambios en su condición neurológica y clínica.

Tº: 38,4°C, FC: 160, FR: 26, TA: 125/93 **Permanece con los ojos abiertos, tendencia a la supravversión de la mirada, sin relación con el entorno, no obedece ordenes, no hay emisión de lenguaje.** Pupilas de 4 mm, reactivas, oculocefalogiros (+), corneano (+), hay temblor postural y de reposo en las extremidades superiores, **hiporreflexia generalizada**, respuesta plantar indiferente bilateral, **pie caído bilateral, no hay respuesta a los estímulos nociceptivos** en las extremidades. Imágenes: - Resonancia de cerebro y columna contrastadas (25.05.2020): Realce leptomeníngeo, leve hiperintensidad bitemporal en FLAIR sin representación en otras secuencia. **Atrofia cerebral y medular marcada, no hay mielitis.** Paraclínicos: - 26.09.2020: LCR: leucos: 1, GR: 0, Glu: 49, prots: 33, PCR multiplex en LCR: (-) - 25.09.2020: Bacteremia por Gram negativos pendientes de tipificar. Hemograma con hemoglobina 9.6, hematocitos 31.1, leucocitos 11.120, neutrófilos 9000, linfocitos 810, plaquetas 206.000, VSG 52. - 24.09.2020: Creatinina 0.54, glicami 110, sodio 140, potasio 3.5, cloro 104, PCR 14.55, lactat 1.4, gases pH 7.55, pCO2 23, pO2 70, BE - 0.5, HCO3 21.

Se realizó una **PL encontrando leve aumento de la presión de salida del LCR, el citoquímico del LCR es normal, se descarta neuroinfección**, el panel de PCR multiple en LCR es negativo. **Continúa febril, hay sospecha de sepsis de tejidos blandos**, recomendando evaluación por Infectología. Debe descartarse actividad epiléptica, ordeno EEG. Clínicamente tiene una **polineuropatía sensitivo motora**, se ordena EMG + NC en las 4 extremidades para confirmar este diagnóstico.

EMG + NC en las 4 extremidades EEG Recomendando evaluación por Infectología

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.09.2020

Hora Registro: 10:50:53

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: **REUMATOLOGIA**

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores eincontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: GO Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV} SUBJETIVO: Paciente quien en horas de la madrugada presentó episodio febril asociado a taquicardia, persiste con frec cardiaca elevada. No mejoría de estado neurologico. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA:120/75 mmHg, FC: 80 lpm, FR 18, SO2 97% OJOS: pupilas isocóricas normo-reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncos. ABDÓMEN: Normal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. NEUROLÓGICO: MUTISMO, NO FOCALIZAICON, **FUERZA 4/5 EN 4 EXTREMIDADES. ESPASTICIDAD GENERALIZADA, TREMBLOR EN EXTREMIDADES, NO SIGUE ORDENES. SISTEMA DE SUCCIÓN EN REGION GLUTEA.**

TRAE: FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 Leucocitos: (/mm3)11120 9400 13640 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 Linfocitos: (%) 810 430 420 Monocito: (%) 320 220 230 Eosinófilos (%) 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135.000 184. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina: (mgr/dL)0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 Sodio: 140 151 Potasio 3.58 3.36 Cloro 104 118 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos 27.9.20: LCR VDRL NR, tipificación de gérmenes: negativo, pendiente cultivos 24.9.20 cultivo de secreción: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO3 20 SO2 95% ac lactico 1.4 RMN neuroeje 25.9.20 CEREBRO: Prominencia de surcos y aumento del espacio subaracnoideo por pérdida de volumen del parénquima cerebral, no esperado para la edad. Prominencia del sistema ventricular supratentorial con índice de Evans de 0,32. No hay edema transependimario. Línea media central. Adecuada diferenciación de la sustancia blanca y gris. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. Cuerpo calloso de morfología e intensidad normal. No lesiones selares ni para selares. IV ventrículo central, sin aparentes lesiones en fosa posterior. Cisternas de la base libres. La unión craneocervical es normal. Complejos vestibulococleares simétricos. No colecciones epi o subdurales o signos de hemorragia subaracnoidea. Permeabilidad de vasos del polígono y senos venosos. Engrosamiento mucoso del seno frontal derecho, de celdillas etmoidales anteriores ipsilaterales y del seno maxilar derecho. Órbitas, demás senos paranasales y mastoides de aspecto normal. Con el contraste llama la atención la presencia de estructuras vasculares serpiginosas prominentes en la sustancia blanca, corona radiada y giros parietales del lado izquierdo, de manera asimétrica. También se identifican estructuras vasculares serpiginosas prominentes en ambas regiones gangliobasales y en ambos hemisferios cerebelosos, no hay evidencia de alteraciones en la intensidad de señal del parénquima cerebral adyacente Estas corresponden muy probablemente a realce leptomeníngeo difuso nodular. COLUMNA CERVICAL _La altura, morfología, intensidad de señal y alineación de los cuerpos vertebrales son normales. Las relaciones cráneo cervicales se encuentran conservadas. La médula espinal tiene morfología e intensidad de señal normal. Los discos intervertebrales tienen morfología e intensidad de señal normal. No se observan hernias ni disminución en la amplitud del canal espinal o de los forámenes de conjunción. Las articulaciones uncovertebrales y facetarias no presentan alteraciones. Los elementos posteriores y los tejidos blandos paraespinales no presentan alteraciones. No se observan zonas de realce anormal. COLUMNA TORÁCICA: La altura, morfología, alineación e intensidad de señal de los cuerpos vertebrales son normales. La médula espinal tiene morfología e intensidad de señal normal. Los discos intervertebrales tienen morfología e intensidad de señal normal.

No se observan hernias ni disminución en la amplitud del canal espinal o de los forámenes de conjunción. Los elementos posteriores y los tejidos blandos paraespinales no presentan alteraciones. No se observan zonas de realce anormal. Opinión PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Con cuadro agudo de fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. Paciente con antecedente de mielitis y deterioro cognitivo y neurológico progresivo. Sumado a historia de depresión severa. Se tomó RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. Sin evidencia de mielitis a nivel cervicotoraco, valorada por neurología, quienes realizaron punción lumbar sin hallazgos patológicos. Consideran se debe descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendiente. Se solicita valoración por psiquiatría y fonodaudiología. Nutrición indicó paso de SNG y reinició de nutren. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, urinalisis sin proteinuria, Coombs positivo se continúa con esteroide IV. Hasta no aclarar mejor compromiso neuropsiquiátrico y mejor control de infección de tejidos blandos se definirá inmunomodulación a seguir, por ahora continúa con esteroide IV. El día de ayer presentó episodio febril, asociado a taquicardia, persisten frecuencias cardíacas elevadas, en hemograma leucocitosis, neutrofilia, EKG taquicardia sinusal, Hemocultivo P mirabilis MS en manejo con Tazocin; dada la persistencia de la respuesta inflamatoria sistémica se solicita concepto de infectología para evaluar ajuste en terapia antimicrobiana. Se ajusta plan de LEV. Tien hipernatremia que pudiese estar en relación a condición neurológica? Se realizó una PL encontrando leve aumento de la presión de salida del LCR, el citoquímico del LCR es normal, se descarta neuroinfección, el panel de PCR múltiple en LCR es negativo. Se le explica a madre de la paciente condición clínica actual y manejo a seguir. Pendiente exámenes indicados por respuesta rápida.

-Valoración por Infectología.

UCI

Fecha Registro: 27.09.2020

Hora Registro: 13:08:23

Responsable: ROJAS DIAZ, ELIANA EUGENIA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA -

Ingreso UCI:

INGRESO UCI LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD 20 AÑOS, CC 1107531724 ENTIDAD DE SALUD COOMEVA EPS **FECHA DE INGRESO UCI 27-09-2020** Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades, encuentran trombocitopenia por lo que realizan IDx de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con ilio adinámico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmáferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). Ahora ingresa a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-40 °C, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Remiten de la consulta externa de Reumatología a urgencias y se hospitaliza, se inicia manejo multidisciplinario, el 25-09-2020 fue llevada a debridamiento + colocación de vacc en úlcera presacra, en 1/2 hemocultivos se aísla Proteus se inicio cubrimiento antimicrobiano con pip/tazo y la paciente continuo manejo en el servicio de hospitalización sin embargo en la mañana muy taquicárdica y febril persiste por lo que activan respuesta rápida y se traslada a UCI. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RNM CEREBRO Y COLUMNA 25-09-2020 PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA. Examen físico **Paciente en cama, en malas condiciones generales Crónicamente enferma** Ruidos cardíacos rítmicos taquicárdicos Murmullo vesicular presente no agredados Abdomen globoso blando depresible, no valorable Neurológico: apertura ocular espontánea **no obede órdenes mirada fija al techo** llama la atención un **temblor persistente Miembros**

superiores Fuerza 2/5 Miembros inferiores Fuerza 1/5 sarcopenia atrofia hipotonia No responde al estímulo doloroso en miembros inferiores

DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: Úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematópurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. Paciente de 20 años con historia de LES Dx en 2018 además con compromiso inmunológico, Hematológico (PTI), déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Ahora con cuadro agudo de fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos, cultivo de secreción (Enterococcus faecalis) y bacilos Gram negativos (Klebsiella pneumoniae y Proteus mirabilis). Adicionalmente con hemocultivo positivo para Proteus mirabilis patrón natural. Ingresa a UCI para reanimación guiada Paciente sin accesos comentó situación con la mamá se firma el consentimiento informado, explico lo delicado de la situación de la paciente riesgos y el pronóstico. Paciente muy frágil. Familiar de la paciente difícil de abordar, se encuentra a la defensiva por lo que le ha tocado vivir con su hija en el proceso de atención previo al ingreso a FVL.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.09.2020

Hora Registro: 14:11:56

Responsable: QUIÑONES BAUTISTA, JAIRO ALONSO

Especialidad: NEUROLOGÍA

Tipo de Evolución: Evolución

NEUROLOGÍA Se discute caso clínico con reumatología, ante evidencia de caso clínico complejo de encefalopatía subaguda-crónica y ausencia de detección de gérmenes comunes en una paciente inmunosuprimida con enfermedad autoinmune y aparente flare, se decide realización de estudio PCR para tuberculosis en líquido cefalorraquídeo. Dr. Jairo Quiñones Dr. Gabriel Pinilla Neuroinmunólogo Clínico Médico Residente de Neurología

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.09.2020

Hora Registro: 14:25:07

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGÍA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1. Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Valoración

Se responde interconsulta. Encuentro paciente despierta, ante el llamado intenta establecer contacto visual sin comunicación verbal, en estable condición. Alimentación por sonda nasogastrica. En compañía de la madre quien refiere uso de sonda hace mes y medio. Se realiza valoración encontrando dificultad para valorar los reflejos orales por reflejo de mordedura activa, tono musculatura de la cavidad orla aumentado. Acumulación de secreciones en boca que logra deglutir parcialmente con el estímulo, el ascenso laríngeo es débil y con latencia. Según la Escala Funcional para la Ingesta Oral se clasifica en nivel 1. Debe continuar nada vía oral, se explica a la madre. Se comenta con la jefe de turno Queda estable -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Nada vía oral Terapia de fonoaudiología

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.09.2020

Hora Registro: 17:33:35

Responsable: MARTINEZ VALENCIA, ALVARO JOSE

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años DIAGNOSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematópurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. Paraclínicos: 27.09.2020: Leu:13640 Neu:12910 Ly:420 INL:30 Hb:8 Ht:26 Plt:184.000 26.09.2020: Leu:9400 Neu:8660 Ly:4600 Hb:8 Ht:25 Plt:135.000 PCR:15 Cultivo ulcer sacra: crecimiento abundante de cocos Gram positivos (Enterococcus faecalis) y bacilos Gram negativos (Klebsiella pneumoniae y Proteus mirabilis). -Punción lumbar: LCR de aspecto cristalino, presión de apertura de 24 cm de H2O. LCR: Cel:1 Gluco:49 Prot:33 LDH:44 VDRL: NR, Film Array: Negativo, Gram y KOH negativos, cultivos y BK pendiente. 25.09.2020: C3:89 C4:12 Anti-DNA:negativo 24.09.2020:HEMOCULTIVO MSI Venoso Hemocultivo positivo Proteus mirabilis patrón natural Concepto: Mujer de 20 años con diagnóstico de LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, Hematológico (PTI), déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Ahora con cuadro agudo de fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos, cultivo de secreción (Enterococcus faecalis) y bacilos Gram negativos (Klebsiella pneumoniae y Proteus mirabilis). Adicionalmente con **hemocultivo positivo para Proteus mirabilis patrón natural**. **La descripción quirúrgica evidencia úlcera con compromiso hasta tejidos blandos sin embargo se sugiere descartar compromiso óseo con RMN. Por el momento se considera bacteriemia secundaria a infección de tejidos blandos por úlcera sacra**. Continúa manejo con piperacilina tazobactam. Atentos a la evolución. En relación a cambios del comportamiento, se revisan estudio de LCR el cual no evidencia inflamación, tiene tinciones negativas y panel de Film Array sin detección de gérmenes, los cultivos hasta el momento negativos. Se considera baja probabilidad de infección. Dada evidencia de signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso a la RMN cerebral estamos de acuerdo en PCR para TB en LCR. Continuamos con el seguimiento clínico. Dr. Jose Fernando Garcia Medicina Interna - Infectología Dr. Alvaro Martinez Valencia Medicina Interna - Fellow Infectología

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.09.2020

Hora Registro: 20:49:20

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años DIAGNOSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematópurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. Paraclínicos: 27.09.2020: Leu:13640 Neu:12910 Ly:420 INL:30 Hb:8 Ht:26 Plt:184.000 26.09.2020: Leu:9400 Neu:8660 Ly:4600 Hb:8 Ht:25 Plt:135.000 PCR:15 Cultivo ulcer sacra: crecimiento abundante de cocos Gram positivos (Enterococcus faecalis) y bacilos Gram negativos (Klebsiella pneumoniae y Proteus mirabilis). -Punción lumbar: LCR de aspecto cristalino, presión de apertura de 24 cm de H2O. LCR: Cel:1 Gluco:49 Prot:33 LDH:44 VDRL: NR, Film Array: Negativo, Gram y KOH negativos, cultivos y BK pendiente. 25.09.2020: C3:89 C4:12 Anti-DNA:negativo 24.09.2020:HEMOCULTIVO MSI Venoso Hemocultivo positivo Proteus mirabilis patrón natural Concepto: Mujer de 20 años con diagnóstico de LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, Hematológico (PTI), déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Ahora con cuadro agudo de fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos, cultivo de secreción (Enterococcus faecalis) y bacilos Gram negativos (Klebsiella pneumoniae y Proteus mirabilis). Adicionalmente con hemocultivo positivo para Proteus mirabilis patrón natural. La descripción quirúrgica evidencia úlcera con compromiso hasta tejidos blandos sin embargo se sugiere descartar compromiso óseo con RMN. Por el momento se considera bacteriemia secundaria a infección de tejidos blandos por úlcera sacra. Continúa manejo con piperacilina tazobactam. Atentos a la evolución. En relación a cambios del comportamiento, se revisan estudio de LCR el cual no evidencia inflamación, tiene tinciones negativas y panel de Film Array sin detección de gérmenes, los cultivos hasta el momento negativos. Se considera baja probabilidad de infección. Dada evidencia de signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso a la RMN cerebral estamos de acuerdo en PCR para TB en LCR. Continuamos con el seguimiento clínico. Dr. Jose Fernando Garcia

Medicina Interna - Infectología Dr. Alvaro Martinez Valencia Medicina Interna - Fellow Infectología

.

.

.

UCI

Fecha Registro: 28.09.2020

Hora Registro: 00:29:46

Responsable: ROJAS DIAZ, ELIANA EUGENIA

Especialidad: **GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA**

Evolución UCI:

EVOLUCION UCI NOCHE LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD 20 AÑOS, CC 1107531724 ENTIDAD DE SALUD COOMEVA EPS DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátrico, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmáferesis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematópurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocantericas izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por *Proteus mirabilis* 4. Desequilibrio hidroelectrolítico ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RNM CEREBRO Y COLUMNA 25-09-2020 PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA. Examen físico Paciente en cama, en malas condiciones generales Crónicamente enferma Temp' 38.2 Fc 170 Ta 139/83 Tam 88 FIO2 0.5 Fr 21 Sat 98 Nutrición 30cc hora Diuresis 655cc Neurológico: apertura ocular espontánea no obede órdenes mirada fija al techo llama la atención un temblor persistente Miembros superiores Fuerza 2/5 Miembros inferiores Fuerza 1/5 sarcopenia atrofia hipotonía No responde al estímulo doloroso en miembros inferiores Paciente de 20 años con historia de LES Dx en 2018 además con compromiso inmunológico, Hematológico (PTI), déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Ahora con cuadro agudo de fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos, con aislamiento de *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis*. Adicionalmente con hemocultivo positivo para *Proteus mirabilis* patrón natural, desarrollo respuesta inflamatoria sistémica con necesidad de ingreso a UCI para reanimación guiada. Nota procedimiento Previa autorización firmada (consentimiento informado) se realiza **paso de CVC guiado por ecografía**. Procedimiento técnicamente difícil requiriendo un segundo operador se realizó punción infraclavicular derecha, yugular derecha y femoral derecha, siempre guiado por ecografía, **se obtuvo retorno venoso, sin embargo con rápida coagulación y pérdida del acceso por taparse avance de la guía**, paciente muy **depletada de volumen pese a la reanimación**, se consideró un segundo operador y **se dejó CVC femoral derecho**. Además **procedimiento que se dificultó por el temblor de la paciente** Se verificó con Rx de tórax la ausencia de neumotórax post colocación de CVC

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 28.09.2020

Hora Registro: 08:00:56

Responsable: VALENCIA RODRIGUEZ, JULIAN DAVID

Especialidad: **TERAPIA OCUPACIONAL**

Tipo de Evolución: Evolución

Evolución

No planteados

No planteado

Paciente a quien se encuentra **inestable con cuadro febril y no puede ser valorada el día de hoy.**

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.09.2020

Hora Registro: 09:40:02

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX
 Especialidad: **REUMATOLOGIA**
 Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: GO Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV} SUBJETIVO: Presenta desde ayer temblor, persiste con frec cardiaca elevada. No mejoría de estado neurologico. Al momento de la visita medica sin familiar. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA:110/75 mmHg, FC: 402 lpm, FR 18, SO2 97% OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncós. ABDÓMEN: Normal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. NEUROLÓGICO: MUTISMO, NO FOCALIZAICON, FUERZA 4/5 EN 4 EXTREMIDADES. ESPASTICIDAD GENERALIZADA, TEMBLOR EN EXTREMIDADES, NO SIGUE ORDENES. SISTEMA DE SUCCIÓN EN REGION GLUTEA. N

TRAE: FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 Leucocitos: (/mm3) 11120 9400 13640 9600 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 Monocitos: (%) 320 220 230 260 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135.000 184. 146. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina:(mgr/dL) 0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 Potasio 3.58 3.36 3.59 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR PROCESO 28.9.20 extendido sp: Hipocromía +. -Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. plt disminuidas. copro_ SANGRE CULTA POSITIVA: FLORA DISMINUIDA CON PREDOMINIO BACILAR. LEU 10-13 XC. MOCO +++++ 27.9.20: LCR VDRL NR, tipificación de gérmenes: negativo, pendiente cultivos 24.9.20 cultivo de secreción: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO3 20 SO2 95% ac lactico 1.4 RMN neuroeje 25.9.20 CEREBRO: Prominencia de surcos y aumento del espacio subaracnoideo por pérdida de volumen del parénquima cerebral, no esperado para la edad. Prominencia del sistema ventricular supratentorial con índice de Evans de 0,32. No hay edema transependimario. Línea media central. Adecuada diferenciación de la sustancia blanca y gris. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. Cuerpo calloso de morfología e intensidad normal. No lesiones selares ni para selares. IV ventrículo central, sin aparentes lesiones en fosa posterior. Cisternas de la base libres. La unión craneocervical es normal. Complejos vestibulococleares simétricos. No colecciones epi o subdurales o signos de hemorragia subaracnoidea. Permeabilidad de vasos del polígono y senos venosos. Engrosamiento mucoso del seno frontal derecho, de celdillas etmoidales anteriores ipsilaterales y del seno maxilar derecho. Órbitas, demás senos paranasales y mastoides de aspecto normal. Con el contraste llama la atención la presencia de estructuras vasculares serpentiginosas prominentes en la sustancia blanca, corona radiada y giros parietales del lado izquierdo, de manera asimétrica. También se identifican estructuras vasculares serpentiginosas prominentes en ambas regiones gangliobasales y en ambos hemisferios cerebelosos, no hay evidencia de alteraciones en la intensidad de señal del parénquima cerebral adyacente Estas corresponden muy probablemente a realce leptomeníngeo difuso nodular. COLUMNA CERVICAL _La altura, morfología, intensidad de señal y alineación de los cuerpos vertebrales son normales. Las relaciones cráneo cervicales se encuentran conservadas. La médula espinal tiene morfología e intensidad de señal normal. Los discos intervertebrales tienen morfología e intensidad de señal normal. No se observan hernias ni disminución en la amplitud del canal espinal o de los forámenes de conjunción. Las articulaciones uncovertebrales y facetarias no presentan alteraciones. Los elementos posteriores y los tejidos blandos paraespinales no presentan alteraciones. No se observan zonas de realce anormal. COLUMNA TORÁCICA: La altura,

morfología, alineación e intensidad de señal de los cuerpos vertebrales son normales. La médula espinal tiene morfología e intensidad de señal normal. Los discos intervertebrales tienen morfología e intensidad de señal normal. No se observan hernias ni disminución en la amplitud del canal espinal o de los forámenes de conjunción. Los elementos posteriores y los tejidos blandos paraespinales no presentan alteraciones. No se observan zonas de realce anormal. Opinión PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Con cuadro agudo de fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. Paciente con antecedente de mielitis y deterioro cognitivo y neurológico progresivo. Sumado a historia de depresión severa. Se tomó RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. Sin evidencia de mielitis a nivel cervicotoraco, valorada por neurología, quienes realizaron punción lumbar sin hallazgos patológicos. Consideran se debe descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendiente. Se solicita valoración por psiquiatría y fonodología. Nutrición indicó paso de SNG y reinició de nutren. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, urinalisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso, se continúa con esteroide IV, llama la atención descenso de hb hoy, se indica perfil completo de hemólisis. El día de ayer se comentó caso con neurología dado persistencia de alteración del sensorio, discreto aumento de la presión de apertura en PL y relaciones nodulares y se solicitó en LCR estudio para tuberculosis. Hasta no aclarar mejor compromiso neuropsiquiátrico y mejor control de infección de tejidos blandos se definirá inmunomodulación a seguir, por ahora continúa con esteroide IV. Presentó episodio febril, asociado a taquicardia, en hemograma leucocitosis, neutrofilia, EKG taquicardia sinusal, Hemocultivo P mirabilis MS en manejo ATB según indicaciones de infectología. El citoquímico del LCR es normal, el panel de PCR múltiple en LCR es negativo y el cultivo va negativo. **Paciente requiere continuar manejo en UCI.**

...

UCI

Fecha Registro: 28.09.2020

Hora Registro: 10:09:25

Responsable: ECHAVARRIA DAVID, MARIA PAULA

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO ADULTOS - GRUPO **SOPORTE NUTRICIONAL -**

Evolución UCI:

EVOLUCION UCI DÍA - 28.09.2020 LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ, EDAD 20 AÑOS, CC 1107531724

DIAGNOSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmáferesis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematópurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocantericas izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico ANTECEDENTES PERSONALES: -PATOLOGICOS: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Compromiso Neuropsiquiátrico, mielitis transversa -QUIRURGICOS: Apendicectomía (2020). -TOXICOALÉRGICOS: Niega. -FAMILIARES: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. -GINECOOBSTÉTRICOS: G0 -TRANSFUSIONALES: 2018 (Plaquetas). 25/09/2020 RNM CEREBRO Y COLUMNA: Pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad. Prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. Rm de columna cervicotorácico dentro de límites normales, sin evidencia de signos de mielopatía. EXAMEN FÍSICO: Paciente en malas condiciones generales, bajo soporte ventilatorio invasivo. Alerta sin contacto con el medio. Mucosas hidratadas, conjuntivas hipocrómicas, anictérica. CARDIOVASCULAR: Frecuencia cardíaca: 160 /latidos por minuto Tensión arterial: 121/81 mmHg Tensión arterial media: 94 mmHg Ruidos cardíacos arrítmicos, regulares, sin soplos. RESPIRATORIO: Frecuencia respiratoria: 20 /respiraciones por minuto Saturación de O2: 96% Fracción Inspirada de O2: 0.50 Murmullo vesicular disminuidos, estertores en ambos campos pulmonares GASTROINTESTINAL: Abdomen blando, depresible, **dolor no evaluable bajo sedación** Nutren 1.5 30cc/hora HEMATOLOGICO: Sin evidencia de sangrado al momento INFECCIOSO: Temperatura 39.1 Hemocultivo: positivo 1/2 proteus mirabilis cultivos úlcera sacra: proteus mirabilis, enterococo faecalis, klebsiella pneumoniae sensible. RENAL:SSN 10cc/hora agua libre 50cc/hora Diuresis 985cc Balance 3810 Balance total acumulado 5571cc METABOLICO: 98-125-110-92-124mg/dl EXTREMIDADES: Hipotroficas, llenado capilar de 3 seg. Sin edema NEUROLÓGICO: apertura ocular espontánea no obede órdenes mirada fija al techo llama la atención un **temblor persistente Miembros superiores Fuerza 2/5 Miembros inferiores Fuerza 1/5 sarcopenia atrofia hipotonía No responde al estímulo doloroso en miembros inferiores** ANÁLISIS Y PLAN: Paciente en la 2da década de la vida con AP de LES diagnosticado en 2018 con

compromiso inmunológico, hematológico (PTI), desde marzo de 2020 con déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa, con plejía en miembros inferiores, miembros superiores pareticos, incontinencia urinaria, postrada en cama, recibió plasmaféresis en junio 2020 e indican ciclofosfamida. Desde julio 2020 con deterioro progresión, retraída, ideas delirantes posteriormente mutista. En agosto de Rituximab (1 dosis- agosto 2020), al parecer sin pérdida de seguimiento. Ahora ingresa en contexto de síndrome febril, con evidencia de úlcera sacra, es llevada el 25.09.2020 a lavado y desbridamiento con aislamiento de enterococo, klebsiella pneumoniae, proteus mirabilis y en sangre 1/2 hemocultivos con aislamiento de proteus. Venía en manejo con piperacilina tazobactam, se cambio el esquema hoy a ampicilina sulbactam. Por ahora **debe continuar manejo y vigilancia en UCI dado alto riesgo deterioro hemodinámico y respiratorio ante los resultados. Preocupa mucho condición neurológica actual de la paciente**, así como persistencia de temblores que pueden ser multicausales. Pendiente valoración por psiquiatría y función tiroidea. Neurología clínica sugiere continuar expectante. NOTA: La valoración del paciente se realizó con todos los elementos de protección personal según el protocolo de la institución y los lineamientos del ministerio de salud. Dra Maria Paula Echavarría Dr Juan David Arenas Ginecóloga - Intensivista Residente Medicina Interna

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 28.09.2020

Hora Registro: 14:16:13

Responsable: IDROBO HERRERA, INGRID LIZETH

NUTRICION

NUTRICION 1. POR SONDA, FORMULA NUTREN 1,5 A 20 MILILITROS/HORA, SIN AUMENTOS. BOMBA DE INFUSION.
2. VIGILAR DEPOSICIONES.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.09.2020

Hora Registro: 15:05:24

Responsable: AMAYA GONZALEZ, PABLO FELIPE RICARDO

Especialidad: **NEUROLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

NEUROLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA 20 años. Dx: 1. Lupus eritematoso sistémico 1.1. Neurolupus: Trastorno psiquiátrico, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? S// Paciente sin acompañante. Persiste mutista y sin obedecer órdenes. Personal de enfermería reporta **aparición de temblor en miembros superiores. Picos febriles durante la noche.**

Paciente en cama hospitalaria, sin acompañante, regulares condiciones generales SIGNOS VITALES FECHA HORA
TEMP FC FR TAS TAD TAM SO2% 28.09.2020 11:00:00 37,40 124,00 20,00 139,00 77,00 102,00 96,00 28.09.2020 10:00:00 36,60 139,00 17,00 121,00 82,00 99,00 99,00 28.09.2020 09:00:00 38,70 138,00 25,00 131,00 81,00 100,00 100,00 28.09.2020 08:00:00 38,80 147,00 27,00 134,00 93,00 109,00 100,00 Permanece con los ojos abiertos, tendencia a la supravisión de la mirada, sin relación con el entorno, no obedece órdenes, no hay emisión de lenguaje. anisocoria pupila izquierda 5 mm derecha 2 mm, pupila izquierda hiporeactiva, oculocefalogiros (+), corneano (+), hay temblor postural y de reposo en las extremidades superiores, hiporreflexia generalizada, **respuesta plantar flexora bilateral, paraplejía, no hay respuesta a los estímulos nociceptivos en las extremidades.** Imágenes: - TAC craneo simple sin lesiones agudas. Cambios involutivos con pérdida de volumen cortical mayor a lo esperado para la edad. - Resonancia de cerebro y columna contrastadas (25.05.2020): Realce leptomeníngeo, leve hiperintensidad bitemporal en FLAIR sin representación en otras secuencias. **Atrofia cerebral y medular marcada, no hay mielitis.** Paraclínicos: - 27.09.2020: Leu:13640 Neu:12910 Ly:420 INL:30 Hb:8 Ht:26 Plt:184.000 - 26.09.2020: LCR: leucos: 1, GR: 0, Glu: 49, prots: 33, PCR multiplex en LCR: (-) - 25.09.2020: Bacteremia por Gram negativos pendientes de tipificar. Hemograma con hemoglobina 9.6, hematrocitos 31.1, leucocitos 11.120, neutrófilos 9000, linfocitos 810, plaquetas 206.000, VSG 52. - 24.09.2020: Creatinina 0.54, glicami 110, sodio 140, potasio 3.5, cloro 104, PCR 14.55, lactat 1.4, gases pH 7.55, pCO2 23, pO2 70, BE - 0.5, HCO3 21.

Paciente con antecedente de LES. Hospitalizada en el contexto de cambios comportamentales asociado a fiebre e infección de tejidos blandos. Se realizó una PL encontrando leve aumento de la presión de salida del LCR, el citoquímico del LCR es normal, se descarta neuroinfección, el panel de PCR múltiple en LCR es negativo. Continúa febril, cursando con bacteremia por P. mirabilis, ya valorada por infectología quienes están de acuerdo en continuar piperacilina tazobactam y toma de PCR para TB en líquido cefalorraquídeo. Llama la atención que al examen físico de hoy hay anisocoria que no había sido descrita antes. **Se solicita TAC de cráneo simple para descartar proceso agudo que no demostró lesiones de novo. Pendiente toma de EEG para descartar actividad epiléptica y toma de EMG + NC para descartar polineuropatía sensitivo motora.**

- Pendiente EMG + NC en las 4 extremidades - Pendiente EEG - Vigilancia en UCI

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 28.09.2020

Hora Registro: 16:02:01
 Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE
 Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL
 Tipo de Evolución: Evolución

NOTA ACLARATORIA: SE COMPLETA LA NOTA DE REVALORACION #1. REVALORACION/ TERAPIA OCUPACIONAL
 UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 28.09.2020
 Hora Registro: 16:02:01
 Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE
 Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL
 Tipo de Evolución: **Terapia Ocupacional**
 #1. REVALORACION/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE
 -PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMRBOS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE
 -PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMRBOS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO
 DIAGNOSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --Post operatorio escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 -08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central -Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesqueletico, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa. COMPONENTE NEUROMUSCULAR: -PATRONES FUNCIONALES: DISFUNCIONALES, NO PROPOSITIVOS -PATRONES INTEGRALES: NO FUNCIONALES -PATRONES INTEGRALES: SEMIFUNCIONALES AGARRES A MANO LLENA EN MANO DERECHA, NO PROPOSITIVOS -FUERZA: DERECHO IZQUIERDO MIEMBROS SUPERIORES PROXIMAL 4/5 4/5 DISTAL 4/5 4/5 -TONO MUSCULAR: ESPASTICIDAD EN MIEMRBOS SUPERIORES, HIPOTONIA EN LOS INFERIORES -CONTROL Y EQUILIBRIO POSTURAL:ALTEADO -ALINEACION POSTURAL: ALTERADO -COORDINACION DINAMICA GENERAL: ALTERADA COMPONENTE SENSORIAL: -TACTIL: NO DETERMINADO -PROPIOCEPTIVO: NO DETERMINADO -VISUAL: REALIZA FINACION VISUAL SIGUE ESTIMULO VISUAL -AUDITIVO: RESPUESTA A ESTIMULOS AUDITIVO -VESTIBULAR: NO VALORABLE -DOLOR: RESPUESTAS DE DOLOR A LA MOVILIDAD EN MIEMRBOS INFERIORES COMPONENTE COGNITIVO: PACIENTE MUTISTA, NEGATIVISTA, CON POBRE SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES, FLUCTUACION EN ESTADO DE CONCIENCIA. NO VALOREBLE FUNCIONES MENTALES. AREAS DE DESEMPEÑO -ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA: DEPENDIENTE °ALIMENTACIÓN: DEPENDIENTE, GASTROSTOMIA °VESTIDO: DEPENDIENTE °HIGIENE PERSONAL: DEPENDIENTE °CONTROL VESICAL Y ANAL: DEPENDIENTE °TRANSICIONES: DEPENDIENTE °DESPLAZAMIENTOS:DEPENDIENTE -ACTIVIDADES INSTRUMENTALES Y PRODUCTIVAS: DESESTRUCTURADAS -ACTIVIDADES DE JUEGO Y OCIO: DESESTRUCTURADAS -CONTEXTO DE EJECUCION: VIVE CON SUS PADRES. SE IDENTIFICA LIMITACION EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE MANERA SEVERA.

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO
 DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémicos 2. Neurolupus a. Tratorno psiquiátricos b. Cuadro encefalítico/encefalopático? c. Neuropatía periférica? 3. Paraplejia flácida 4. Vejiga e intestino neurogenico 5. Trastorno del lenguaje y deglución 6. Escara sacra 7. Infección de tejidos blandos Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesqueletico, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE LUISA SE ENCUENTRA EN CAMA DESPIERTA, SEMISENTADA, ALERTA, CON INMOVILIZACION EN MIEMRBOS SUPERIORES EN MARCADO PATRON FLEXOR, EN COMPAÑIA DE LA MADRE, SE INICIA INDAGANDO SOBRE LAS RECOMENDACIONES DADAS PREVIAMENTE PARA PROMOVER LA ATENCION Y LA RESPUESTA MOTORA EN LA PACIENTE, **LA FAMILIAR MANIFIESTA QUE NO LE REALIZA LOS EJERCICIOS DEBIDO A LA ACTITUD DE LA PACIENTE O A SU CONDICION, SE HACE REFORZAMIENTO EN LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION DURANTE EL DIA.** LA PACIENTE RESPONDE AL LLAMADO CON EL CONTACTO VISUAL, SE ANTICIPA LA ACTIVIDAD DE FORMA VERBAL, SE AJUSTA SU POSTURA Y SE FAVORECE LA MOVILIDAD SEMIASISTIDA EN MIEMRBOS SUPERIORES, REQUIERE REFORZAMIENTO VERBAL Y APOYO PROPIOCEPTIVO CONSTANTE PARA MANTENER LA ATENCION, HOY SE OBSERVA SIALORREICA, **SU ESTADO DE CONCIENCIA ES FLUCTUANTE.** SE FINALIZA Y SE DEJA EN IGUAL

CONDICION.

PACIENTE LUISA SE ENCUENTRA EN CAMA DESPIERTA, SEMISENTADA, ALERTA, CON INMOVILIZACION EN MIEMBROS SUPERIORES EN MARCADO PATRON FLEXOR, EN COMPAÑIA DE LA MADRE, SE INICIA INDAGANDO SOBRE LAS RECOMENDACIONES DADAS PREVIAMENTE PARA PROMOVER LA ATENCION Y LA RESPUESTA MOTORA EN LA PACIENTE, LA FAMILIAR MANIFIESTA QUE NO LE REALIZA LOS EJERCICIOS DEBIDO A LA ACTITUD DE LA PACIENTE O A SU CONDICION, SE HACE REFORZAMIENTO EN LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION DURANTE EL DIA. LA PACIENTE RESPONDE AL LLAMADO CON EL CONTACTO VISUAL, SE ANTICIPA LA ACTIVIDAD DE FORMA VERBAL, SE AJUSTA SU POSTURA Y SE FAVORECE LA MOVILIDAD SEMIASISTIDA EN MIEMBROS SUPERIORES, REQUIERE REFORZAMIENTO VERBAL Y APOYO PROPIOCEPTIVO CONSTANTE PARA MANTENER LA ATENCION, HOY SE OBSERVA SIALORREICA, SU ESTADO DE CONCIENCIA ES FLUCTUANTE. SE FINALIZA Y SE DEJA EN IGUAL CONDICION.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.09.2020

Hora Registro: 16:55:23

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: **INFECTOLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años DIAGNOSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. Paraclínicos: 28.09.2020: HB: 6.5 HTO: 21 LEUCOS: 9220 N: 8790 L: 510 PLT: 159.000 ÁCIDO LÁCTICO: 1.21 ALT: 99.3 AST: 1 K: 3.5 P: 1.94 PCR: 9.52 BT: 0.23 BD: 0.17 BI: 0.06 27.09.2020: Leu:13640 Neu:12910 Ly:420 INL:30 Hb:8 Ht:26 Plt:184.000 VIT B12: 1469 ALT: 99.3 AST: 102 LDH: 327 K: 3.5 P: 1.94 ÁCIDO LÁCTICO: 1.21 PCR: 9.52 26.09.2020: Leu:9400 Neu:8660 Ly:4600 Hb:8 Ht:25 Plt:135.000 PCR:15 28.09.2020: Cultivo úlcera sacra: -Proteus mirabilis Antibiograma CMI Nitrofurantoina <=16 Sensible Daptomicina 2 Sensible Ciprofloxacina <=0.5 Sensible Beta-lactamasa Neg Linezolid 2 Sensible Gentamicin de Alta concentrac- SYN-S Sensible Eritromicina 2 Intermedio -Enterococcus faecalis Sensible a ampicilina -Klebsiella pneumoniae BLEES Neg-Multisensible -Punción lumbar: LCR de aspecto cristalino, presión de apertura de 24 cm de H2O. LCR: Cel:1 Gluco:49 Prot:33 LDH:44 VDRL: NR, Film Array: Negativo, Gram y KOH negativos, cultivos y BK pendiente. 25.09.2020: C3:89 C4:12 Anti-DNA:negativo 24.09.2020:HEMOCULTIVO MSI Venoso Hemocultivo positivo Proteus mirabilis Microorganismo:Proteus mirabilis, Antibióticos:AmicacinaSensible MIC:<=2 Ampicilina-SulbactamSensible MIC:<=2 CefepimeSensible MIC:<=1 CeftazidimaSensible MIC:<=1 CeftriaxonaSensible MIC:<=1 CiprofloxacinaSensible MIC:<=0.25 ErtapenemSensible MIC:<=0.5 GentamicinaSensible MIC:<=1 ImipenemIntermedio MIC:2 MeropenemSensible MIC:<=0.25 Piperacilina/TazobactamSensible MIC:<=4 -MIC: Tigeciclina-Resistente MIC:4. Concepto: Mujer de 20 años con diagnóstico de LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, Hematológico (PTI), déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Ahora con cuadro agudo de fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos, cultivo de secreción (Enterococcus faecalis) y bacilos Gram negativos (Klebsiella pneumoniae y Proteus mirabilis). Adicionalmente con hemocultivo positivo para Proteus mirabilis patrón natural. La descripción quirúrgica evidencia úlcera con compromiso hasta tejidos blandos sin embargo se sugiere descartar compromiso óseo con RMN, se encuentra pendiente. Por el momento se considera bacteriemia secundaria a infección de tejidos blandos por úlcera sacra. En relación a cambios del comportamiento, se revisan estudio de LCR el cual no evidencia inflamación, tiene tinciones negativas y panel de Film Array sin detección de gérmenes, los cultivos hasta el momento negativos. **Se considera baja probabilidad de infección**. Dada evidencia de signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso a la RMN cerebral estamos de acuerdo en PCR para TB en LCR. Venia en manejo con piperacilina tazobactam, sin embargo, por perfil de susceptibilidad se decide descalar hoy a ampicilina sulbactam 3 gramos cada 6 horas ev. Atentos a la evolución. Continuamos con el seguimiento clínico. Dr. Jose Fernando Garcia Medicina Interna - Infectologia

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.09.2020

Hora Registro: 18:21:28

Responsable: BERMEO CARDONA, MARIBETH

Especialidad: **FONOAUDIOLOGIA**

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Seguimiento

Encuentro paciente despierta, sin acompañante familiar, Actualmente con alimentación por sonda nasogastrica. Se trabaja activación de reflejos protectores y movilización de tejidos blandos en su musculatura orofacial para disminuir tono muscular y reflejo de mordedura. Se ausculta acumulación de secreciones en boca que logra deglutir parcialmente con el estímulo, el ascenso laríngeo es débil y con latencia. Según la Escala Funcional para la Ingesta Oral se clasifica en nivel 1. Debe continuar nada vía oral. Se comenta con la jefe de turno. Queda estable -----
-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Nada vía oral Terapia de fonoaudiología

UCI

Fecha Registro: 28.09.2020

Hora Registro: 20:52:18

Responsable: SALAS JIMENEZ, CARLOS EDUARDO

Especialidad: **INTENSIVISTA** -

Evolución UCI:

EVOLUCIÓN UCI NOCHE - 28.09.2020 LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ, EDAD 20 AÑOS, CC 1107531724
DIAGNOSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmáferesis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematópurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocántéricas izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico ANTECEDENTES PERSONALES: -PATOLOGICOS: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Compromiso Neuropsiquiátrico, mielitis transversa -QUIRURGICOS: Apendicectomía (2020). -TOXICOALÉRGICOS: Niega. -FAMILIARES: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. -GINECOOBSTÉTRICOS: G0 -TRANSFUSIONALES: 2018 (Plaquetas). 25/09/2020 RNM CEREBRO Y COLUMNA: Pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad. Proliferación del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. Rm de columna cervicotorácica dentro de límites normales, sin evidencia de signos de mielopatía. EXAMEN FÍSICO: Paciente en malas condiciones generales, bajo soporte ventilatorio con venturi. Con sonda nasogastrica y nutrición enteral. Alerta sin contacto con el medio. Mucosas hidratadas, conjuntivas hipocrómicas, anictérica. CARDIOVASCULAR: Frecuencia cardíaca: 138 /latidos por minuto Tensión arterial: 113/96 mmHg Tensión arterial media: 103 mmHg Ruidos cardíacos arrítmicos, regulares, sin soplos. RESPIRATORIO: Frecuencia respiratoria: 23 /respiraciones por minuto Saturación de O2: 99% Fracción Inspirada de O2: 0.5 Murmullo vesicular disminuido, estertores en ambos campos pulmonares GASTROINTESTINAL: Abdomen blando, depresible, sin facies de dolor, no se palpan masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Nutren 1.5 AST 102 ALT 99 HEMATOLOGICO: Sin evidencia de sangrado activo Hemoglobina 6.5 Hematocrito 21 plaquetas 159 PT 14.1 INR 1.2 PTT 25.8 INFECCIOSO: Temperatura 37.7 Leucocitos 9220 N 90% Linf 5% PCR 9.5 Hemocultivo: positivo 1/2 proteus mirabilis cultivos úlcera sacra: proteus mirabilis, enterococo faecalis, klebsiella pneumoniae sensible. ANTIBIÓTICOS: - AMPICILINA/SULBACTAM: 28.09.2020 - Activo RENAL: Hartman 50cc/hora agua libre 50cc/hora sulfato de Mg 5cc/hora Fosfato de K 25cc/hora Diuresis por sonda vesical Diuresis 1340cc GU 1.162 cc/kg/h Balance 1490 cc Balance total acumulado 7061cc Lactato 1.2 K 3.59 METABOLICO: 76-98-125-110-92-124mg/dl EXTREMIDADES: Hipotroficas, llenado capilar de 3 seg. Sin edemas NEUROLÓGICO: apertura ocular espontánea no obedece órdenes, mirada fija al techo, llama la atención **temblor persistente de miembros superiores Fuerza 2/5 Miembros inferiores Fuerza 1/5** sarcopenia atrofia hipotónica No responde al estímulo doloroso en miembros inferiores ANÁLISIS Y PLAN: Paciente en la 2da década de la vida con AP de LES diagnosticado en 2018 con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), desde marzo de 2020 con déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa, con plegia en miembros inferiores, miembros superiores paréticos, incontinencia urinaria, postrada en cama, recibió plasmáferesis en junio 2020 e indican ciclofosfamida. Desde julio 2020 con deterioro progresión, retraída, ideas delirantes posteriormente mutista. En agosto recibió Rituximab (1 dosis- agosto 2020), al parecer con pérdida de seguimiento. Ahora ingresa en contexto de síndrome febril, con evidencia de úlcera sacra, es llevada el 25.09.2020 a lavado y desbridamiento con aislamiento de enterococo, klebsiella pneumoniae, proteus mirabilis y en sangre 1/2 hemocultivos con aislamiento de proteus. Venía en manejo con piperacilina tazobactam, se cambió el esquema hoy a ampicilina sulbactam. **Por ahora debe continuar manejo y vigilancia en UCI dado alto riesgo deterioro hemodinámico y respiratorio.** Preocupa mucho condición

neurológica actual de la paciente, así como persistencia de temblores que pueden ser multicausales. Neurología clínica sugiere continuar manejo expectante. NOTA: La valoración del paciente se realizó con todos los elementos de protección personal según el protocolo de la institución y los lineamientos del ministerio de salud. Dra Mónica Vargas, Intensivista Dra Ma Carolina Restrepo G, residente de medicina interna

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 29.09.2020

Hora Registro: 08:00:50

Responsable: VALENCIA RODRIGUEZ, JULIAN DAVID

Especialidad: **TERAPIA OCUPACIONAL**

Tipo de Evolución: Evolución

#1 VALORACION EN TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA FAVORECER PARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ESTIMULAR EJECUCIÓN DE PATRONES INTEGRALES Y FUNCIONALES ENTRENAR EN TRANSICIONES Y TRASLADOS FAVORECER PROCESOS COGNITIVOS Y FUNCIONES EJECUTIVAS PROMOVER ECONOMIA EN LOS MOVIMIENTOS FAVORECER LA HIGIENE Y MECANICA CORPORAL EDUCAR LA FAMILIA.

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS 641 PACIENTE EN CAMA, ESTABLE DESDE SUS SIGNOS VITALES, CON SOPORTE DE OXIGENO, POR MASCARA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO OCUPACION: NO DETERMINADA NIVEL DE EDUCACION: NO DETERMINADA PROCEDENCIA: NO DETERMINADA DOMINANCIA: NO DETERMINADA DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico 2. Neurolupus a. Trastorno psiquiátrico b. Cuadro encefalítico/encefalopático? c. Neuropatía periférica? 3. Paraplejia flácida 4. Vejiga e intestino neurogénico 5. Trastorno del lenguaje y deglución 6. Escara sacra 7. Infección de tejidos blandos Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa COMPONENTE OSTEO/NEUROMUSCULAR: -PATRONES FUNCIONALES: ALTERADO -PATRONES INTEGRALES: ALTERADO -FUERZA: DERECHO IZQUIERDO MIEMBROS SUPERIORES PROXIMAL 4/5 4/5 DISTAL 4/5 4/5 -TONO MUSCULAR: HIPERTONIA -CONTROL Y EQUILIBRIO POSTURAL: ALTERADO -ALINEACION POSTURAL: ALTERADO -COORDINACION DINAMICA GENERAL: ALTERADA COMPONENTE SENSORIAL: -TACTIL: NO DETERMINADO -PROPIOCEPTIVO: NO DETERMINADO -VISUAL: SIGUE ESTIMULO VISUAL -AUDITIVO: SIGUE ESTIMULOS AUDITIVO -VESTIBULAR: NO DETERMINADO -DOLOR: NO DETERMINADO COMPONENTE COGNITIVO: ALTERADO -ATENCIÓN: ALTERADO -MEMORIA: ALTERADO -RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: ALTERADO AREAS DE DESEMPEÑO -ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA: DEPENDIENTE °ALIMENTACIÓN: DEPENDIENTE °VESTIDO: DEPENDIENTE °HIGIENE PERSONAL: DEPENDIENTE °CONTROL VESICAL Y ANAL: DEPENDIENTE °TRANSICIONES: DEPENDIENTE °DESPLAZAMIENTOS: DEPENDIENTE -ACTIVIDADES INSTRUMENTALES Y PRODUCTIVAS: DESESTRUCTURADAS -ACTIVIDADES DE JUEGO Y OCIO: DESESTRUCTURADAS -CONTEXTO DE EJECUCION: SIN ACOMPAÑANTE . SE REALIZA PROCESO DE EVALUACION OCUPACIONAL, SE IDENTIFICA LIMITACION EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE MANERA SEVERA,

ENCUENTRO A LA PACIENTE LUISA EN CAMA ESTABLE DESDE SUS SIGNOS VITALES CON AISLAMIENTO DE CLOSTRIDIUM ALTERACION DE LA PARTE COGNITIVA, MOTORA SE EVIDENCIA CON HIPERTONO EN MIEMBROS SUPERIORES EN PATRON FLEXOR, MIRADA FIJA NOSIUGUE LAS INSTRUCCIONES, SE DESARROLLA ACTIVACION MOTORA Y SENSORIAL DONDE LAS RESPUESTAS SON MINIMAS, SE TRABAJA EN ACTIVIDAD DE SEGUIMIENTO D E INSTRUCCIONES DONDE RESPONDE PARCIALMENTE A LOS COMANDOS VERBALES, SE MEJORA EL POSICIONAMIENTO EN CAMA QUEDA ESTABLE. por contingencia COVID 19, se atiende paciente con equipo de proteccion personal (gafas, tapabocas, guantes), con previo lavados de manos y posterior desinfección con alcohol glicerinado.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 29.09.2020

Hora Registro: 11:13:27

Responsable: IDROBO HERRERA, INGRID LIZETH

NUTRICION

NUTRICION 1. POR Sonda, FORMULA NUTREN 1,5 A 20 MILILITROS/HORA, CON AUMENTOS DE 10 MILILITROS CADA 8 HORAS, META INICIAL: 35 MILILITROS/HORA. BOMBA DE INFUSION. 2. VIGILAR DEPOSICIONES.

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.09.2020

Hora Registro: 12:29:10

Responsable: AMAYA GONZALEZ, PABLO FELIPE RICARDO

Especialidad: **NEUROLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

NEUROLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA 20 años. Dx: 1. Lupus eritematoso sistémico 1.1. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? S// Paciente sin acompañante. Persiste mutista y con temblores en miembros superiores. Hoy sostiene mirada, aparenta estar con mayor contacto con el entorno. Sin picos febriles ni otra sintomatología.

Paciente en cama hospitalaria, sin acompañante, regulares condiciones generales SIGNOS VITALES FECHA HORA
TEMP FC FR TAS TAD TAM SO2% 29.09.2020 10:00:00 36,00 115,00 21,00 136,00 74,00 96,00 96,00 29.09.2020
09:00:00 36,60 127,00 23,00 135,00 76,00 99,00 99,00 29.09.2020 08:00:00 36,80 126,00 24,00 135,00 75,00 98,00
98,00 29.09.2020 06:51:51 37,00 121,00 21,00 132,00 78,00 96,00 97,00 Permanece con los ojos abiertos, tendencia a la supravisión de la mirada, establece contacto visual ocasional. No obedece ordenes, no hay emisión de lenguaje. anisocoria pupila izquierda 5 mm derecha 2 mm, pupila izquierda hiporeactiva, oculocefalogiros (+), corneano (+), hay temblor postural y de reposo en las extremidades superiores, hiporreflexia generalizada, respuesta plantar flexora bilateral, paraplejía, no hay respuesta a los estímulos nociceptivos en las extremidades. Imágenes: -28.09.2020: TAC craneo simple sin lesiones agudas. Cambios involutivos con pérdida de volumen cortical mayor a lo esperado para la edad. -25.05.2020 Resonancia de cerebro y columna contrastadas: Realce leptomeníngeo, leve hiperintensidad bitemporal en FLAIR sin representación en otras secuencia. Atrofia cerebral y medular marcada, no hay mielitis. Parálisis: - 29.09.2020: TSH 0.9, Na 140, K 3.23, Cl 105, CPK 707, T4L 1.18, Hto 21, Hb 6.4, MCV 79.5, MCH 24.2, LEUCOCITOS 7.380, N # 6.410, L # 650, PLAQUETAS 156.000 - 27.09.2020: Leu:13640 Neu:12910 Ly:420 INL:30 Hb:8 Ht:26 Plt:184.000 - 26.09.2020: LCR: leucos: 1, GR: 0, Glu: 49, prots: 33, PCR multiplex en LCR: (-) - 25.09.2020: Bacteremia por Gram negativos pendientes de tipificar. Hemograma con hemoglobina 9.6, hematocitos 31.1, leucocitos 11.120, neutrófilos 9000, linfocitos 810, plaquetas 206.000, VSG 52. - 24.09.2020: Creatinina 0.54, glicami 110, sodio 140, potasio 3.5, cloro 104, PCR 14.55, lactat 1.4, gases pH 7.55, pCO2 23, pO2 70, BE - 0.5, HCO3 21.

Paciente con antecedente de LES. Hospitalizada en el contexto de cambios comportamentales asociado a fiebre e infección de tejidos blandos. Se realizó una PL encontrando leve aumento de la presión de salida del LCR, el citoquímico del LCR es normal, **se descarta neuroinfección**, el panel de PCR múltiple en LCR es negativo. Actualmente cursando con bacteremia por P. mirabilis, ya valorada por infectología quienes desescalonan antibiótico a ampicilina-sulbactam de acuerdo a perfil de susceptibilidad, pendiente PCR para TB en líquido cefalorraquídeo. Adicionalmente **paciente cursando con infección por C. difficile**, ya en manejo con vancomicina. **Pendiente toma de EEG para descartar actividad epiléptica y toma de EMG + NC para descartar polineuropatía sensitivo motora una vez las condiciones de la paciente lo permitan.**

- Pendiente EMG + NC en las 4 extremidades - Pendiente EEG ambos estudios una vez las condiciones de la paciente lo permitan - Discutimos con Dr. Salas sobre naturaleza de manifestaciones neuropsiquiátricas de la paciente que de momento no se puede ofrecer intervención sobre enfermedad autoinmune por sus procesos infecciosos activos. - Pendiente PCR para TB en líquido cefalorraquídeo - Vigilancia en UCI

UCI

Fecha Registro: 29.09.2020

Hora Registro: 13:54:27

Responsable: SALAS JIMENEZ, CARLOS EDUARDO

Especialidad: **INTENSIVISTA** -

Evolución UCI:

EVOLUCION UCI DÍA - 29.09.2020 NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ, EDAD 20 AÑOS, CC 1107531724
DIAGNOSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematópurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico ANTECEDENTES PERSONALES: -PATOLOGICOS: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Compromiso Neuropsiquiátrico, mielitis transversa -QUIRURGICOS: Apendicectomía (2020). -TOXICOALÉRGICOS: Niega. -FAMILIARES: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. -GINECOOBSTETRICOS: G0 -TRANSFUSIONALES: 2018 (Plaquetas). 25/09/2020 RNM CEREBRO Y COLUMNA: Pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad. Proliferación del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. Rm de columna cervicotorácica dentro de límites normales, sin evidencia de signos de mielopatía. EXAMEN FÍSICO: Paciente en malas condiciones generales, bajo soporte ventilatorio invasivo. Alerta sin contacto con el medio. Mucosas hidratadas, conjuntivas hipocromicas, anictérica. CARDIOVASCULAR: Frecuencia cardiaca: 125/látidos por minuto Tensión arterial: 114/71 mmHg Tensión arterial media: 85 mmHg Ruidos cardiacos arítmicos, regulares, sin soplos. RESPIRATORIO: Frecuencia respiratoria: 22 /respiraciones por minuto Saturación de O2: 99% Fracción Inspirada de O2: 0.28 Murmullo vesicular disminuidos, estertores en ambos campos pulmonares

GASTROINTESTINAL: Abdomen blando, depresible, dolor no evaluable bajo sedación Nutren 1.5 30cc/hora
 HEMATOLOGICO: Sin evidencia de sangrado al momento Hemoglobina 6.4 hematocrito 21 plaquetas 156.000
 INFECCIOSO: Temperatura 39.1 Leucocitos 7380 Neutrofilos 6410 Linfocitos 650 Hemocultivo: positivo 1/2 proteus mirabilis cultivos ulcera sacra: proteus mirabilis, enterococo faecalis, klebsiella pneumoniae sensible. RENAL:Hartmann 50cc/hora Sulfato de magnesio 5cc/hora Diuresis 2090 cc Balance 1315cc Balance total acumulado 6686cc Na 140 Cl 105 K 3.23 METABOLICO: 98-76-98-125-110mg/dl EXTREMIDADES: Hipotroficas, llenado capilar de 3 seg. Sin edema
 NEUROLOGICO: apertura ocular espontanea no obede ordenes mirada fija al techo llama la atencion un temblor persistente Miembros superiores Fuerza 2/5 Miembros inferiores Fuerza 1/5 sarcopenia atrofia hipotonia No responde al estimulo doloroso en miembros inferiores ANÁLISIS Y PLAN: Paciente en la 2da decada de la vida con AP de LES diagnosticado en 2018 con compromiso inmunologico, hematologico (PTI), desde marzo de 2020 con deficit neurologico con sospecha de mielitis transversa, con plejia en miembros inferiores, miembros superiores pareticos, incontinencia urinaria, postrada en cama, recibió plasmaféresis en junio 2020 e indican ciclofosfamida. Desde julio 2020 con deterioro progresion, retraida, ideas delirantes posteriormente mutista. En agosto de Rituximab (1 dosis- agosto 2020), al parecer con perdida de seguimiento. Ahora ingresa en contexto de sindrome febril, con evidencia de ulcera sacra, es llevada el 25.09.2020 a lavado y desbridamiento con aislamiento de enterococo, klebsiella pneumoniae, proteus mirabilis y en sangre 1/2 hemocultivos con aislamiento de proteus. Venia en manejo con piperacilina tazobactam, se cambio el esquema a ampicilina sulbactam desde el 28.09.2020. Durante estancia con multiples episodios diarreicos con moco, se tomo PCR para clostridium el cual es positivo, se confirma estudio con GDH/Toxina, se deja cubrimiento con vancomicina oral 125mg cada 6 horas (leucocitos < 15.000, creatinina < 1.5). **temblor causa no clara, se adiciono manejo con clonazepam**. Funcion tiroidea en rango de normalidad. Pendiente valoracion por Psiquiatria. Por ahora debiera continuar manejo y vigilancia en UCI, alto riesgo deterioro hemodinamico y ventilatorio, familia enterada situacion actual NOTA: La valoración del paciente se realizó con todos los elementos de protección personal según el protocolo de la institución y los lineamientos del ministerio de salud. Dr Carlos E Salas Dr Juan David Arenas Anestesiologo - Intensivista Residente Medicina Interna

Evolución UCI:

Fecha Registro: 29.09.2020

Hora Registro: 16:16:37

Responsable: SALAS JIMENEZ, CARLOS EDUARDO

Especialidad: INTENSIVISTA -

NOTA RNM Paciente en la 3ra decada de vida, con AP de LES, ahora con infeccion tejidos blandos dada por ulcera sacra sobreinfectada asociada a bacteremia. **Requiere realizacion de RNM pelica para descartar compromiso oseo y definir necesidad de lavado profundo. Procedimiento de vital importancia, de no proceder existe riesgo de progresion de infeccion**

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 29.09.2020

Hora Registro: 16:38:58

Responsable: SERPA SERPA, JOSE MAURICIO

Especialidad: **FISIATRIA** -

Tipo de herida :

Limpia

Descripción de la prestación :

ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

1. Neuroconducción sensitiva de nervio mediano y ulnar bilateral, normal. 2. **Neuroconducción sensitiva de nervio peroneo superficial bilateral, ausente**. 3. Neuroconducción motora de nervio ulnar bilateral, mediano derecho normal. Mediano motor izquierdo con disminución de la amplitud. 4. **Neuroconducción motora de nervio peroneo y tibial bilateral ausente**. (8 nervios) 5. **Electromiografía de 4 extremidades con signos de inestabilidad de membrana** (fibrilaciones y agudos positivos) en músculos de miembros inferiores, unidades motora de tamaño normal, patrón de interferencia no evaluable. **CONCLUSIONES Estudio ANORMAL sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal**.

Complicaciones :

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.09.2020

Hora Registro: 16:40:03

Responsable: SERPA SERPA, JOSE MAURICIO

Especialidad: FISIATRIA

Tipo de Evolución: Evolución

ESTUDIO ELECTRODIAGNÓSTICO 1. Neuroconducción sensitiva de nervio mediano y ulnar bilateral, normal. 2. Neuroconducción sensitiva de nervio peroneo superficial bilateral, ausente. 3. Neuroconducción motora de nervio ulnar bilateral, mediano derecho normal. Mediano motor izquierdo con disminución de la amplitud. 4. Neuroconducción motora de nervio peroneo y tibial bilateral ausente. 5. Electromiografía de 4 extremidades con signos de inestabilidad de membrana (fibrilaciones y agudos positivos) en músculos de miembros inferiores, unidades motora de tamaño normal, patrón de interferencia no evaluable. CONCLUSIONES Estudio ANORMAL sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.09.2020

Hora Registro: 18:33:58

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: **INFECTOLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA RONDA MEDICA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años CAMA 641

DIAGNOSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. OBJETIVO: Paciente en regular condición clínica en las últimas 24 horas, con presencia de fiebre ayer y tendencia a febrículas tanto en la noche como en la madrugada del día de hoy, presencia de abundantes deposiciones diarreicas desde el día de ayer con coprológico que reveló presencia de abundantes leucocitos, la paciente tiene cubrimiento antibiótico pleno con vancomicina y ampicilina sulbactam, e sta pendiente PCR en LCR para TBC. LABS EL DIA DE HOY: Labs 7380 leucos, linfos de 650 , neutros de 6410Hgb de 6.40 plaquetas de 156000, sodio de 140 potasio de 3.23 CK totalelevada de 707, TSH de 0.910, coproscopico: leucos de 25 a 30 x c, flora liegeramente aumentada, moco +++ Coprocultivo pendiente, PCR de clostridium detectado cepa 027/NAP1/b1 CONCEPTO: paciente en regular condición clínica, en quien **sospechamos presencia de osteomielitis**, en el momento debe aclararse detección genómica de Clostridioes, se requiere determinar GDH y toxinas para evaluar actividad de la enfermedad, de momento sugerimos toma de GHD para aclarar cuadro clínico actual, si se confirma se recomienda dejar vancomicina 125 mg vo cada 6 horas, atentos a nuevos cambios en la evolución y a realización de imágenes óseas que nos ayuden a determinar presencia de áreas de secuestro óseo Dr. Jose Fernando Garcia.Medicina Interna - Infectología Dr Ricardo Gil. Fellow Infectología- Medicina Interna

.

.

.

UCI

Fecha Registro: 30.09.2020

Hora Registro: 00:27:41

Responsable: ROJAS DIAZ, ELIANA EUGENIA

Especialidad: **GASTROENTEROLOGIA** - MEDICINA INTERNA -

Evolución UCI:

EVOLUCION UCI NOCHE 29.09.2020 NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ, EDAD 20 AÑOS, CC 1107531724 DIAGNOSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico ANTECEDENTES PERSONALES: -PATOLOGICOS: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Compromiso Neuropsiquiátrico, mielitis transversa -QUIRURGICOS: Apendicectomía (2020). -TOXICOALERGICOS: Niega. -FAMILIARES: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. -GINECOOBSTETRICOS: G0 -TRANSFUSIONALES: 2018 (Plaquetas). EXAMEN FÍSICO: Paciente en malas condiciones generales Temp 35.7 Fc 94 Ta 118/61 Tam 80 Fr 18 FIO2 0.28 Sat 98 LEV 50cc hora

Nutricion 20cc hora Diuresis 2900cc Balance 5756cc Sistema vacc en escara presaca Neurologico apertura ocular espontanea no obede ordenes mirada fija la mirada añ techo - temblor persistente Miembros superiores Fuerza 2/5 Miembros inferiores Fuerza 1/5 sarcopenia atrofia hipotonia No responde al estimulo doloroso en miembros inferiores

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente de 20 años con historia de LES diagnosticado en 2018 con compromiso inmunologico, hematologico (PTI), desde febrero - marzo de 2020 con deficit neurologico con sospecha de mielitis transversa, con plejia en miembros inferiores, miembros superiores pareticos, incontinencia urinaria, postrada en cama, recibió plasmafereis en junio 2020 e indican ciclofosfamida. Desde julio 2020 con deterioro y progresion, retraida, ideas delirantes posteriormente mutista. En agosto dosis dr Rituximab (1 dosis- agosto 2020), al parecer con perdida de seguimiento. Ahora hospitalizada en contexto de síndrome febril, con evidencia de ulcera sacra, es llevada el 25.09.2020 a lavado y debridamiento con aislamiento de enterococo, klebsiella pneumonie, proteus mirabilis y en sangre 1/2 hemocultivos con aislamiento de proteus. Venia en manejo con piperacilina tazobactam, se cambio el esquema a ampicilina sulbactam desde el 28.09.2020. Durante estancia con multiples episodios diarreicos con moco, se tomo PCR para clostridium el cual es positivo, se confirma estudio con GDH/Toxina, se deja cubrimiento con vancomicina oral 125mg cada 6 horas. Anemia con hb estable muy posiblemente en relacion a actividad de la enfermedad, se vigila. **Paciente en en condicion clinica critica, pronostico aun sombrío. Pendiente RNM de pelvis con anestesiologo.** NOTA: La valoración del paciente se realizó con todos los elementos de protección personal según el protocolo de la institución y los lineamientos del ministerio de salud.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 30.09.2020

Hora Registro: 09:00:13

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: **TERAPIA OCUPACIONAL**

Tipo de Evolución: Evolución

#2. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE -PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO DIAGNOSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --Post operatorio escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 -08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central -Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesqueletico, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE QUE ENCUENTRO EN DECUBITO LATERAL, DESPIERTA, **RESPONDE AL SALUDO CON CONTACTO VISUAL**, TRANQUILA, **INMOVILIZADA EN SUS EXTREMIDADES SUPERIORES, CON LA MADRE.** SE ANTICIPA LA ACTIVIDAD DE FORMA VERBAL, SE AJUSTA SU POSTURA DESDE SEMIFOWLER Y SE ESTIMULA RESPUESTA A ESTIMULO SENORIAL TACTIL Y PROPIOCEPTIVO EN MIEMBROS SUPERIORES, HOY CON MEJOR RESPUESTA EN EL LADO DERECHO, REALIZA ALCANCES FRONTAL Y AGARRE CILINDRICO, **EL FOCO ATENCIONAL ES POBRE**, POR LO QUE REQUIERE REFORZAMIENTO, SE EVOCAN PATRONES ASISTIDOS EN EL LADO IZQUIERDO. SE FINALIZA. DEJO ESTABLE, EN DECUBITO LATERAL. SE RETROALIMENTA LA SESION CON LA MADRE. SE FINALIZA Y SE DEJA EN IGUAL CONDICION.

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.09.2020

Hora Registro: 11:01:11

Responsable: AMAYA GONZALEZ, PABLO FELIPE RICARDO

Especialidad: **NEUROLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

NEUROLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA 20 años. Dx: 1. Lupus eritematoso sistémicos 1.1. Neurolupus: Tratorno psiquiátricos vs cuadro encefalítico/encefalopático 2. Polineuropatía axonal sensitiva-motora 3. Infección por C. difficile 4. Bacteremia por P. mirabilis S// Paciente sin acompañante. Persiste mutista y con temblores en miembros superiores. Hoy sostiene mirada, aparenta estar con mayor contacto con el entorno. Sin picos febriles ni otra sintomatología.

Paciente en cama hospitalaria, sin acompañante, regulares condiciones generales SIGNOS VITALES FECHA HORA
TEMP FC FR TAS TAD TAM SO2% 30.09.2020 10:00:42 36,80 112,00 19,00 123,00 66,00 85,00 99,00 30.09.2020
09:00:52 36,50 100,00 18,00 114,00 63,00 80,00 98,00 30.09.2020 08:00:29 36,90 100,00 16,00 111,00 53,00 72,00
99,00 30.09.2020 07:00:00 36,90 101,00 18,00 102,00 47,00 65,00 100,00 Permanece con los ojos abiertos, establece

contacto visual ocasional y lo mantiene. No obedece ordenes, no hay emisión de lenguaje. Hoy mens anisocoria pupila izquierda 4 mm derecha 3 mm, pupila izquierda hiporeactiva, oculocefalogiros (+), corneano (+), hay temblor postural y de reposo en las extremidades superiores. Hiporreflexia generalizada, respuesta plantar flexora bilateral. Paraplejía, no hay respuesta a los estímulos nociceptivos en las extremidades. Estudios: -29.09.2020: EMG + NC: Estudio ANORMAL sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal. Imágenes: -28.09.2020: TAC craneo simple sin lesiones agudas. Cambios involutivos con pérdida de volumen cortical mayor a lo esperado para la edad. -25.05.2020 Resonancia de cerebro y columna contrastadas: Realce leptomeníngeo, leve hiperintensidad bitemporal en FLAIR sin representación en otras secuencia. Atrofia cerebral y medular marcada, no hay mielitis. Paraclínicos: -29.09.2020: TSH 0.9, Na 140, K 3.23, Cl 105, CPK 707, T4L 1.18, Hto 21, Hb 6.4, MCV 79.5, MCH 24.2, LEUCOCITOS 7.380, N # 6.410, L # 650, PLAQUETAS 156.000 - 27.09.2020: Leu:13640 Neu:12910 Ly:420 INL:30 Hb:8 Ht:26 Plt:184.000 - 26.09.2020: LCR: leucos: 1, GR: 0, Glu: 49, prots: 33, PCR multiplex en LCR: (-) - 25.09.2020: Bacteremia por Gram negativos pendientes de tipificar. Hemograma con hemoglobina 9.6, hematocitos 31.1, leucocitos 11.120, neutrófilos 9000, linfocitos 810, plaquetas 206.000, VSG 52. - 24.09.2020: Creatinina 0.54, glicami 110, sodio 140, potasio 3.5, cloro 104, PCR 14.55, lactat 1.4, gases pH 7.55, pCO2 23, pO2 70, BE - 0.5, HCO3 21.

Paciente con antecedente de LES. Hospitalizada en el contexto de cambios comportamentales asociado a fiebre e infección de tejidos blandos. Se realizó una PL encontrando leve aumento de la presión de salida del LCR, el citoquímico del LCR es normal, se descarta neuroinfección, el panel de PCR multiple en LCR es negativo. Actualmente cursando con bacteremia por *P. mirabilis* e infección por *C. difficile*, ya con cubrimiento antibiótico guiado por infectología. **Ayer se realizó EMG + NC que es sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal, probablemente neuropatía del paciente crítico. EEG se difiere hasta control de infección por C. difficile.** Cuadro clínico complejo con pronóstico ominoso. **Por nuestra parte no se beneficia de nuevas intervenciones.** Estamos pendientes de resultado de PCR para TB en líquido cefaloraquídeo.

- Se cierra interconsulta - Pendiente PCR para TB en líquido cefaloraquídeo - Pendiente **EEG una vez las condiciones de la paciente lo permitan** - Vigilancia en UCI

UCI

Fecha Registro: 30.09.2020

Hora Registro: 11:12:56

Responsable: SALAS JIMENEZ, CARLOS EDUARDO

Especialidad: **INTENSIVISTA** -

Evolución UCI:

EVOLUCION UCI DÍA - 30.09.2020 NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ, EDAD: 20 AÑOS, C.C: 1107531724
DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmáferesis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematópurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por *Proteus mirabilis* 4. Desequilibrio hidroelectrolítico ANTECEDENTES PERSONALES: -PATOLOGICOS: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Compromiso Neuropsiquiátrico, mielitis transversa -QUIRURGICOS: Apendicectomía (2020). -TOXICOALÉRGICOS: Niega. -FAMILIARES: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. -GINECOOBSTETRICOS: G0 -TRANSFUSIONALES: 2018 (Plaquetas). ESTUDIOS: -29.30.2020 RMN PELVIS: Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. no hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico - 25/09/2020 RNM CEREBRO Y COLUMNA: Pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad. Prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. Rm de columna cervicotorácica dentro de límites normales, sin evidencia de signos de mielopatía. PROBLEMAS: - Estado neurológico. EXAMEN FÍSICO: Paciente en regulares condiciones generales, alerta sin contacto con el medio. Mucosas hidratadas, conjuntivas hipocrómicas, anictérica. CARDIOVASCULAR: Frecuencia cardíaca: 116 /latidos por minuto Tensión arterial: 110/57 mmHg Tensión arterial media: 74 mmHg Ruidos cardíacos arrítmicos, regulares, sin soplos. RESPIRATORIO: Frecuencia respiratoria: 18 /respiraciones por minuto Saturación de O2: 100% Fracción Inspirada de O2: 0.28 Murmullo vesicular disminuidos, estertores en ambos campos pulmonares. GASTROINTESTINAL: Abdomen blando, depresible, dolor no evaluable bajo sedación Nutren a 30 cc/hr. Vacc sacro: 250 cc. HEMATOLOGICO: Sin evidencia de sangrado al momento. - Hemoglobina: 6.6 Hematocrito: 21 % Plaquetas: 173.000 INFECCIOSO: Temperatura: 36.8°C - Leucocitos: 7100 Neutrófilos:88 Linfocitos: 5 % / Proteína C Reactiva:7,3 ** Hemocultivo: positivo 1/2 proteus mirabilis ** cultivos úlcera sacra: proteus mirabilis, enterococo faecalis, klebsiella neumonie sensible. RENAL: Hartmann 50 cc/hr Diuresis 3700 cc, Balance -1040 cc, Balance acumulado 5700 cc K:3.1 METABÓLICO: Glucometrías: 117-66-81 mg/dl EXTREMIDADES: Hipotroficas, llenado capilar de 3 seg. Sin edema. NEUROLOGICO: apertura ocular espontanea no obedece ordenes mirada fija al techo llama la atención un temblor persistente Miembros superiores Fuerza 2/5 Miembros inferiores Fuerza 1/5 sarcopenia atrofia hipotonía No responde al estímulo doloroso en miembros inferiores. ANÁLISIS Y PLAN: Paciente de 20 años con AP de LES diagnosticado en 2018 con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), desde marzo de 2020 con déficit neurológico con sospecha

de mielitis transversa, con plejía en miembros inferiores, miembros superiores pareticos, incontinencia urinaria, postrada en cama, recibió plasmaféresis en junio 2020 e indican ciclofosfamida. Desde julio 2020 con deterioro progresión, retraída, ideas delirantes posteriormente mutista. En agosto recibió Rituximab (1 dosis- agosto 2020), al parecer con pérdida de seguimiento. Ahora ingresa en contexto de síndrome febril, con evidencia de úlcera sacra, es llevada el 25.09.2020 a lavado y desbridamiento con aislamiento de enterococo, klebsiella pneumoniae, proteus mirabilis y en sangre 1/2 hemocultivos con aislamiento de proteus. Venía en manejo con piperacilina tazobactam, se cambio el esquema a ampicilina sulbactam desde el 28.09.2020. Durante estancia con múltiples episodios diarreicos con moco, se tomo PCR para clostridium el cual es positivo, hoy informe de GDH/toxina es negativo, infectología considera suspender vancomicina oral. Ayer se realizó RMN de pelvis que muestra escara sacra con exposición de hueso, infectología indica continuar igual manejo por 4 a 6 semanas. Esta en seguimiento por reumatología, tiene PC con estudio de LCR que es normal, el panel de PCR múltiple en LCR es negativo y el cultivo va negativo; estudio para tuberculosis, está pendiente. Hasta no aclarar mejor compromiso neuropsiquiátrico y mejor control de infección de tejidos blandos se definirá inmunomodulación. Su condición es compleja, por su estado neurológico requiere continuar vigilancia en UCI. Pendiente valoración por Psiquiatría. Alto riesgo deterioro hemodinámico y ventilatorio, familia enterada situación actual. NOTA: La valoración del paciente se realizó con todos los elementos de protección personal según el protocolo de la institución y los lineamientos del ministerio de salud. Dr. Carlos Salas Javier Rodríguez Ch. Anestesiólogo - Intensivista Md. Hospitalario UCI

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.09.2020

Hora Registro: 12:29:16

Responsable: BERMEO CARDONA, MARIBETH

Especialidad: FONOAUDIOLOGÍA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Seguimiento

Encuentro paciente despierta, sin acompañante familiar, Actualmente con alimentación por sonda nasogastrica. Se continua con trabajo de activación de reflejos protectores y movilización de tejidos blandos en su musculatura orofacial para disminuir tono muscular y reflejo de mordedura. Se ausculta acumulación de secreciones en boca que logra deglutir parcialmente con el estímulo, el ascenso laríngeo es débil y con latencia. Según la Escala Funcional para la Ingesta Oral se clasifica en nivel 1. Debe continuar nada vía oral. Se comenta con la jefe de turno. Queda estable -----
-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Nada vía oral Terapia de fonoaudiología

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.09.2020

Hora Registro: 12:46:54

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGÍA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresa a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-40 °C, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-

alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV} SUBJETIVO: Presenta desde ayer temblor, persiste con frec cardiaca elevada. No mejoría de estado neurológico. Al momento de la visita medica sin familiar. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 37,1 FC 146 FR 28 TA 104/62(76) OJOS: pupilas normo-reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncos. ABDÓMEN: Normal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tincl: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. NEUROLÓGICO: MUTISMO, NO FOCALIZACION, FUERZA 4/5 EN 4 EXTREMIDADES. ESPASTICIDAD GENERALIZADA, TEMBLOR EN EXTREMIDADES, NO SIGUE ORDENES. SISTEMA DE SUCCIÓN EN REGION GLUTEA. N

TRAE: 30.09.20 HB 6.6 HTO 21.1 LEU 7100 NEU 6270 LIN 380 MONO 260 PCR 7.37 POTASIO 3.1 30.9.20 RMN PELVIS Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis. FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 Leucocitos: (/mm3) 11120 9400 13640 9600 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 Monocitos: (%) 320 220 230 260 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135.000 184. 146. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina: (mgr/dL) 0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 Potasio 3.58 3.36 3.59 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR PROCESO 28.9.20 extendido sp: Hipocromía +. -Anisocitosis a expensas de microcitosis +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. plt disminuidas. copro_ SANGRE CULTA POSITIVA: FLORA DISMINUIDA CON PREDOMINIO BACILAR. LEU 10-13 XC. MOCO +++++ 27.9.20: LCR VDRL NR, tipificación de gérmenes: negativo, pendiente cultivos 24.9.20 cultivo de secreción: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO3 20 SO2 95% ac lactico 1.4 RMN neuroeje 25.9.20 PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Con cuadro agudo de fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. Paciente con antecedente de mielitis y deterioro cognitivo y neurológico progresivo. Sumado a historia de depresión severa. Se tomó RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. Sin evidencia de mielitis a nivel cervicotoraco, valorada por neurología, quienes realizaron punción lumbar sin hallazgos patológicos. Consideran se debe descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendiente. Se solicita valoración por psiquiatría y fonodología. Nutrición indicó paso de SNG y reinició de nutren. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso, **se continua con esteroide IV, llama la atención descenso de hb hoy**, se indica perfil completo de hemólisis. El día de ayer se comentó caso con neurología dado persistencia de alteración del sensorio, relaces nodulares en RMN, tiene discreto aumento de la presión de apertura en PL con citoquímico del LCR es normal, el panel de PCR múltiple en LCR es negativo y el cultivo va negativo; **estudio para tuberculosis, está pendiente**. Hasta no aclarar mejor compromiso neuropsiquiátrico y mejor control de infección de tejidos blandos se definirá inmunomodulación a seguir, **no descartamos que pueda requerir biopsia por neurocirugía para aclarar etiología**. Además presentó episodio febril, asociado a taquicardia, en hemograma leucocitosis, neutrofilia, EKG taquicardia sinusal, Hemocultivo P mirabilis en manejo guiado por infectología.

...

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.09.2020

Hora Registro: 22:10:22

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: **INFECTOLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA RONDA MEDICA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años- CAMA 641

DIAGNOSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefálico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos

de plasmaféresis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocantericas izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. LABS - 29 09 2020: 7380 leucos, linfos de 650, neutros de 6410Hgb de 6.40 plaquetas de 156000, sodio de 140 potasio de 3.23 CK totalelevada de 707, TSH de 0.910, coproscopico: leucos de 25 a 30 x c, flora liegeramente aumentada, moco +++ Coprocultivo pendiente, PCr de clostridium detectado cepa 027/NAP1/b1 OBJETIVO: Condición clínica estacionaria: sin presencia de fiebre, con mejoría en ritmo de deposiciones diarreicas LABS 29 SEPTIEMBRE 2020: Leucos de 7100 neutros de 6270 hgb de 6.60 plaquetas de 173000 PCR de 7.37 HDH y toxinas negativas, Al momento de ronda la paciente esta con tendencia a agitación con FC de 106 TA 121/74 SAT 99% Fr 21....CONCEPTO: Paciente en condición clínica estable, con PCR positiva pero con toxinas y GDH negativos. **RMN no reporta áreas de secuestro óseo mas si de solución de continuidad con aspecto óseo sacro coccigeo** lo que **constituye maximo riesgo de desarrollo de osteomielitis** . PLAN considerar retiro de vancomicina oral para descartar presencia de selección antimicrobiana adversa, dado reportes de RMN de hoy deberá recibir pauta de cuatro a seis semanas de tratamiento antibiótico descrito, re evaluaremos nuevamente al terminar tratamiento antibiótico , en seis semanas con reportes de PCR VSG hemograma, quedaremos atentos y por el momento se cierra IC Dr. Jose Fernando Garcia.Medicina Interna - Infectologia Dr Ricardo Gil. Fellow Infectologia-Medicina Interna *****

.

.

.

UCI

Fecha Registro: 30.09.2020

Hora Registro: 23:55:39

Responsable: TORRES MUÑOZ, FABIAN ERNESTO

Especialidad: **ANESTESIOLOGIA** -

Evolución UCI:

EVOLUCION UCI NOCHE - 30.09.2020 NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ, EDAD: 20 AÑOS, C.C: 1107531724 DIAGNOSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocantericas izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico ANTECEDENTES PERSONALES: -PATOLOGICOS: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Compromiso Neuropsiquiátrico, mielitis transversa -QUIRURGICOS: Apendicectomía (2020). -TOXICOALERGICOS: Niega. -FAMILIARES: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. -GINECOOBSTETRICOS: G0 -TRANSFUSIONALES: 2018 (Plaquetas). ESTUDIOS: - 29.30.2020 RMN PELVIS: Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. no hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico - 25/09/2020 RNM CEREBRO Y COLUMNA: Pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad. Prolinencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. Rm de columna cervicotorácico dentro de límites normales, sin evidencia de signos de mielopatía. PROBLEMAS: - Estado neurológico. EXAMEN FÍSICO: Paciente en regulares condiciones generales, alerta sin contacto con el medio. Mucosas hidratadas, conjuntivas hipocromicas, anictérica. CARDIOVASCULAR: Frecuencia cardiaca: 115 /latidos por minuto Tensión arterial: 102/53 mmHg Tensión arterial media: 71 mmHg Ruidos cardiacos arrítmicos, regulares, sin soplos. RESPIRATORIO: Frecuencia respiratoria: 18 /respiraciones por minuto Saturación de O2: 100% Fracción Inspirada de O2: 0.28 Murmullo vesicular disminuidos, estertores en ambos campos pulmonares. GASTROINTESTINAL: Abdomen blando, depresible, dolor no evaluable bajo sedación Nutren a 30 cc/hr. Vacc sacro: 250 cc. HEMATOLOGICO: Sin evidencia de sangrado al momento. INFECCIOSO: Temperatura: 36.8°C ** Hemocultivo: positivo 1/2 proteus mirabilis ** cultivos ulcera sacra: proteus mirabilis, enterococo faecalis, klebsiella neumonie sensible. RENAL: Hartmann 50 cc/hr Diuresis 2010 CC METABÓLICO: Glucometrías: 107 mg/dl EXTREMIDADES: Hipotroficas, llenado capilar de 3 seg. Sin edema. NEUROLOGICO: apertura ocular espontanea no obedece ordenes mirada fija al techo llama la atencion un temblor persistente Miembros superiores Fuerza 2/5 Miembros inferiores Fuerza 1/5 sarcopenia atrofia hipotonía No responde al estímulo doloroso en miembros inferiores. ANÁLISIS Y PLAN: Paciente de 20 años, CON HISTORIA CONOCIDA, CON Lupus eritematoso activo con compromiso principal en sistema nervioso central ,hasta el moemtno con limitante para tratamiento inmunosupresor por proceso infeccioso activo. Tiene pendiente EEG y purebas de EMG en extremidades, como estudios complementarios de estado neurologico actual y temblor persistente, los cuales se realizaran una vez las condiciones clinicas lo permitan. Paciente requiere vigilancia neurológica y hemodinamica estricta en UCI NOTA: La valoración del paciente se realizó con todos los

elementos de protección personal según el protocolo de la institución y los lineamientos del ministerio de salud. Dr. Jose Luis Aldana Dr. Fabian Torres Anestesiólogo - Intensivista Anestesiólogo

Evolución UCI:

Fecha Registro: 01.10.2020

Hora Registro: 12:50:20

Responsable: SALAS JIMENEZ, CARLOS EDUARDO

Especialidad: INTENSIVISTA -

EVOLUCION UCI DÍA - 01.10.2020 NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ, EDAD: 20 AÑOS, C.C: 1107531724
 DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátrico, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmáferesis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematópurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico ANTECEDENTES PERSONALES: -PATOLOGICOS: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Compromiso Neuropsiquiátrico, mielitis transversa -QUIRURGICOS: Apendicectomía (2020). -TOXICOALÉRGICOS: Niega. -FAMILIARES: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. -GINECOOBSTÉTRICOS: G0 -TRANSFUSIONALES: 2018 (Plaquetas). ESTUDIOS: - 29.30.2020 RMN PELVIS: Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. no hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico - 25/09/2020 RNM CEREBRO Y COLUMNA: Pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad. Prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. Rm de columna cervicotorácica dentro de límites normales, sin evidencia de signos de mielopatía. PROBLEMAS: - Estado neurológico. EXAMEN FÍSICO: Paciente en regulares condiciones generales, alerta sin contacto con el medio. Mucosas hidratadas, conjuntivas hipocrómicas, anictérica. CARDIOVASCULAR: Frecuencia cardíaca: 120 /latidos por minuto Tensión arterial: 122/60 mmHg Ruidos cardíacos arrítmicos, regulares, sin soplos. RESPIRATORIO: Frecuencia respiratoria: 18 /respiraciones por minuto Saturación de O2: 100% Fracción Inspirada de O2: 0.28 Murmullo vesicular disminuidos, estertores en ambos campos pulmonares. GASTROINTESTINAL: Abdomen blando, depresible, dolor no evaluable bajo sedación Nutren a 30 cc/hr. Vacc sacro: 150 cc. HEMATOLOGICO: Sin evidencia de sangrado al momento. - Hemoglobina 6.6 plaquetas 200 mil INFECCIOSO: Temperatura: 37.8°C - Leucocitos 6810 neutrófilos 5370 linfocitos 660 ferritina 180 ** Hemocultivo: positivo 1/2 proteus mirabilis ** cultivos úlcera sacra: proteus mirabilis, enterococo faecalis, klebsiella neumonie sensible. RENAL: Hartmann 50 cc/hr Diuresis 3700 cc, Balance -1040 cc, Balance acumulado 5700 cc BUN 6.1 creatinina 0.23 albúmina 2.75 sodio 145 potasio 3.8 cloro 110 magnesio 2.13 calcio 8.3 fósforo 1.9 METABÓLICO: Glucometrías: 108-107 mg/dl EXTREMIDADES: Hipotroficas, llenado capilar de 3 seg. Sin edema. NEUROLOGICO: apertura ocular espontanea no obedece ordenes. Fuerza 2/5 Miembros inferiores Fuerza 1/5 sarcopenia atrofia hipotonía No responde al estímulo doloroso en miembros inferiores. ANÁLISIS Y PLAN: Paciente de 20 años LES con compromiso inmunológico y hematológico. Desde marzo de 2020 con mielitis transversa con paraplejía, alteración de esfínteres y postración. Desde julio 2020 con compromiso neuropsiquiátrico. Ingresó esta ocasión por sobreinfección de úlcera sacra con aislamientos polimicrobianos en herida y sangre (enterococo, klebsiella pneumoniae, proteus mirabilis). El 25.09.2020 se llevó a lavado y desbridamiento. Por hallazgos de resonancia de pelvis con alto riesgo de osteomielitis, infectología indicó 4 semanas de tratamiento antibiótico. Adicionalmente se aisló clostridium en heces por diarrea disintérica con GDH/toxina negativa por lo que se suspendió vancomicina. Hasta el momento no se ha documentado infección en sistema nervioso que explique los síntomas neuropsiquiátricos y hasta no descartar compromiso infeccioso crónico no se realizará inmunomodulación por parte de reumatología. Persiste con picos febriles con respuesta inflamatoria sistémica, sin signos clínicos de hipoperfusión. Frotis rectal positivo para pseudomonas productora de carbapenemasa, sin embargo por lo pronto no se inicia cubrimiento antibiótico. Paraclínicos de hoy con **anemia de volúmenes normales, linfopenia, ferritina 180, sin deterioro de la función renal. Pendiente valoración por psiquiatría. Debe continuar vigilancia y manejo en UCI ante riesgo de deterioro neurológico y sistémico.** NOTA: La valoración del paciente se realizó con todos los elementos de protección personal según el protocolo de la institución y los lineamientos del ministerio de salud Dr. Carlos Salas María Camila Arango Granados Anestesiólogo - Intensivista Residente Medicina de Emergencias

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 01.10.2020

Hora Registro: 13:35:27

Responsable: IDROBO HERRERA, INGRID LIZETH

NUTRICION

NUTRICION 1. POR Sonda, FORMULA NUTREN 1,5 A 35 MILILITROS/HORA. BOMBA DE INFUSION. 2. VIGILAR DEPOSICIONES.

cirugía general mañana cirugía -lavado y cambio de vac úlcera sacra suspender nutrición enteral a las 00:00h no enoxaprina en la mañana

UCI

Fecha Registro: 01.10.2020

Hora Registro: 23:30:06

Responsable: CASTAÑO QUINTERO, SANTIAGO

Especialidad: MEDICINA INTERNA -

Evolución UCI:

EVOLUCION UCI NOCHE- 01.10.2020 NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ, EDAD: 20 AÑOS, C.C: 1107531724 DIAGNOSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmáferesis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematópurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocantericas izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico ANTECEDENTES PERSONALES: -PATOLOGICOS: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Compromiso Neuropsiquiátrico, mielitis transversa -QUIRURGICOS: Apendicectomía (2020). -TOXICOALÉRGICOS: Niega. -FAMILIARES: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. -GINECOOBSTETRICOS: G0 -TRANSFUSIONALES: 2018 (Plaquetas). ESTUDIOS: - 29.30.2020 RMN PELVIS: Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. no hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico - 25/09/2020 RNM CEREBRO Y COLUMNA: Pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad. Prolinencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. Rm de columna cervicotorácica dentro de límites normales, sin evidencia de signos de mielopatía. PROBLEMAS: - Estado neurológico. EXAMEN FÍSICO: Paciente en regulares condiciones generales, Afebril CARDIOVASCULAR: Frecuencia cardíaca: 134/latidos por minuto Tensión arterial: 139/92 mmHg Ruidos cardíacos arrítmicos, regulares, sin soplos. RESPIRATORIO: Frecuencia respiratoria: 20 /respiraciones por minuto Saturación de O2: 97% Fracción Inspirada de O2: 0.28 Murmullo vesicular disminuidos, estertores en ambos campos pulmonares. GASTROINTESTINAL: Abdomen blando, depresible, dolor no evaluable bajo sedación. Vacc sacro: 10 cc. HEMATOLOGICO: Sin evidencia de sangrado al momento. INFECCIOSO: Temperatura: 37.4°C 27.09.2020 cultivos úlcera sacra: proteus mirabilis, enterococo faecalis, klebsiella pneumoniae sensible. 27.09.2020 Hemocultivo: positivo 1/2 proteus mirabilis RENAL: SolK central 30cc/hora Diuresis 2740cc, Balance -875 cc, Balance acumulado 4621cc METABOLICO: Glucometrías: 110 108 108 107 mg/dl EXTREMIDADES: Hipotroficas, llenado capilar de 3 seg. Sin edema. NEUROLOGICO: apertura ocular espontanea no obedece ordenes. Fuerza 2/5 Miembros inferiores Fuerza 1/5 sarcopenia atrofia hipotonía No responde al estímulo doloroso en miembros inferiores. ANÁLISIS Y PLAN: Paciente de 20 años LES con compromiso inmunológico y hematológico. Desde marzo de 2020 con mielitis transversa con paraplejía, alteración de esfínteres y postración. Desde julio 2020 con compromiso neuropsiquiátrico. Ingresó esta ocasión por sobreinfección de úlcera sacra con aislamientos polimicrobianos en herida y sangre (enterococo, klebsiella pneumoniae, proteus mirabilis). El 25.09.2020 se llevó a lavado y desbridamiento. Por hallazgos de resonancia de pelvis con alto riesgo de osteomielitis, infectología indicó 4 semanas de tratamiento antibiótico. Adicionalmente se aisló clostridium en heces por diarrea disintérica con GDH/toxina negativa por lo que se suspendió vancomicina. Hasta el momento no se ha documentado infección en sistema nervioso que explique los síntomas neuropsiquiátricos y hasta no descartar compromiso infeccioso crónico no se realizará inmunomodulación por parte de reumatología. Persiste con picos febriles con respuesta inflamatoria sistémica, sin signos clínicos de hipoperfusión. Frotis rectal positivo para pseudomonas productora de carbapenemasa, sin embargo por lo pronto no se inicia cubrimiento antibiótico. Actualmente afebril, sin deterioro en su condición clínica aunque persiste compromiso neurológico descrito. continuamos manejo establecido y vigilancia en UCI. se solicitan paraclínicos de control NOTA: La valoración del paciente se realizó con todos los elementos de protección personal según el protocolo de la institución y los lineamientos del ministerio de salud Dr. Carlos Salas Santiago Castaño Anestesiólogo - Intensivista Medicina Interna

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.10.2020

Hora Registro: 12:01:53

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con ílio adinámico.

Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresa a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion consistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV} SUBJETIVO: Presenta desde ayer temblor, persiste con frec cardiaca elevada. No mejoría de estado neurologico. Al momento de la visita medica sin familiar. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36,5 fc 111 fr 20 ta 120/74(89) so2 96% OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncos. ABDÓMEN: Normal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. NEUROLÓGICO: MUTISMO, NO FOCALIZACION, FUERZA 4/5 EN 4 EXTREMIDADES. ESPASTICIDAD GENERALIZADA, YA SIN TEMBLOR, NO SIGUE ORDENES. SISTEMA DE SUCCIÓN EN REGION GLÚTEA.

TRAE: 02.10.20 hb 6.6 hto 21.8 leu 6880 neu 5060 lin 1000 mono 400 plt 198.000 BUN 9.30 CREATININA 0.23 SODIO 141.20 POTASIO 3.89 CLORO 110.40 30.09.20 HB 6.6 HTO 21.1 LEU 7100 NEU 6270 LIN 380 MONO 260 PCR 7.37 POTASIO 3.1 30.9.20 RMN PELVIS Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis. FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 Leucocitos: (/mm3) 11120 9400 13640 9600 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 Monocitos: (%) 320 220 230 260 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135.000 184. 146. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina: (mgr/dL) 0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 Potasio 3.58 3.36 3.59 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR PROCESO 28.9.20 extendido sp: Hipocromía +. -Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. plt disminuidas. copro_ SANGRE CULTA POSITIVA: FLORA DISMINUIDA CON PREDOMINIO BACILAR. LEU 10-13 XC. MOCO ++++ 27.9.20: LCR VDRL NR, tipificación de gérmenes: negativo, pendiente cultivos 24.9.20 cultivo de secreción: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO3 20 SO2 95% ac lactico 1.4 RMN neuroeje 25.9.20 PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), déficit neurologico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiatrico con alta sospecha de actividad de lupus. Con cuadro agudo de fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejo cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizo procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. Paciente con antecedente de mielitis y deterioro cognitivo y neurologico progresivo. Sumado a historia de depresión severa. Se tomo RMN del neuroeje con hallazgo patologico de perdida de volumen del parenquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalica aguda. Signos sugestivos de realce meningeo nodular difuso. Sin evidencia de mielitis a nivel cervicotoraco, valorada por neurologia, quienes realizaron puncion lumbar sin hallazgos patológicos. Consideran se debe descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendiente. Se solicita valoración por psiquiatria y fonoaudiologia. Nutricion indico paso de SNG y reinició de nutren. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso, se continua con esteroide IV, llama la atención descenso de hb hoy, se indica perfil completo de hemólisis. El día de ayer se comento caso con neurologia dado persistencia de alteracion del sensorio, relaces nodulares en RMN, tiene discreto aumento de la presión de apertura en PL con citoquímico del LCR es normal, el panel de PCR multiple en LCR es negativo y el cultivo va negativo; estudio para tuberculosis, está pendiente. Por el momento la paciente luce mejor, tranquila, sin temblores, está en la unidad de cuidado intensivo, tiene un sistema vac en escara sacra, llevarán a revisión prontamente. Por el momento recibe antibiótico por infectología, según nos indican, hasta completar 6 semanas. Por el momento no hacemos modificaciones a medicamentos inmunoreumatológicos, en presencia de infección no se beneficia de inmunosupresión agresiva.

Manejo antibiótico guiado por infectología

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.10.2020

Hora Registro: 18:33:33

Responsable: GOMEZ HENAO, KATHERINE

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Seguimiento

Encuentro paciente despierta, con alimentación por sonda nasogastrica, con seguimiento ocular de su interlocutor y sin acompañante. Se realizan masajes sobre musculatura oral, presión sobre articulación temporomandibular y ejercicios de liberación de la fascia mandibular. Continúa masaje sobre carrillos y encías con difícil acceso a lengua por reflejo de mordedura presente. Se trabaja masaje perilaríngeo y sobre zona suprahióidea. Continúa con seguimiento por fonoaudiología. Según la Escala Funcional para la Ingesta Oral se clasifica en nivel 1. Queda estable -----
-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Nada vía oral Terapia de fonoaudiología

UCI

Fecha Registro: 02.10.2020

Hora Registro: 22:24:20

Responsable: MURCIA PULIDO, ANGELICA MARIA

Especialidad: **MEDICINA INTERNA**

Evolución UCI:

EVOLUCION UCI NOCHE - 02.10.2020 NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 20 AÑOS, C.C: 1107531724 DIAGNOSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematópurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocantericas izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico ANTECEDENTES PERSONALES: -PATOLOGICOS: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Compromiso Neuropsiquiátrico, mielitis transversa -QUIRURGICOS: Apendicectomía (2020). -TOXICOALÉRGICOS: Niega. -FAMILIARES: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. -GINECOOBSTÉTRICOS: G0 -TRANSFUSIONALES: 2018 (Plaquetas). PROBLEMAS: - Estado neurológico. MONITORIA Paciente en cama, bajo soporte ventilatorio invasivo, en malas condiciones generales. CARDIOVASCULAR: Frecuencia cardiaca: 115/latidos por minuto Tensión arterial: 105/57mmHg Tensión arterial media: 71mmHg RESPIRATORIO: Frecuencia respiratoria: 15/respiraciones por minuto, Saturación de O2: 95% Fracción Inspirada de O2: 0.21 INFECCIOSO: Temperatura: 36,7°C. No ha presentado picos febriles RENAL: Diuresis: 2200cc, balance: -1315cc, balance acumulado:3176cc. METABÓLICO: Glucometrías: 80, 94, 89, 93mg/dl. SolK a 30 cc/hr. NEUROLÓGICO: Apertura ocular espontánea, no obedece ordenes. Fuerza 2/5 Miembros inferiores Fuerza 1/5, sarcopenia, atrofia, hipotonía **No responde al estímulo doloroso en miembros inferiores** CONCEPTO: Paciente de 20 años con antecedentes y diagnósticos anotados, sin soporte ventilatorio invasivo, sin soporte vasopresor, en manejo antibiótico dirigido por infectología, con reposición central de potasio, último lavado y desbridamiento el 25.09.2020, durante el día paciente sin fiebre, con taquicardia, sin hipotensión, diuresis positiva, pendiente realizar nuevo procedimiento quirúrgico, sigue manejo y vigilancia en UCI, se solicita paraclínicos de control para mañana.

Evolución UCI:

Fecha Registro: 03.10.2020

Hora Registro: 11:38:47

Responsable: OLIVEROS HERNANDEZ, MARIA DEL PILAR

Especialidad: **INTENSIVISTA - MEDICINA INTERNA** -

EVOLUCION UCI DÍA - 03.10.2020 NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ, EDAD: 20 AÑOS, C.C: 1107531724 DIAGNOSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? -Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) -Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1

dosis) 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea -POP lavado quirúrgico (25.09.2020) -Hallazgos: úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hematópurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por *Proteus mirabilis* 4. Desequilibrio hidroelectrolítico ANTECEDENTES PERSONALES: -PATOLOGICOS: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Compromiso Neuropsiquiátrico, mielitis transversa -QUIRURGICOS: Apendicectomía (2020). -TOXICOALÉRGICOS: Niega. -FAMILIARES: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. -GINECOOBSTÉTRICOS: G0 -TRANSFUSIONALES: 2018 (Plaquetas). ESTUDIOS: - 29.30.2020 RMN PÉLVIS: Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. no hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico - 25/09/2020 RNM CEREBRO Y COLUMNA: Pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad. Prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. Rm de columna cervicotorácica dentro de límites normales, sin evidencia de signos de mielopatía. PROBLEMAS: - Estado neurológico. EXAMEN FÍSICO: Paciente en regulares condiciones generales, alerta sin contacto con el medio. Mucosas hidratadas, conjuntivas hipocrómicas, anictérica. CARDIOVASCULAR: Frecuencia cardíaca: 104 /latidos por minuto Tensión arterial: 130/75 mmHg Tensión arterial media: 96 mmHg Ruidos cardíacos arrítmicos, regulares, sin soplos. RESPIRATORIO: Frecuencia respiratoria: 17 /respiraciones por minuto Saturación de O₂: 97% Fracción Inspirada de O₂: 0.21 Murmullo vesicular disminuidos, estertores en ambos campos pulmonares. GASTROINTESTINAL: Abdomen blando, depresible. Vacc sacro: 50 cc. HEMATOLOGICO: Sin evidencia de sangrado al momento. INFECCIOSO: Temperatura: 36.5°C ** Hemocultivo: positivo 1/2 proteus mirabilis ** cultivos úlcera sacra: proteus mirabilis, enterococo faecalis, klebsiella neumonie sensible. RENAL: Sol-K central 30 cc/hr Diuresis 2800 cc, Balance -1595 cc, Balance acumulado 2896 cc - Na: 140 K: 3.93 P: 3.89 // Nitrogeno Ureico: 9 Creatinina: 0.27 METABÓLICO: Glucometrías: 87-80-94-89 mg/dl EXTREMIDADES: Hipotroficas, llenado capilar de 3 seg. Sin edema. NEUROLOGICO: apertura ocular espontanea no obedece ordenes. Fuerza 2/5 Miembros inferiores Fuerza 1/5 sarcopenia atrofia hipotonía No responde al estímulo doloroso en miembros inferiores. ANÁLISIS Y PLAN: Paciente de 20 años LES con compromiso inmunológico y hematológico. Desde marzo de 2020 con mielitis transversa con paraplejía, alteración de esfínteres y postración. Desde julio 2020 con compromiso neuropsiquiátrico. Ingresó esta ocasión por sobreinfección de úlcera sacra con aislamientos polimicrobianos en herida y sangre (enterococo, klebsiella pneumonie, proteus mirabilis). El 25.09.2020 se llevó a lavado y desbridamiento. Por hallazgos de resonancia de pelvis con alto riesgo de osteomielitis, infectología indicó 4 semanas de tratamiento antibiótico (recibe ampicilina sulbactam). Adicionalmente se aisló clostridium en heces por diarrea disintérica con GDH/toxina negativa por lo que se suspendió vancomicina. **Hasta el momento no se ha documentado infección en sistema nervioso que explique los síntomas neuropsiquiátricos y hasta no descartar compromiso infeccioso crónico no se realizará inmunomodulación por parte de reumatología.** No ha tenido nuevos picos febriles, persiste con ligera taquicardia, sin hipotensión. Los paraclínicos de control muestran electrolitos y función renal normales. **Hoy será llevada a nuevo lavado de úlcera sacra.** Por lo pronto se considera puede continuar el manejo intrahospitalario en salas de hospitalización general a cargo de Medicina Interna. NOTA: La valoración del paciente se realizó con todos los elementos de protección personal según el protocolo de la institución y los lineamientos del ministerio de salud. Dra. María del Pilar Oliveros Dra. María Camila Arango Granados Internista Intensivista Residente de Medicina de Emergencias

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.10.2020

Hora Registro: 08:07:44

Responsable: TORRES DELGADO, MONICA PATRICIA

Especialidad: **CIRUGIA GENERAL**

Tipo de Evolución: **Evolución**

cirugia general paciente con sistema hace 9 dias ,requiere sustitucion por saturacion, y adremas nuevo lavado, no se encuentra acompañaanta ,hay oiportunidad de sala de cirugia se lleva a procedimineto como prioridad

.

.

.

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 04.10.2020

Hora Registro: 12:22:42

Responsable: FRANCO FLOREZ, MARIA JOSEFA

Tipo de herida :

Limpia Contaminada

Descripcion de la prestación :

DESRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOS

Hallazgos :

ULCERA POR DECUBIT OPRESACRA Y GLUTEA BILATERAL APROX 15 CM DIAMETRO CON SISTEMA VAC MEDIO PRESENTA NECROSIS SUPERFICIAL DE LIGAMENTOS SACROS, RESTO DE TEJIDO VITAL, TEJIDO DE GRANULACION INCIPIENTE ZONAS DE PRESION TROCANTERICAS YA RESUELTAS

Descripción procedimiento :

PACIENTE EN DECUBIT OPRONO RETIRO DE SISTEMA VAC PREVIO ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS COLOCACION DE CAMPOS QX CURETAJE PRESACRO, LAVADO CON SLAINA 2 LT COLOCACION DE NUEVO SISTEMA DE SUCCION, DEJANDO BARRERA LISA ALREDEDOR Y EN ZONAS DE PRESION TROCANTERICAS ESPUMA MEDIA, PLASTICO ADHERENTE Y SENSATRACK QUE SE CONECTA A CSNISSTER ANTIGUO A PR 75 MMHG INTENSIDAD MEDIA Y CONTINUA CURACION

Complicaciones :

NO

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.10.2020

Hora Registro: 17:57:14

Responsable: VELASCO BAYUELO, CARLOS ALBERTO

Especialidad: **MEDICINA INTERNA**

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA - HOSPITALIZACIÓN LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopénica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuó seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien consideró LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presentó dolor abdominal y fiebre por lo que consultó por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que se realiza laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis transversa y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). Ahora ingresa a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Con cuadro agudo de fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 26.09.2020 llevada a escarectomía + lavado + desbridamiento y toma de cultivos profundos positivos para Escherichia coli BLEE negativo, Proteus mirabilis, Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium; se aísla Proteus mirabilis en sangre por lo que se inicia ampicilina/ sulbactam. Dado antecedente de mielitis y deterioro cognitivo y neurológico progresivo, sumado a historia de depresión severa, se tomó RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalia aguda, signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, sin evidencia de mielitis a nivel cervicotorácico, valorada por neurología, quienes realizaron punción lumbar sin hallazgos patológicos, directos y cultivo negativos al momento (pendieter TB), consideran toma de EMG + NC que es sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal, probablemente neuropatía del paciente crítico, se difiere EEG, consideran cuadro clínico complejo con pronóstico ominoso y no se beneficia de nuevas intervenciones por esta especialidad. Se documentó PCR para clostridium positiva pero con toxina y GDH negativo por lo que se suspendió vancomicina oral por parte de infectología. Se toma RMN de pelvis que evidencia gran escara sacra con contacto con los segmentos sacrococcígeos por lo que por parte de infectología se definió continuar terapia antibiótica hasta completar 4 a 6 semanas. El día de hoy fue llevada a intervención quirúrgica, al ingreso a piso con fiebre, escalofríos. ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Acido valproico 250 mg x 1 ANTIBIÓTICOS: - Ampicilina/ sulbactam: 28.09.2020 - Activo - Clindamicina: 25.09.2020, un día - Piperacilina /tazobactam: 25.09.2020 - 28.09.2020 - Vancomicina oral: 29.09.2020 - 01.10.2020

EXAMEN FÍSICO: En cama, regulares condiciones generales, sin soporte de oxígeno, sin dificultad respiratoria. Con sonda nasogástrica, diaforética. SIGNOS VITALES: FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SaO2% 04.10.2020 04:00:00 36,80 92,00 20,00 157,00 36,00 76,33 93,00 04.10.2020 00:00:01 38,10 136,00 19,00 115,00 72,00 86,33 96,00 03.10.2020 20:00:00 37,10 138,00 20,00 129,00 83,00 98,33 98,00 03.10.2020 10:00:00 36,30 113,00 18,00 119,00 64,00 84,00 96,00 03.10.2020 09:00:00 36,30 86,00 18,00 123,00 68,00 88,00 96,00 03.10.2020 08:00:00 36,50 117,00 19,00 117,00 91,00 104,00 92,00 GLUCOMETRIAS: 03.10.2020 04:00:00 87,00 02.10.2020 20:00:00 80,00

02.10.2020 17:00:00 94,00 Mucosas húmedas, pálidas. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias palpables. Extremidades móviles, sin edemas, llenado capilar < 3 seg. Alerta, con temblor en miembros superiores, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. Sistema VAC. Sonda vesical con orina clara. NOTA: Se evalúa la paciente con todos los EPP de acuerdo al protocolo institucional para la prevención de contagio por SARS-CoV-2. PROCEDIMIENTOS: - 26.09.2020: **ESCARECTOMÍA** + L +D ÚLCERA SACRA: Úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hemopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánticas izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. PARACLÍNICOS: - 03.10.2020: Leu 8660 N 7280 Linf 600 Hb 7.3 Hcto 24.2 VCM 83.2 PLT 225 Creat 0.27 BUN 9 Na 139.3 K 3.93 Fósforo 3.89 - 02.10.2020: Leu 6880 N 5060 Linf 1000 Hb 6.6 Hcto 21.8 VCM 83.5 PLT 198 Creat 0.23 BUN 9.3 Na 141.2 K 3.89 Cl 110.4 - 01.10.2020: Albúmina 2.75 Na 145.6 K 3.8 Calcio 8.31 (corregido 9.31) Fósforo 1.93 Ferritina 180 - 30.09.2020: PCR 7.37 K 3.1 - 29.09.2020: CPK 707 TSH 0.91 T4L 1.18 - 28.09.2020: Coproscópico: café mucoide pH 8 sangre oculta positivo flora bact lig aumentada con predominio coccobacilar Hematíes 2-4xc Leu 25-30xc moco ++++ Parásitos neg Wright N 92% Linf 8% - 28.09.2020: BT 0.23 BD 0.17 AST 102 ALT 99.3 PT 14.1 INR 1.23 PTT 25.8 Vitamina B12 1469 K 3.59 Fósforo 1.94 Lactato 1.21 PCR 9.52 EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA GB: *Leucopenia marcada. -Diferencial manual: Neutrófilos %: 89 Linfocitos % 5 Monocitos %: 4 Eosinófilos %: 2 -No se observa blastos ni alteraciones morfológicas. GR: *Hipocromía +. - Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. PLAQUETA: *Cuantitativamente disminuidas. -Se observa plaquetas con granulación normal, buena distribución. COOMBS directo positivo ++ - 26.09.2020: LCR: Transparente incoloro GR 0 GB 1 glucosa 49.5 proteínas 33.2 LDH 44 pH 8 - 26.09.2020: C3 y C4 normal anti DNA 13.5 neg MICROBIOLOGICO: - 01.10.2020: COPROCULTIVO: Negativo para: Aeromonas spp, Plesiomonas spp, Campylobacter spp, Vibrio spp, Salmonella spp. y Shigella spp - 01.10.2020: DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (CARBANP): Pseudomonas aeruginosa aislada en el cultivo # 9270648 . POSITIVO, sugiere la presencia de carbapenemasa - 29.09.2020: DETECCIÓN DE TOXINA A/B PARA C.difficile: RESULTADO ENZIMA GDH (Glutamato deshidrogenasa): No detectada RESULTADO TOXINAS A/B: No detectada - 28.09.2020: Clostridium difficile por PCR: detectado - 27.09.2020: Hisopado rectal: Se aísla Pseudomonas aeruginosa resistente a los carbapenémicos (prueba Carba NP: Positiva) - 27.09.2020: Urocultivo: negativo - 27.09.2020: Hemocultivos 1 y 2: negativos - 27.09.2020: LCR: VDRL negativa, criptococo negativo, gram negativo, BK negativo, KOH negativo, tinta china negativo, cultivo bacterias negativo, cultivo hongos en proceso - 26.09.2020: TIPIFICACIÓN MOLECULAR DE VIRUS BACTERIAS Y HONGOS DE MENINGITIS: no detectado - 26.09.2020: Cultivo úlcera sacra: Escherichia coli BLEE negativo, resistente ampi/sulbactam - Proteus mirabilis, Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium - 25.09.2020: Hemocultivo: Proteus mirabilis multisensible, intermedio para imipenem - 25.09.2020: Hemocultivo 2: negativo IMÁGENES: - 29.09.2020: RMN PELVIS: gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero **sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico.** Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis. - 29.09.2020: EMG + NC DE 4 EXTREMIDADES: **Estudio ANORMAL sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal.** - 28.09.2020: TAC DE CRÁNEO: cambios involutivos no acordes con la edad. No evidencia lesiones ocupantes de espacio, hemorrágicas o isquémicas. - 25.09.2020: RMN CEREBRAL, COLUMNA CERVICOTORÁCICA: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad. Prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. RM de columna cervicotorácica dentro de límites normales, sin evidencia de signos de mielopatía.

DIAGNÓSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANÁLISIS: Paciente con historia de púrpura trombocitopénica en 2018 y diagnóstico de LES en agosto de 2019, en seguimiento extrahospitalario en manejo con cloroquina; quien consulta por cuadro que inicia en febrero de 2020 consistente en deterioro neurológico progresivo, con múltiples hospitalizaciones extrahospitalarias: apendicitis + peritonitis, mielitis transversa para lo que recibió 2 sesiones de plasmaféresis y ciclofosfamida, síntomas neuropsiquiátricos y comportamiento desorganizado por lo que recibe dosis de rituximab. con progresión de déficit neurológico hasta postración y mutismo. Ingresa por cuadro febril asociado a úlcera sacra. Requirió manejo en UCI por cuadro séptico. Se ha documentado infección de tejidos blandos (úlceras sacras) con sepsis asociada para lo que recibió manejo inicial con piperacilina / tazobactam, con aislamiento de múltiples gérmenes en secreción, hemocultivo positivo para Proteus mirabilis por lo que se cambió cubrimiento antibiótico a ampicilina/sulbactam hoy día 6. Se evidenció PCR para clostridium positiva pero con toxina y GDH negativo por lo que se suspendió vancomicina oral por parte de infectología. Tiene RMN de pelvis que reporta gran escara sacra con contacto con los segmentos sacrococcígeos por lo que por parte de infectología se definió continuar terapia antibiótica hasta completar 4 a 6 semanas. En cuanto a su parte neurológica se tomó RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalia aguda, signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, sin evidencia de mielitis a nivel cervicotorácico. Fue valorada por neurología, quienes realizaron punción lumbar sin hallazgos patológicos, directos y cultivo negativos al momento (pendieter TB), consideran toma de EMG + NC que es sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal, probablemente neuropatía del paciente crítico, se

difiere EEG, consideran cuadro clínico complejo con pronóstico ominoso y no se beneficia de nuevas intervenciones por esta especialidad. En seguimiento por reumatología, consideran alta sospecha de actividad lúpica pero ante cuadro infeccioso actual no se inicia inmunosupresión agresiva. Al momento paciente en POP inmediato de intervención quirúrgica en escara sacra, en regulares condiciones generales, diaforética, febril, taquicárdica por lo que se toman hemocultivos, laboratorios y se inicia cubrimiento antibiótico con meropenem, se solicita revaloración por infectología a este respecto. Seguimiento por reumatología. **Paciente con pronóstico neurológico incierto, ominoso.** Se explica a la madre condición actual y alto riesgo de complicaciones.

PLAN: - Continuar hospitalizada - Se inicia meropenem 1g cada 8 horas - Seguimiento por reumatología - Revaloración por infectología - Toma de hemocultivos #2 - Laboratorios para mañana. - Control de signos vitales. - Avisar cambios. - Gracias. Dr Carlos Velasco, Internista Dra Ma Carolina Restrepo G, Residente de Medicina Interna

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.10.2020

Hora Registro: 20:00:07

Responsable: ROSSO SUAREZ, FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por *Proteus mirabilis* 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto Paciente con historia de púrpura trombocitopénica en 2018 y diagnóstico de LES en agosto de 2019, en seguimiento extrahospitalario en manejo con cloroquina; quien consulta por cuadro que inicia en febrero de 2020 consistente en deterioro neurológico progresivo, con múltiples hospitalizaciones extrahospitalarias: apendicitis + peritonitis, mielitis transversa para lo que recibió 2 sesiones de plasmaféresis y ciclofosfamida, síntomas neuropsiquiátricos y comportamiento desorganizado por lo que recibe dosis de rituximab. con progresión de déficit neurológico hasta postración y mutismo. Ingresó por cuadro febril asociado a úlcera sacra. Requirió manejo en UCI por cuadro séptico. Se ha documentado infección de tejidos blandos (úlceras sacras) con sepsis asociada para lo que recibió manejo inicial con piperacilina / tazobactam, con aislamiento de múltiples gérmenes en secreción, hemocultivo positivo para *Proteus mirabilis* por lo que se cambió cubrimiento antibiótico a ampicilina/ sulbactam hoy día 6. Se evidenció PCR para *Clostridium* positiva pero con toxina y GDH negativo por lo que se suspendió vancomicina oral por parte de infectología. Tiene RMN de pelvis que reporta gran escara sacra con contacto con los segmentos sacrococcígeos por lo que por parte de infectología se definió continuar terapia antibiótica hasta completar 4 a 6 semanas. En cuanto a su parte neurológica se tomó RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalia aguda, signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, sin evidencia de mielitis a nivel cervicotorácico. Fue valorada por neurología, quienes realizaron punción lumbar sin hallazgos patológicos, directos y cultivo negativos al momento (pendiente TB), consideran toma de EMG + NC que es sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal, probablemente neuropatía del paciente crítico, se difiere EEG, consideran cuadro clínico complejo con pronóstico ominoso y no se beneficia de nuevas intervenciones por esta especialidad. Al momento paciente en POP de intervención quirúrgica en escara sacra, en regulares condiciones generales, diaforética, febril, taquicárdica por lo que se toman hemocultivos y se sugiere cubrimiento antibiótico con meropenem mas vancomicina, mientras se tenemos mas información. Mañana será revalorado por el Dr Garcia (infectologo que conoce previamente el caso) Fernando Rosso Medicina Interna – Infectologia

+

+

+

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.10.2020

Hora Registro: 08:28:12

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGIA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ Edad: 20 AÑOS Diagnósticos: 1- Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 2- Úlcera por presión en región sacra y glútea ** POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 SUBJETIVO: Paciente que no establece comunicación con entrevistador; la madre refiere que se ha encontrado febril, diaforetica, con dren de escara sacra funcional, sin otras alteraciones. Diuresis y deposiciones sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental

para una adecuada proteccion de los pacientes durante el estado de emergencia de salud publica por la actual pandemia COVID-19 se evalua el paciente: Encuentro paciente en cama de hospitalización, con acompañante, luce en muy regulares condiciones generales, diaforética, sin soporte de oxígeno, sin dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES: FECHA T FC FR TAS TAD TAM SaO2% 05.10.2020 04:00:00 39,60 151,00 20,00 130,00 96,00 107,33 95,00 05.10.2020 04:00:00 37,10 146,00 20,00 123,00 70,00 87,67 92,00 04.10.2020 20:00:00 37,90 159,00 22,00 132,00 82,00 98,67 94,00 04.10.2020 16:00:00 37,90 130,00 20,00 136,00 91,00 106,00 96,00 04.10.2020 12:00:01 38,40 130,00 22,00 139,00 90,00 106,33 97,00 04.10.2020 04:00:00 36,80 92,00 20,00 157,00 36,00 76,33 93,00 04.10.2020 00:00:01 38,10 136,00 19,00 115,00 72,00 86,33 96,00 C/C: Normocefala. Mucosas húmedas, pálidas, escleras anictéricas. Cuello simétrico, sin masas Torax: Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, sin soplos. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias palpables. Sistema VAC funcional. G/U: Sonda vesical con orina clara. Extremidades: móviles, sin edemas, llenado capilar < 3 seg SNC: Alerta, con temblor en miembros superiores, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. PARACLÍNICOS: - 05.10.20: Leu 9260 N 7370 Linf 1010 Hb 7 Hcto 23.50 VCM 84.2 PLT 355 Na 139.9 K 3.32 Cloro 105.70 pcr 6.26 acido lactico 1.25 -04.10.20; Hemcultiivos negativos hasta la fecha - 03.10.2020: Leu 8660 N 7280 Linf 600 Hb 7.3 Hcto 24.2 VCM 83.2 PLT 225 Creat 0.27 BUN 9 Na 139.3 K 3.93 Fósforo 3.89 - 02.10.2020: Leu 6880 N 5060 Linf 1000 Hb 6.6 Hcto 21.8 VCM 83.5 PLT 198 Creat 0.23 BUN 9.3 Na 141.2 K 3.89 Cl 110.4 - 01.10.2020: Albúmina 2.75 Na 145.6 K 3.8 Calcio 8.31 (corregido 9.31) Fósforo 1.93 Ferritina 180 - 30.09.2020: PCR 7.37 K 3.1 - 29.09.2020: CPK 707 TSH 0.91 T4L 1.18 - 28.09.2020: Coproscópico: café mucoide pH 8 sangre oculta positivo flora bact lig aumentada con predominio cocobacilar Hematíes 2-4xc Leu 25-30xc moco ++++ Parásitos neg Wright N 92% Linf 8% - 28.09.2020: BT 0.23 BD 0.17 AST 102 ALT 99.3 PT 14.1 INR 1.23 PTT 25.8 Vitamina B12 1469 K 3.59 Fósforo 1.94 Lactato 1.21 PCR 9.52 EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA GB: *Leucopenia marcada. -Diferencial manual: Neutrófilos %: 89 Linfocitos % 5 Monocitos %: 4 Eosinófilos %: 2 -No se observa blastos ni alteraciones morfológicas. GR: *Hipocromía +. - Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. PLAQUETA: *Cuantitativamente disminuidas. -Se observa plaquetas con granulacion normal, buena distribucion. COOMBS directo positivo ++ - 26.09.2020: LCR: Transparente incoloro GR 0 GB 1 glucosa 49.5 proteínas 33.2 LDH 44 pH 8 - 26.09.2020: C3 y C4 normal anti DNA 13.5 neg PROCEDIMIENTOS: - 04.10.20: Lavado y desbridamiento: ulcera por decubit opresora y glutea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital ,tejido de granulación incipiente zonas de presión trocánterica ya resueltas - 26.09.2020: ESCARECTOMÍA + L +D ÚLCERA SACRA: Úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hemopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. IMÁGENES: - 29.09.2020: RMN PELVIS: gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis. - 29.09.2020: EMG + NC DE 4 EXTREMIDADES: Estudio ANORMAL sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal. - 28.09.2020: TAC DE CRÁNEO: cambios involutivos no acordes con la edad. No evidencia lesiones ocupantes de espacio, hemorrágicas o isquémicas. - 25.09.2020: RMN CEREBRAL, COLUMNA CERVICOTORÁCICA: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad. Prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. RM de columna cervicotorácica dentro de límites normales, sin evidencia de signos de mielopatía.

Paciente femenina de 20 años de edad con antecedentes de púrpura trombocitopénica en 2018 y de LES en Agosto de 2019, en seguimiento en otra institucional en manejo con cloroquina, quien es traída por cuadro febril, con deterioro neurológico progresivo, asociado a úlcera sacra, por lo que interconsulta a Cirugía general. Fue llevada lavado y desbridamiento de ulcera sacra, en dos oportunidades, la ultima ayer, sin complicaciones. Hemocultivos hasta el momento negativos, sin leucocitosis ni neutrofilia. Sin embargo, los medicos tratantes han considerado que se trata de una paciente con pronóstico neurológico incierto, ominoso. Ahora encontramos la paciente en muy regulares condiciones generales, diaforética, febril, taquicárdica. A la espera de revaloración por reumatología e infectología, quienes refirieron que por ahora no se beneficia de manejo inmunosupresor adicional, más adelante una vez modulado proceso infeccioso actual definiran beneficio de esquema inmunosupresor agresivo. Por parte de Cirugía general continuamos atentos a la evolución clínica, en caso de requerir nuevas intervenciones quirúrgicas.

Continuar hospitalizada a cargo de medicina interna y reumatología En **seguimiento por infectología** Cuidados del VAC y cuantificar su producido Avisar cambios al MEdico hospitalario de turno

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 05.10.2020

Hora Registro: 14:35:27

Responsable: PINZON ORTIZ, STEFANIA

NUTRICION

NUTRICION 1. POR Sonda, FORMULA NUTREN 1,5 A 40 MILILITROS/HORA.BOMBA DE INFUSION. SI TOLERA ADECUADAMENTE MAÑANA 06.10.2020 A LAS 12 HORAS PASAR A ESQUEMA BOLOS ASI: -A LAS 6 Y 18 PASAR 250 MILILITROS EN 3 HORAS -A LAS 12 HORAS PASAR 500 MILILITROS EN 4 HORAS. *CON BOMBA DE INFUSION. 2.

VIGILAR DEPOSICIONES.

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.10.2020

Hora Registro: 16:51:37

Responsable: VELASCO BAYUELO, CARLOS ALBERTO

Especialidad: **MEDICINA INTERNA**

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA - HOSPITALIZACIÓN LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020
 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por *Proteus mirabilis* 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenia 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Acido valproico 250 mg x 1 ANTIBIÓTICOS: - Ampicilina/ sulbactam: 28.09.2020 - Activo - Meropenem: 04.10.2020 - Activo - Clindamicina: 25.09.2020, un día - Piperacilina / tazobactam: 25.09.2020 - 28.09.2020 - Vancomicina oral: 29.09.2020 - 01.10.2020 SUBJETIVO: Paciente no se comunica con el medio, no obedece órdenes. Madre refiere que la ha visto mejor, sin nuevos picos febriles ni episodios de escalofríos.

EXAMEN FÍSICO: En cama, regulares condiciones generales, sin soporte de oxígeno, sin dificultad respiratoria. Con sonda nasogástrica, diaforética. SIGNOS VITALES: FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SaO2% 05.10.2020 04:00:00 37,10 146,00 20,00 123,00 70,00 87,67 92,00 04.10.2020 20:00:00 37,90 159,00 22,00 132,00 82,00 98,67 94,00 04.10.2020 16:00:03 37,90 130,00 20,00 136,00 91,00 106,00 96,00 04.10.2020 12:00:01 38,40 130,00 22,00 139,00 90,00 106,33 97,00 04.10.2020 04:00:00 36,80 92,00 20,00 157,00 36,00 76,33 93,00 04.10.2020 00:00:01 38,10 136,00 19,00 115,00 72,00 86,33 96,00 03.10.2020 20:00:00 37,10 138,00 20,00 129,00 83,00 98,33 98,00 GLUCOMETRÍAS: 03.10.2020 04:00:00 87,00 02.10.2020 20:00:00 80,00 02.10.2020 17:00:00 94,00 Mucosas húmedas, pálidas. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias palpables Extremidades móviles, sin edemas, llenado capilar < 3 seg Alerta, con temblor en miembros superiores, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. Sistema VAC. Sonda vesical con orina clara. NOTA: Se evalúa la paciente con todos los EPP de acuerdo al protocolo institucional para la prevención de contagio por SARS-CoV-2. PROCEDIMIENTOS: - 04.10.2020: DESBRIDAMIENTO + VAC: úlcera por decúbito presacra y glútea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital ,tejido de granulación incipiente zonas de presión trocantéricas ya resueltas PARACLÍNICOS: - 05.10.2020: Leu 9260 N 7370 Linf 1010 Hb 7 Hcto 23.5 VCM 84.2 PLT 355 Na 139.9 K 3.32 PCR 6.36 Lactato 1.25 GA: pH 7.52 pCO2 29.3 pO2 81.8 SaO2 97.6 BE 0.9 HCO3 23.6 - 03.10.2020: Leu 8660 N 7280 Linf 600 Hb 7.3 Hcto 24.2 VCM 83.2 PLT 225 Creat 0.27 BUN 9 Na 139.3 K 3.93 Fósforo 3.89 - 02.10.2020: Leu 6880 N 5060 Linf 1000 Hb 6.6 Hcto 21.8 VCM 83.5 PLT 198 Creat 0.23 BUN 9.3 Na 141.2 K 3.89 Cl 110.4 - 01.10.2020: Albúmina 2.75 Na 145.6 K 3.8 Calcio 8.31 (corregido 9.31) Fósforo 1.93 Ferritina 180 - 30.09.2020: PCR 7.37 K 3.1 - 29.09.2020: CPK 707 TSH 0.91 T4L 1.18 - 28.09.2020: Coproscópico: café mucoide pH 8 sangre oculta positivo flora bact lig aumentada con predominio coccobacilar Hematíes 2-4xc Leu 25-30xc moco ++++ Parásitos neg Wright N 92% Linf 8% - 28.09.2020: BT 0.23 BD 0.17 AST 102 ALT 99.3 PT 14.1 INR 1.23 PTT 25.8 Vitamina B12 1469 K 3.59 Fósforo 1.94 Lactato 1.21 PCR 9.52 EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA GB: *Leucopenia marcada. -Diferencial manual: Neutrófilos %: 89 Linfocitos % 5 Monocitos %: 4 Eosinófilos %: 2 -No se observa blastos ni alteraciones morfológicas. GR: *Hipocromía +. - Anisocitosis a expensas de microcitosis +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. PLAQUETA: *Cuantitativamente disminuidas. -Se observa plaquetas con granulación normal, buena distribución. COOMBS directo positivo ++ - 26.09.2020: LCR: Transparente incoloro GR 0 GB 1 glucosa 49.5 proteínas 33.2 LDH 44 pH 8 - 26.09.2020: C3 y C4 normal anti DNA 13.5 neg MICROBIOLÓGICO: - 04.10.2020: Hemocultivos 1 y 2: negativos a la fecha - 01.10.2020: COPROCULTIVO: Negativo para: *Aeromonas* spp, *Plesiomonas* spp, *Campylobacter* spp, *Vibrio* spp, *Salmonella* spp. y *Shigella* spp - 01.10.2020: DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (CARBANP): *Pseudomonas aeruginosa* aislada en el cultivo # 9270648 . POSITIVO, sugiere la presencia de carbapenemasa - 29.09.2020: DETECCIÓN DE TOXINA A/B PARA *C.difficile*: RESULTADO ENZIMA GDH (Glutamato deshidrogenasa): No detectada RESULTADO TOXINAS A/B: No detectada - 28.09.2020: *Clostridium difficile* por PCR: detectado - 27.09.2020: Hisopado rectal: Se aísla *Pseudomonas aeruginosa* resistente a los carbapenémicos (prueba Carba NP: Positiva) - 27.09.2020: Urocultivo: negativo - 27.09.2020: Hemocultivos 1 y 2: negativos - 27.09.2020: LCR: VDRL negativa, criptococo negativo, gram negativo, BK negativo, KOH negativo, tinta china negativo, cultivo bacterias negativo, cultivo hongos en proceso - 26.09.2020: TIPIFICACIÓN MOLECULAR DE VIRUS BACTERIAS Y HONGOS DE MENINGITIS: no detectado - 26.09.2020: Cultivo úlcera sacra: *Escherichia coli* BLEE negativo, resistente ampi/sulbactam - *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium* - 25.09.2020: Hemocultivo: *Proteus mirabilis* multisensible, intermedio para imipenem - 25.09.2020: Hemocultivo 2: negativo IMÁGENES: - 29.09.2020: RMN PELVIS: gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo

esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis. - 29.09.2020: EMG + NC DE 4 EXTREMIDADES: Estudio ANORMAL sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal. - 28.09.2020: TAC DE CRÁNEO: cambios involutivos no acordes con la edad. No evidencia lesiones ocupantes de espacio, hemorrágicas o isquémicas. - 25.09.2020: RMN CEREBRAL, COLUMNA CERVICOTORÁCICA: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad. Prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. RM de columna cervicotorácica dentro de límites normales, sin evidencia de signos de mielopatía.

ANÁLISIS: Paciente con historia de púrpura trombocitopénica en 2018 y diagnóstico de LES en agosto de 2019, en seguimiento extrahospitalario en manejo con cloroquina; quien consulta por cuadro que inicia en febrero de 2020 consistente en deterioro neurológico progresivo, con múltiples hospitalizaciones extrahospitalarias: apendicitis + peritonitis, mielitis transversa para lo que recibió 2 sesiones de plasmaféresis y ciclofosfamida, síntomas neuropsiquiátricos y comportamiento desorganizado por lo que recibe dosis de rituximab. con progresión de déficit neurológico hasta postración y mutismo. Ingresar por cuadro febril asociado a úlcera sacra. Requiere manejo en UCI por cuadro séptico. En cuanto a su parte neurológica se tomó RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalia aguda, signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, sin evidencia de mielitis a nivel cervicotorácico. Fue valorada por neurología, quienes realizaron punción lumbar sin hallazgos patológicos, directos y cultivo negativos al momento (pendientes TB), consideran toma de EMG + NC que es sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal, probablemente neuropatía del paciente crítico, se difiere EEG, consideran cuadro clínico complejo con pronóstico ominoso y no se beneficia de nuevas intervenciones por esta especialidad. En seguimiento por reumatología, consideran alta sospecha de actividad lúpica pero ante cuadro infeccioso actual no se inicia inmunosupresión agresiva. Se ha documentado infección de tejidos blandos (úlceras sacra) con sepsis asociada para lo que recibió manejo inicial con piperacilina / tazobactam, con aislamiento de múltiples gérmenes en secreción, hemocultivo positivo para *Proteus mirabilis* por lo que se cambió cubrimiento antibiótico a ampicilina/ sulbactam hoy día 6. Se evidenció PCR para *Clostridium* positiva pero con toxina y GDH negativo por lo que se suspendió vancomicina oral por parte de infectología. Tiene RMN de pelvis que reporta gran escara sacra con contacto con los segmentos sacrococcígeos por lo que por parte de infectología se definió continuar terapia antibiótica hasta completar 4 a 6 semanas. Ayer con fiebre, escalofríos por lo que se inició cubrimiento antibiótico con meropenem, hoy día 1. Revalorada por infectología, sugieren continuar con vancomicina y meropenem y solicitan estudios complementarios. Al momento paciente en POP de intervención quirúrgica en escara sacra del 04.10.2020, en regulares condiciones generales, sin deterioro neurológico, fijando mirada a entrevistador por lo que se solicita valoración por psiquiatría. Laboratorios sin leucocitosis, con PCR estable respecto a previas, hipokalemia leve ya en reposición. Seguimiento por reumatología e infectología. Paciente con pronóstico neurológico incierto, ominoso. Se explica a la madre condición actual y alto riesgo de complicaciones.

PLAN: - Continuar hospitalizada - Se solicita valoración por psiquiatría - Seguimiento por reumatología e infectología - Laboratorios para mañana. - Control de signos vitales. - Avisar cambios. - Gracias Dr Carlos Velasco, Internista Dra Ma Carolina Restrepo G, Residente de Medicina Interna

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.10.2020

Hora Registro: 17:15:07

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: **REUMATOLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresa a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-40 °C, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab

250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV} **SUBJETIVO:** Presenta desde ayer temblor, persiste con frec cardiaca elevada. No mejoría de estado neurológico. Al momento de la visita medica sin familiar. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* **EXAMEN FÍSICO:** T 39.6 FC 151 FR 20 TA 130/96 TAM 107 SAT 95% Paiente en regulares condiciones generales, en el mometno febril, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. **CARDIOPULMONAR:** ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncacos. **ABDÓMEN:** Normal. **EXTREMIDADES:** no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. **PIEL:** sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. **NEUROLÓGICO:** MUTISMO, NO FOCALIZAICON, FUERZA 4/5 EN 4 **EXTREMIDADES.** ESPASTICIDAD GENERALZIADA, YA SIN TEBLOR, NO SIGUE ORDENES. SISTEMA DE SUCCIÓN EN REGION GLUTEA.

TRAE: 02.10.20 hb 6.6 hto 21.8 leu 6880 neu 5060 lin 1000 mono 400 plt 198.000 BUN 9.30 CREATININA 0.23 SODIO 141.20 POTASIO 3.89 CLORO 110.40 30.09.20 HB 6.6 HTO 21.1 LEU 7100 NEU 6270 LIN 380 MONO 260 PCR 7.37 POTASIO 3.1 30.9.20 RMN PELVIS Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadr o de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas aprec iables. Cistitis . FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 05.10.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 7.0 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 23.5 Leucocitos: (/mm3)11120 9400 13640 9600 9260 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 7370 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 1010 Monocito: (%) 320 220 230 260 700 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135.000 184. 146. 355. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 6.2 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina:(mgr/dL)0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/"PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 139 Potasio 3.58 3.36 3.59 3.3 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR PROCESO *05.10.20 Hemocultivos 2/2 negativos a la fecha 28.9.20 extendido sp: Hipocromía +. -Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. plt disminuidas. copro_ SANGRE CULTA POSITIVA: FLORA DISMINUIDA CON PREDOMINIO BACILAR. LEU 10-13 XC. MOCO ++++ 27.9.20: LCR VDRL NR, tipificación de gérmenes: negativo, cultivos negativos. GeneXpert en LCR no detectado 24.9.20 cultivo de secrecion: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO3 20 SO2 95% ac lactico 1.4 RMN neuroeje 25.9.20 PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunologico, hematologico (PTI), deficit neurologico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiatrico con alta sospecha de actividad de lupus. Con cuadro agudo de fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejo cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizo procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. Paciente con antecedente de mielitis y deterioro cognitivo y neurologico progresivo. Sumado a historia de depresión severa. Se tomo RMN del neuroeje con hallazgo patologico de perdida de volumen del parenquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalica aguda. Signos sugestivos de realce meningeo nodular difuso. Sin evidencia de mielitis a nivel cervicotoraco, valorada por neurologia, quienes realizaron puncion lumbar sin hallazgos patológicos. Consideran se debe desacartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendiente. Se solicita valoracion por psiquiatria y fonoaudiologia. Nuticion indico paso de SNG y reinició de nutren. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronalisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso, se continua con esteroide IV, llama la atención descenso de hb hoy, se indica perfil completo de hemólisis. Se comento caso con neurologia dado persistencia de alteracion del sensorio, realces nodulares en RMN, realizaron estudio de LCR con discreto aumento de la presion de aperttura en PL, con citoquímico del LCR es normal, el panel de PCR multiple en LCR es negativo y el cultivo va negativo; estudio para tuberculosis igualmente negativo. Ahora en manejo de infección de tejidos baldos derivda de escra sacra, que ha sido llevda a varios procedimientos, en manejo antibiótico guiado por infectología. El día de hoy febril taquicardica, hemocultivos negativos hasta el momento. **Por ahora por parte de reumatología dada la infección actual por ahora no se beneficia de manejo inmunosuprsor adicional, mpás adelante una vez modulado proceso infecciosos actual definir beneficio de esquema inmunosupreso agresivo.**

Manejo antibiótico guiado por infectología

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.10.2020

Hora Registro: 19:25:28

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, cuadro

encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Activación

Paciente despierta, tranquila, en estable condición. Inmovilizada en miembros superiores. Alimentación exclusiva por sonda nasogastrica. En compañía de la madre quien refiere ayer en la madrugada Luisa realizó expresiones orales, entre ellas pedir agua, la cual ella suministró sin signos de alarma. Se realiza modulación del tono de la musculatura oral y activación del mecanismo de la deglución en seco. **Durante la intervención realiza expresión verbal de su nombre y el nombre de la mamá con voz afona**, ante las otras demandas inicia con movimientos estereotipados de cabeza. Deglución en seco con ascenso laringeo palpable. Según la Escala Funcional para la Ingesta Oral se clasifica en nivel 1. Continúa terapia de fonoaudiología Se comenta con la Medica hospitalaria Queda estable. -----
-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Nada vía oral Terapia de fonoaudiología

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.10.2020

Hora Registro: 09:50:44

Responsable: PRIETO RUSCA, MARIA ISABEL

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA INTERNA - SOPORTE HOSPITALARIO DIAGNÓSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Acido valproico 250 mg x 1 Motivo de ingreso a SOHO: Hipokaliemia moderada secundaria a baja ingesta y pérdidas gastrointestinales MONITORÍA: En regulares condiciones, mutista, con pobre interacción Presentó episodio de deposiciones diarreicas esta mañana Resto de examen sin cambios 07:00:00 37,30 125,00 20,00 142,00 72,00 95,33 96,00 04:51:18 36,20 114,00 20,00 101,00 60,00 75,00 98,00 01:00:00 37,50 128,00 21,00 116,00 74,00 86,00 96,00 21:00:00 36,40 118,00 20,00 95,00 72,00 79,00 97,00 GLUCOMETRIAS: 03.10.2020 04:00:00 87,00 02.10.2020 20:00:00 80,00 02.10.2020 17:00:00 94,00 02.10.2020 07:35:48 89,00 02.10.2020 03:00:00 93,00 PARACLÍNICOS 06.10.2020 NA: 142 K: 2.86 CL: 104 MG: 2.18 CONCEPTO: Historia clínica descrita, en el momento en seguimiento por el grupo de soporte hospitalario, en el contexto de hipokaliemia moderada por pérdidas gastrointestinales. Se inicia reposición con sol k periférico 100 cc/h, cloruro de potasio enteral. Se solicita EKG, seguimiento de electrolitos.

*

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.10.2020

Hora Registro: 12:37:06

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación DIAGNÓSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, tranquila, en estable condición. Inmovilizada en miembros superiores. En compañía de madre. A nivel de lenguaje comprensivo, no se logra seguimiento de órdenes verbales de una acción, se observa mantenimiento contacto visual; **a nivel de lenguaje expresivo, no logra producción alguna; Se observa ante las petición de acciones inicia movimientos de cabeza hacia el lado derecho y contracción comisura labial derecha.** La madre refiere que el día de ayer a la madrugada, **Luisa Fernanda se despertó a la madrugada, pronunció su nombre y le pidió**

agua, lo cual no ha vuelto a realizar. Además la Fonoaudióloga de Deglución, refiere que el día de ayer "durante la intervención realiza expresión verbal de su nombre y el nombre de la mamá con voz afona, ante las otras demandas inicia con movimientos estereotipados de cabeza". De acuerdo a lo anterior, con el fin de favorecer la comunicación de Luisa Fernanda a través de un sistema aumentativo/alternativo de comunicación, se iniciará con la estimulación de seguimiento órdenes verbales e identificación objetos, haciendo uso de sus movimientos oculares. Se explica a la madre y se brindan pautas de estimulación seguimiento órdenes verbales e identificación objetos; quien refiere comprender y aceptar. Se comenta con Fonoaudióloga de Deglución. Queda estable. -----

-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Terapia de fonoaudiología.

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.10.2020

Hora Registro: 13:26:48

Responsable: VELASCO BAYUELO, CARLOS ALBERTO

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA - HOSPITALIZACIÓN LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020

DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus:

Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y

realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con

Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima

cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado +

desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por *Proteus mirabilis* 4.

Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura

trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus

eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas).

Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab

100 mg x 1 - Acido valproico 250 mg x 1 ANTIBIÓTICOS: - Ampicilina/ sulbactam: 28.09.2020 - Activo - Meropenem:

04.10.2020 - Activo - Clindamicina: 25.09.2020, un día - Piperacilina /tazobactam: 25.09.2020 - 28.09.2020 -

Vancomicina oral: 29.09.2020 - 01.10.2020 SUBJETIVO: Paciente no se comunica con el medio, no obedece órdenes

aunque pareciera nun poco más conectada. Madre refiere que la ha visto mejor, sin nuevos picos febriles ni episodios de escalofríos. Diuresis por sonda vesical, deposiciones en pañal.

EXAMEN FÍSICO: En cama, regulares condiciones generales, sin soporte de oxígeno, sin dificultad respiratoria. Con

sonda nasogástrica, diaforética. SIGNOS VITALES: FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SaO2% 06.10.2020 07:00:00

37,30 125,00 20,00 142,00 72,00 95,33 96,00 06.10.2020 04:51:18 36,20 114,00 20,00 101,00 60,00 75,00 98,00

06.10.2020 01:00:00 37,50 128,00 21,00 116,00 74,00 86,00 96,00 05.10.2020 21:00:00 36,40 118,00 20,00 95,00

72,00 79,00 97,00 05.10.2020 16:00:00 37,00 115,00 18,00 116,00 92,00 100,00 98,00 05.10.2020 12:00:00 36,10

125,00 19,00 138,00 67,00 90,67 95,00 05.10.2020 08:00:00 39,60 151,00 20,00 130,00 96,00 107,33 95,00 Mucosas

húmedas, pálidas. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible,

no doloroso, sin masas ni megalias palpables Extremidades móviles, sin edemas, llenado capilar < 3 seg Alerta, con

temblor en miembros superiores, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No

responde ni obedece órdenes. Sistema VAC. Sonda vesical con orina clara. NOTA: Se evalúa la paciente con todos los

EPP de acuerdo al protocolo institucional para la prevención de contagio por SARS-CoV-2. PROCEDIMIENTOS: -

04.10.2020: DESBRIDAMIENTO + VAC: úlcera por decúbito presacra y glútea bilateral aprox 15 cm diámetro con

sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital ,tejido de granulación

incipiente zonas de presión trocantéricas ya resueltas PARACLÍNICOS: - 06.10.2020: Na 142.1 k 2.86 Cl 104 Mg 2.18

PCR 1.57 - 05.10.2020: Leu 9260 N 7370 Linf 1010 Hb 7 Hcto 23.5 VCM 84.2 PLT 355 Na 139.9 K 3.32 PCR 6.36

Lactato 1.25 GA: pH 7.52 pCO2 29.3 pO2 81.8 SaO2 97.6 BE 0.9 HCO3 23.6 - 03.10.2020: Leu 8660 N 7280 Linf 600

Hb 7.3 Hcto 24.2 VCM 83.2 PLT 225 Creat 0.27 BUN 9 Na 139.3 K 3.93 Fósforo 3.89 - 02.10.2020: Leu 6880 N 5060

Linf 1000 Hb 6.6 Hcto 21.8 VCM 83.5 PLT 198 Creat 0.23 BUN 9.3 Na 141.2 K 3.89 Cl 110.4 - 01.10.2020: Albúmina

2.75 Na 145.6 K 3.8 Calcio 8.31 (corregido 9.31) Fósforo 1.93 Ferritina 180 - 30.09.2020: PCR 7.37 K 3.1 -

29.09.2020: CPK 707 TSH 0.91 T4L 1.18 - 28.09.2020: Coprocóscopo: café mucoide pH 8 sangre oculta positivo flora

bact lig aumentada con predominio coccobacilar Hematías 2-4xc Leu 25-30xc moco ++++ Parásitos neg Wright N 92%

Linf 8% - 28.09.2020: BT 0.23 BD 0.17 AST 102 ALT 99.3 PT 14.1 INR 1.23 PTT 25.8 Vitamina B12 1469 K 3.59

Fósforo 1.94 Lactato 1.21 PCR 9.52 EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA GB: *Leucopenia marcada. -Diferencial

manual: Neutrófilos %: 89 Linfocitos % 5 Monocitos %: 4 Eosinófilos %: 2 -No se observa blastos ni alteraciones

morfológicas. GR: *Hipocromía +. - Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos

+. PLAQUETA: *Cuantitativamente disminuidas. -Se observa plaquetas con granulación normal, buena distribución.

COOMBS directo positivo ++ - 26.09.2020: LCR: Transparente incoloro GR 0 GB 1 glucosa 49.5 proteínas 33.2 LDH 44

pH 8 - 26.09.2020: C3 y C4 normal anti DNA 13.5 neg MICROBIOLÓGICO: - 04.10.2020: Hemocultivos 1 y 2:

negativos a la fecha - 01.10.2020: COPROCULTIVO: Negativo para: Aeromonas spp, Plesiomonas spp, Campylobacter

spp, Vibrio spp, Salmonella spp. y Shigella spp - 01.10.2020: DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (CARBANP):

Pseudomonas aeruginosa aislada en el cultivo # 9270648 . POSITIVO, sugiere la presencia de carbapenemasa -

29.09.2020: DETECCIÓN DE TOXINA A/B PARA C.difficile: RESULTADO ENZIMA GDH (Glutamato deshidrogenasa): No detectada RESULTADO TOXINAS A/B: No detectada - 28.09.2020: Clostridium difficile por PCR: detectado - 27.09.2020: Hisopado rectal: Se aísla Pseudomonas aeruginosa resistente a los carbapenémicos (prueba Carba NP: Positiva) - 27.09.2020: Urocultivo: negativo - 27.09.2020: Hemocultivos 1 y 2: negativos - 27.09.2020: LCR: VDRL negativa, criptococo negativo, gram negativo, BK negativo, KOH negativo, tinta china negativo, cultivo bacterias negativo, cultivo hongos en proceso - 26.09.2020: TIPIFICACIÓN MOLECULAR DE VIRUS BACTERIAS Y HONGOS DE MENINGITIS: no detectado - 26.09.2020: Cultivo úlcera sacra: Escherichia coli BLEE negativo, resistente ampi/sulbactam - Proteus mirabilis, Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium - 25.09.2020: Hemocultivo: Proteus mirabilis multisensible, intermedio para imipenem - 25.09.2020: Hemocultivo 2: negativo IMÁGENES: - 04.10.2020: RX DE TÓRAX: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación debido al tipo de proyección (AP, decúbito). Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa. Atelectasia plana retrocardíaca izquierda. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Aumento en el volumen de los tejidos blandos de la región mamaria derecha. Sonda enteral dirigida al cóndilo izquierdo - 29.09.2020: RMN PELVIS: gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis. - 29.09.2020: EMG + NC DE 4 EXTREMIDADES: Estudio ANORMAL sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal. - 25.09.2020: RMN CEREBRAL, COLUMNA CERVICOTORÁCICA: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad. Prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. RM de columna cervicotorácica dentro de límites normales, sin evidencia de signos de mielopatía.

ANÁLISIS: Paciente con historia de púrpura trombocitopénica en 2018 y diagnóstico de LES en agosto de 2019, en seguimiento extrahospitalario en manejo con cloroquina; quien consulta por cuadro que inicia en febrero de 2020 consistente en deterioro neurológico progresivo, con múltiples hospitalizaciones extrahospitalarias: apendicitis + peritonitis, mielitis transversa para lo que recibió 2 sesiones de plasmaféresis y ciclofosfamida, síntomas neuropsiquiátricos y comportamiento desorganizado por lo que recibe dosis de rituximab. con progresión de déficit neurológico hasta postración y mutismo. Ingresó por cuadro febril asociado a úlcera sacra. Requiere manejo en UCI por cuadro séptico. En cuanto a su parte neurológica se tomó RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalia aguda, signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, sin evidencia de mielitis a nivel cervicotorácico. Fue valorada por neurología, quienes realizaron punción lumbar sin hallazgos patológicos, directos y cultivo negativos al momento (pendiente TB), consideran toma de EMG + NC que es sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal, probablemente neuropatía del paciente crítico, se difiere EEG, consideran cuadro clínico complejo con pronóstico ominoso y no se beneficia de nuevas intervenciones por esta especialidad. Se ha documentado infección de tejidos blandos (úlceras sacra) con sepsis asociada para lo que recibió manejo inicial con piperacilina / tazobactam, con aislamiento de múltiples gérmenes en secreción, hemocultivo positivo para Proteus mirabilis por lo que se cambió cubrimiento antibiótico a ampicilina/ sulbactam hoy día 8. Se evidenció PCR para clostridium positiva pero con toxina y GDH negativo por lo que se suspendió vancomicina oral por parte de infectología. Tiene RMN de pelvis que reporta gran escara sacra con contacto con los segmentos sacrococcígeos por lo que por parte de infectología se definió continuar terapia antibiótica hasta completar 4 a 6 semanas. Ayer con fiebre, escalofríos por lo que se inició cubrimiento antibiótico con meropenem, hoy día 2. Revalorada por infectología, sugieren continuar con vancomicina y meropenem y solicitan estudios complementarios al momento sin otros hallazgos. En seguimiento por reumatología, consideran alta sospecha de actividad lúpica pero ante cuadro infeccioso actual no se inicia inmunosupresión agresiva. Se considera que de continuar con alzas térmicas pese al cubrimiento antibiótico se pensará en fiebre de origen reumatológico por LES activo y se comentará con reumatología posibilidad de inicio de pulsos de esteroide. A este respecto se considera desparasitar y se inicia albendazol por 3 días. Al momento en regulares condiciones generales, sin deterioro neurológico, fijando mirada a entrevistador, intento de comunicarse, en espera de concepto de psiquiatría. Laboratorios sin leucocitosis, con PCR con marcado descenso respecto a previas. Persiste con hipokalemia que se encuentra en reposición por lo que se ajusta dosis de infusión y se hará seguimiento. Por otra parte, paciente en POP de intervención quirúrgica en escara sacra del 04.10.2020, valorada por cirugía general quienes **llevarán mañana a nueva intervención quirúrgica. Debe continuar seguimiento por reumatología e infectología.** Paciente con pronóstico neurológico incierto, ominoso. Se explica a la madre condición actual y alto riesgo de complicaciones.

PLAN: - Continuar hospitalizada - Albendazol 400mg día por 3 días - Continuar reposición de potasio, se adiciona potasio oral - Pendiente valoración por psiquiatría - Seguimiento por reumatología e infectología - Electrolitos para mañana. - Control de signos vitales. - Avisar cambios. - Gracias. Dr Carlos Velasco, Internista Dra Ma Carolina Restrepo G, Residente de Medicina Interna

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.10.2020

Hora Registro: 14:11:52

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: **PSIQUIATRÍA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por *Proteus mirabilis* 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Acido valproico 250 mg x 1 Paciente que trabajo en el comercio, con educación técnica, soltera, vive con sus padres, con los antecedentes descritos. Desde hace 4 meses la observan triste, con menor interacción social, por momentos inquieta, con conductas impulsivas en relación a compras y llamadas, con paulatino incremento en el aislamiento social y menor producción ideoverbal. Hace dos meses la paciente queda postrada en cama, sin comer, con muy poca producción ideoverbal, con insomnio de conciliación y despertares frecuentes, ansiosa por momentos, con movimientos estereotipados de la cabeza y las extremidades superiores. Sin agitación. En la actual hospitalización continúa con limitaciones en la movilidad, el lenguaje y un alto grado de ansiedad.

En cama, con temblor, movimientos estereotipados de la cabeza, negativismo pasivo, ansiosa, angustiada, mutista, alerta, juicio alterado.

Paciente con cuadro neuropsiquiátrico que compromete el lenguaje, la motricidad y la volición. Considero la posibilidad de un cuadro un trastorno mental orgánico, interrogando un síndrome catatonico. Coloco lorazepam en dosis bajas y se observara la respuesta.

1. Lorazepam tableta 1mg: media cada 8 horas 2. Acompañante permanente.

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.10.2020

Hora Registro: 16:00:28

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: **INFECTOLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC: 1107531724 / EPISODIO: 7488671 EDAD: 20 AÑOS. DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Púrpura trombocitopénica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10). HORA T FC FR PAS PAD PAM SaO2 1:00 37,5 128 21 116 74 86 96 4:51 36,2 114 20 101 60 75 98 OBJETIVO: En compañía de su madre, en camilla, regular estado general. Luce crónicamente enferma, emaciada. No signos de flebitis. Úlcera sacra con sistema de presión subatmosférica. Neurológicamente: Alerta pero sin contacto con el examinador, moviliza las cuatro extremidades. PARACLINICOS 06.10.2020 *Química: Na: 142 K: 2.86 Cl: 104 Mg: 2.18 *Pcr: 1.57 PARACLINICOS 05.10.2020 *Hemograma: Gb: 9260 N: 7370 L: 1010 Hb: 7 Hto: 23.5% Pla: 355000 *Química: Na: 139 K: 3.32 Cl: 105 *Pcr: 6.26 ANTIBIÓTICOS: - Meropenem: 04.10.2020 - Activo. - Vancomicina: 05.10.2020 - Activo. - Ampicilina sulbactam: 28.09.2020 - 05.10.2020. - Clindamicina: 25.09.2020 - 26.09.2020. - Piperacilina tazobactam: 25.09.2020 - 28.09.2020. - Vancomicina oral: 29.09.2020 - 01.10.2020. MICROBIOLOGIA: 04.10.2020 Hemocultivo 1 y 2: Negativo a la fecha. 01.10.2020 Carbapenemasas: P aeruginosa positiva de cultivo 9270648. 29.09.2020 *Clostridium difficile*: GDH No detectada; A/B No detectada. 27.09.2020 Isopado rectal: P aeruginosa positiva para carbapenemasas. 27.09.2020 Urocultivo: negativo 27.09.2020 Hemocultivos 1 y 2: Negativos. 26.09.2020 Cultivo úlcera sacra: *Escherichia coli* BLEE negativo, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*. 25.09.2020 Hemocultivo 1: *Proteus mirabilis* multisensible, Imipenem int. 25.09.2020 Hemocultivo 2: Negativo. IMAGENES: 04.10.2020 RX DE TORAX: Campos Pulmonares normales sin áreas de consolidación parenquimatosa, atelectasia plana retrocardíaca izquierda, espacios pleurales libres. 29.09.2020 RMN DE PELVIS: Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin Signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo-esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis. CONCEPTO Y PLAN: Femenina de 20 años de edad con diagnóstico de Lupus con compromiso de SNC lo que a llevado a postración. Conocida por nosotros por infección profunda de tejidos blandos con escara sacra que tiene solución de continuidad con hueso el cual esta expuesto. Tiene RMN de tejidos blandos sin evidencia de secuestro óseo y reinterrogando a familiar de aparición reciente previa al ingreso (14 días) lo cual hace poco probable compromiso óseo. Tiene cultivo de secreción sacra con múltiples microorganismos destacando *Proteus mirabilis* el cual se relaciona con reporte de hemocultivo del 25.09.2020. El día de ayer pico febril por lo cual adicionaron cubrimiento con Vancomicina. No hay evidencia de otros focos infecciosos. Clínicamente estable, sin signos de inestabilidad. Es probable que pico febril pueda estar en relación con medicamentos (Biperideno) o enfermedad de base: el hemograma no tiene leucocitosis y la pcr se encuentra en disminución. Por el momento continua pauta antibiótica propuesta hasta completar 10 a 14 días y se solicitan paraclínicos de control para mañana incluyendo nueva pcr y vsq para evaluar tiempo de cubrimiento antibiótico y ajuste al mismo (retiro de vancomicina).

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.10.2020

Hora Registro: 17:07:31

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: **REUMATOLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV} SUBJETIVO: Presenta desde ayer temblor, persiste con frec cardiaca elevada. No mejoría de estado neurologico. Al momento de la visita medica sin familiar. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 39.6 FC 151 FR 20 TA 130/96 TAM 107 SAT 95% Paiente en regulares condiciones generales, en el mometno febril, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncacos. ABDÓMEN: Normal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. NEUROLÓGICO: MUTISMO, NO FOCALIZAICON, FUERZA 4/5 EN 4 EXTREMIDADES. ESPASTICIDAD GENERALIZADA, YA SIN TEMBLOR, NO SIGUE ORDENES. SISTEMA DE SUCCIÓN EN REGION GLUTEA.

TRAE: 06.10.20 NA 142 PCR 1.57 CL 104 MAG 2.1 K PROCESO 05.10.20 tb en LCR:: NO DETECTABLE 05.10.20 Leuc 8660 N 7280 L 600 Hb 7.3 Pla 225000 Bun 9 Creat 0.27 Na 139 K 3.9 P 3.89 PCR 6.2 K 3.32 HEMOCULTIVOS 2/2 NEG 04.10 RX TORAX: NO CONSOLIDACION FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 05.10.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 7.0 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 23.5 Leucocitos: (/mm3) 11120 9400 13640 9600 9260 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 7370 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 1010 Monocito: (%) 320 220 230 260 700 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135.000 184. 146. 355. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 6.2 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina:(mgr/dL)0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 139 Potasio 3.58 3.36 3.59 3.3 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR PROCESO 05.10.20 Hemocultivos 2/2 negativos a la fecha 02.10.20 hb 6.6 hto 21.8 leu 6880 neu 5060 lin 1000 mono 400 plt 198.000 BUN 9.30 CREATININA 0.23 SODIO 141.20 POTASIO 3.89 CLORO 110.40 30.09.20 HB 6.6 HTO 21.1 LEU 7100 NEU 6270 LIN 380 MONO 260 PCR 7.37 POTASIO 3.1 30.9.20 RMN PELVIS Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis . 28.9.20 extendido sp: Hipocromía +. -Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. plt disminuidas. copro_ SANGRE CULTA POSITIVA: FLORA DISMINUIDA CON PREDOMINIO BACILAR. LEU 10-13 XC. MOCO ++++ 27.9.20: LCR VDRL NR, tipificación de gérmenes: negativo, cultivos negativos. GeneXpert en LCR no detectado 24.9.20 cultivo de secreción: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO3 20 SO2 95% ac lactico 1.4 RMN neuroeje 25.9.20 PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR

SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefaloraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). **Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendiente. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, urinalisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso, se continúa con esteroide IV. Por ahora por parte de reumatología dada la infección actual, no se beneficiaría de manejo inmunosupresor adicional, sin embargo podría beneficiarse de aplicación de inmunoglobulina, se solicitan niveles de IgG e IgM.**

Manejo antibiótico guiado por infectología ss. IgG , IgM

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.10.2020

Hora Registro: 11:00:33

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: **PSIQUIATRÍA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRÍA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por *Proteus mirabilis* 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Ácido valproico 250 mg x 1 EVOLUCION Paciente con ligera disminución de la ansiedad, menos rígida, menos triste. No duerme bien. Sin agitación. Toleró el manejo con lorazepam. HISTORIA CLÍNICA INICIAL Paciente que trabajó en el comercio, con educación técnica, soltera, vive con sus padres, con los antecedentes descritos. Desde hace 4 meses la observan triste, con menor interacción social, por momentos inquieta, con conductas impulsivas en relación a compras y llamadas, con paulatino incremento en el aislamiento social y menor producción ideoverbal. Hace dos meses la paciente queda postrada en cama, sin comer, con muy poca producción ideoverbal, con insomnio de conciliación y despertares frecuentes, ansiosa por momentos, con movimientos estereotipados de la cabeza y las extremidades superiores. Sin agitación. **En la actual hospitalización continúa con limitaciones en la movilidad, el lenguaje y un alto grado de ansiedad.**

En cama, con **disminución del temblor**, mutista, sin agresividad, alerta, juicio alterado.

Paciente un poco menos ansiosa, no duerme bien. Ajusto la dosis de lorazepam.

1. Lorazepam tableta 1mg: una cada 8 horas 2. Acompañante permanente.

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.10.2020

Hora Registro: 11:55:21

Responsable: PRIETO RUSCA, MARIA ISABEL

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA INTERNA - SOPORTE HOSPITALARIO LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 20 AÑOS CC: 1107531724 COOMEVA EPS S.A. RC DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por *Proteus mirabilis* 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas).

Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Acido valproico 250 mg x 1 Motivo de ingreso a SOHO: Hipokaliemia moderada secundaria a baja ingesta y pérdidas gastrointestinales MONITORÍA: En regulares condiciones, mutista, con pobre interacción, febril y taquicárdica 04:00:00 37,90 152,00 21,00 113,00 91,00 98,33 98,00 00:05:00 37,60 119,00 19,00 104,00 75,00 84,67 97,00 20:00:00 36,90 130,00 19,00 118,00 82,00 94,00 97,00 18:43:31 36,90 118,00 20,00 130,00 90,00 103,33 94,00 18:00:00 37,10 140,00 20,00 138,00 81,00 100,00 98,00 GLUCOMETRIAS: 03.10.2020 04:00:00 87,00 02.10.2020 20:00:00 80,00 02.10.2020 17:00:00 94,00 02.10.2020 07:35:48 89,00 02.10.2020 03:00:00 93,00 PARACLÍNICOS 07.10.2020 na: 136 k: 6.79** mg: 2.19 p: 1.58 06.10.2020 NA: 142 K: 2.86 CL: 104 MG: 2.18 CONCEPTO: Paciente con historia descrita, en el momento con hiperkaliemia iatrogénica por reposición de hipokaliemia secundaria a pérdidas gastrointestinales. Ya con menores pérdidas. En el momento febril, en regulares condiciones, taquicárdica. **Se solicitan estudios complementarios incluida PCR de SARS-COV2 dada condición actual de pandemia.** Dejo manejo con resincalcio y líquidos bicarbonatados. Suspendo reposiciones. Seguimiento de electrolitos PM. Seguimiento por SOHO.

*

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.10.2020

Hora Registro: 12:03:34

Responsable: ARIAS MORA, FRANCISCO JOSE

Especialidad: **NEUROLOGÍA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

NEUROLOGÍA - REVALORACIÓN LUISA FERNANDA ISAZA 20 años. Dx: 1. Lupus eritematoso sistémico 1.1.

Neurolupus: Trastorno psiquiátrico vs cuadro encefalítico/encefalopático 2. Polineuropatía axonal sensitiva-motora 3.

Infección por C. difficile 4. Bacteremia por P. mirabilis S// Paciente en habitación sin acompañante. Persiste mutista, se aprecia disminución de temblor en extremidades. **Sostiene mirada, aparenta estar en conexión con el medio.**

Paciente en cama hospitalaria, sin acompañante, regulares condiciones generales SIGNOS VITALES TEMP 37.9, FC 152, FR 21, TA 113/90/98, SO2 98% Permanece con los ojos abiertos, establece contacto visual ocasional y lo mantiene. No obedece ordenes, no hay emisión de lenguaje. Pupilas isocóricas 3mm normoreactivas, oculocefalogiros (+), corneano (+), hay temblor postural y de reposo en las extremidades superiores. Hiporreflexia generalizada, respuesta plantar flexora bilateral. Paraplejía, no hay respuesta a los estímulos nociceptivos en las extremidades. Estudios: -29.09.2020: EMG + NC: Estudio ANORMAL sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal. Imágenes: -28.09.2020: TAC craneo simple sin lesiones agudas. Cambios involutivos con pérdida de volumen cortical mayor a lo esperado para la edad. -25.05.2020 Resonancia de cerebro y columna contrastadas: Realce leptomeníngeo, leve hiperintensidad bitemporal en FLAIR sin representación en otras secuencia. Atrofia cerebral y medular marcada, no hay mielitis. PARACLÍNICOS: - 06.10.2020: Na 142.1 k 2.86 Cl 104 Mg 2.18 PCR 1.57 - 05.10.2020: Leu 9260 N 7370 Linf 1010 Hb 7 Hcto 23.5 VCM 84.2 PLT 355 Na 139.9 K 3.32 PCR 6.36 Lactato 1.25 GA: pH 7.52 pCO2 29.3 pO2 81.8 SaO2 97.6 BE 0.9 HCO3 23.6 - 03.10.2020: Leu 8660 N 7280 Linf 600 Hb 7.3 Hcto 24.2 VCM 83.2 PLT 225 Creat 0.27 BUN 9 Na 139.3 K 3.93 Fósforo 3.89 - 02.10.2020: Leu 6880 N 5060 Linf 1000 Hb 6.6 Hcto 21.8 VCM 83.5 PLT 198 Creat 0.23 BUN 9.3 Na 141.2 K 3.89 Cl 110.4 - 01.10.2020: Albúmina 2.75 Na 145.6 K 3.8 Calcio 8.31 (corregido 9.31) Fósforo 1.93 Ferritina 180 - 30.09.2020: PCR 7.37 K 3.1 - 29.09.2020: CPK 707 TSH 0.91 T4L 1.18 - 28.09.2020: Coproscópico: café mucoso pH 8 sangre oculta positivo flora bact lig aumentada con predominio cocobacilar Hematíes 2-4xc Leu 25-30xc moco ++++ Parásitos neg Wright N 92% Linf 8% - 28.09.2020: BT 0.23 BD 0.17 AST 102 ALT 99.3 PT 14.1 INR 1.23 PTT 25.8 Vitamina B12 1469 K 3.59 Fósforo 1.94 Lactato 1.21 PCR 9.52 EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA GB: *Leucopenia marcada. -Diferencial manual: Neutrófilos %: 89 Linfocitos % 5 Monocitos %: 4 Eosinófilos %: 2 -No se observa blastos ni alteraciones morfológicas. GR: *Hipocromía +. - Anisocitosis a expensas de microcitosis +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. PLAQUETA: *Cuantitativamente disminuidas. -Se observa plaquetas con granulación normal, buena distribución. COOMBS directo positivo ++ - 26.09.2020: LCR: Transparente incoloro GR 0 GB 1 glucosa 49.5 proteínas 33.2 LDH 44 pH 8 - 26.09.2020: C3 y C4 normal anti DNA 13.5 neg

Paciente con antecedente de LES. Hospitalizada en el contexto de cambios comportamentales asociado a fiebre e infección de tejidos blandos. Se realizó una PL encontrando leve aumento de la presión de salida del LCR, el citoquímico del LCR es normal, se descarta neuroinfección, el panel de PCR múltiple en LCR es negativo incluido PCR para TB. Requirió manejo en UCI POR bacteremia por P. mirabilis e infección por C. difficile, ya con cubrimiento antibiótico guiado por infectología. De nuestra parte se realizó EMG + NC que es sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal, probablemente neuropatía del paciente crítico. RMN muestra cambios atróficos NO esperados para la edad y TAC muestra leve hiperintensidad bitemporal en FLAIR, sin cambios agudos. Paciente persiste con síntomas neuropsiquiátricos posiblemente en relación a enfermedad reumatólica de base, psiquiatría plantea la posibilidad de síndrome catatónico. Por parte de neurología se descartó neuroinfección. **No se beneficia de manejo adicional de nuestra parte por lo que cerramos interconsulta.** Estamos atentos a nuevo llamado en caso de ser necesario.

- Se cierra interconsulta, puede continuar igual manejo. - Estamos atentos a nuevo llamado en caso de ser necesario.

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.10.2020

Hora Registro: 13:00:33

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: **INFECTOLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC: 1107531724 / EPISODIO: 7488671 EDAD: 20 AÑOS. DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10). PARACLÍNICOS 07.10.2020: Na 136.2 K 6.79 Mg 2.19 P 1.58 Gases: pH 7.48 PCO2 25.4 PO2 78.2 BE -3.9 HCO3 18.7 Hepatitis C anticuerpos negativos; ACS anti HTLV I y II negativos, RPR negativo; IgG 8.89 Acs IgM e IgG toxo negativos, VIH negativo, VHBags negativo, Na 140.7 K 3.61 Cl 105.6 IgM 0.25 06.10.2020: Na: 142 K: 2.86 Cl: 104 Mg: 2.18 Pcr: 1.57 05.10.2020: Hemograma: Gb: 9260 N: 7370 L: 1010 Hb: 7 Hto: 23.5% Pla: 355000 *Química: Na: 139 K: 3.32 Cl: 105, Pcr: 6.26 ANTIBIÓTICOS: - Meropenem: 04.10.2020 - Activo. - Vancomicina: 05.10.2020 - Activo. - Ampicilina sulbactam: 28.09.2020 - 05.10.2020. - Clindamicina: 25.09.2020 - 26.09.2020. - Piperacilina tazobactam: 25.09.2020 - 28.09.2020. - Vancomicina oral: 29.09.2020 - 01.10.2020. MICROBIOLOGÍA: 04.10.2020 Hemocultivo 1 y 2: Negativo a la fecha. 01.10.2020 Carbapenemasas: P aeruginosa positiva de cultivo 9270648. 29.09.2020 *Clostridium difficile*: GDH No detectada; A/B No detectada. 27.09.2020 Hisopado rectal: P aeruginosa positiva para carbapenemasas. 27.09.2020 Urocultivo: negativo 27.09.2020 Hemocultivos 1 y 2: Negativos. 26.09.2020 Cultivo úlcera sacra: *Escherichia coli* BLEE negativo, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*. 25.09.2020 Hemocultivo 1: *Proteus mirabilis* multi sensible, Imipenem int. 25.09.2020 Hemocultivo 2: Negativo. IMÁGENES: 04.10.2020 RX DE TÓRAX: Campos Pulmonares normales sin áreas de consolidación parenquimatosa, atelectasia plana retrocardíaca izquierda, espacios pleurales libres. 29.09.2020 RMN DE PELVIS: Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo-esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis. CONCEPTO Y PLAN: Femenina de 20 años de edad con diagnóstico de Lupus con compromiso de SNC lo que ha llevado a postración. Conocida por nosotros por infección profunda de tejidos blandos con escara sacra que tiene solución de continuidad con hueso el cual está expuesto. Tiene RMN de tejidos blandos sin evidencia de secuestro óseo y reinterrogando a familiar de aparición reciente previa al ingreso (14 días) lo cual hace poco probable compromiso óseo. Tiene cultivo de secreción sacra con múltiples microorganismos destacando *Proteus mirabilis* el cual se relaciona con reporte de hemocultivo del 25.09.2020. Ahora paciente en piso, con evolución estacionaria, presentando alzas térmicas de etiología por el momento incierta, diaforesis y taquicardia sostenida. En el momento con pruebas serológicas negativas y hemocultivos negativos. Se encuentra con manejo antibiótico con meropenem + vancomicina. Adicionamos manejo con fluconazol 400 mg al día. **Tiene pendiente ser llevada a lavado más cambio de VACC por parte de cirugía general. Estaremos pendientes ante cualquier necesidad**

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.10.2020

Hora Registro: 13:11:40

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGIA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ Edad: 20 AÑOS Diagnósticos: 1- Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 2- Úlcera por presión en región sacra y glútea ** POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 SUBJETIVO Paciente que no establece comunicación con entrevistador, no refiere dolor o fiebre. la paciente duerme por intervalos. Diuresis y deposiciones sin alteraciones. Con dren y sistema VAC de escara sacra funcional.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada proteccion de los pacientes durante el estado de emergencia de salud publica por la actual pandemia COVID-19 se evalua el paciente: OBJETIVO Encuentro paciente en regulares condiciones generales, en cama de hospitalización, con temblor e inmovilización de extremidades superiores. Con acompañante. No se comunica con el entrevistador. Tiene sonda nasogástrica. Sin soporte de oxígeno, sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES: HORA T FC FR TAS TAD TAM SaO2% 04:00:00 37,90 152,00 21,00 113,00 91,00 98,33 98,00 00:05:00 37,60 119,00 19,00 104,00 75,00 84,67 97,00 20:00:00 36,90 130,00 19,00 118,00 82,00 94,00 97,00 18:43:31 36,90 118,00 20,00 130,00 90,00 103,33 94,00 18:00:00 37,10 140,00 20,00 138,00 81,00 100,00 98,00 17:00:00 37,10

118,00 20,00 129,00 83,00 98,33 96,00 16:00:00 36,90 135,00 20,00 124,00 84,00 97,33 94,00 15:00:00 36,90 142,00 21,00 140,00 90,00 106,67 98,00 Cabeza: Normocefálica. Escleras anictéricas. Mucosas húmedas, pálidas. Cuello simétrico Torax: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin sobreagregados. Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, sin soplos. Abdomen: Blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, sin masas ni megalias palpables. Sistema VAC funcional drenando 80 cc en las últimas 24 horas. Genitourinario: Sonda vesical con orina clara. Extremidades: móviles, sin edemas, llenado capilar < 3 seg SNC: Alerta, con temblor en miembros superiores, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. PARACLÍNICOS: -06.10.2020: Na 140, K 3.61 - 06.10.2020 Na 142 K 2.86 Cl 104 Mg 2.18 - 05.10.20: Leu 9260 N 7370 Linf 1010 Hb 7 Hcto 23.50 VCM 84.2 PLT 355 Na 139.9 K 3.32 Cloro 105.70 pcr 6.26 acido lactico 1.25 -04.10.20; Hemocultivo negativos hasta la fecha - 03.10.2020: Leu 8660 N 7280 Linf 600 Hb 7.3 Hcto 24.2 VCM 83.2 PLT 225 Creat 0.27 BUN 9 Na 139.3 K 3.93 Fósforo 3.89 - 02.10.2020: Leu 6880 N 5060 Linf 1000 Hb 6.6 Hcto 21.8 VCM 83.5 PLT 198 Creat 0.23 BUN 9.3 Na 141.2 K 3.89 Cl 110.4 - 01.10.2020: Albúmina 2.75 Na 145.6 K 3.8 Calcio 8.31 (corregido 9.31) Fósforo 1.93 Ferritina 180 - 30.09.2020: PCR 7.37 K 3.1 - 29.09.2020: CPK 707 TSH 0.91 T4L 1.18 - 28.09.2020: Coprocópico: café mucoide pH 8 sangre oculta positivo flora bact lig aumentada con predominio cocobacilar Hematías 2-4xc Leu 25-30xc moco +++++ Parásitos neg Wright N 92% Linf 8% - 28.09.2020: BT 0.23 BD 0.17 AST 102 ALT 99.3 PT 14.1 INR 1.23 PTT 25.8 Vitamina B12 1469 K 3.59 Fósforo 1.94 Lactato 1.21 PCR 9.52 EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA GB: *Leucopenia marcada. -Diferencial manual: Neutrófilos %: 89 Linfocitos % 5 Monocitos %: 4 Eosinófilos %: 2 -No se observa blastos ni alteraciones morfológicas. GR: *Hipocromía +. - Anisocitosis a expensas de microcitosis +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. PLAQUETA: *Cuantitativamente disminuidas. -Se observa plaquetas con granulación normal, buena distribución. COOMBS directo positivo ++ - 26.09.2020: LCR: Transparente incoloro GR 0 GB 1 glucosa 49.5 proteínas 33.2 LDH 44 pH 8 - 26.09.2020: C3 y C4 normal anti DNA 13.5 neg PROCEDIMIENTOS: - 04.10.20: Lavado y desbridamiento: úlcera por decúbito opresora y glútea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros, resto de tejido vital, tejido de granulación incipiente zonas de presión trocánterica ya resueltas - 26.09.2020: ESCARECTOMÍA + L +D ÚLCERA SACRA: Úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hemopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. IMÁGENES: - 29.09.2020: RMN PELVIS: gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitonea sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis. - 29.09.2020: EMG + NC DE 4 EXTREMIDADES: Estudio ANORMAL sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal. - 28.09.2020: TAC DE CRÁNEO: cambios involutivos no acordes con la edad. No evidencia lesiones ocupantes de espacio, hemorrágicas o isquémicas. - 25.09.2020: RMN CEREBRAL, COLUMNA CERVICOTORÁCICA: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad. Prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. RM de columna cervicotorácica dentro de límites normales, sin evidencia de signos de mielopatía.

Paciente femenina de 20 años de edad con antecedentes de púrpura trombocitopénica en 2018 y de LES en Agosto de 2019, en seguimiento en otra institución en manejo con cloroquina, quien es traída por cuadro febril, con deterioro neurológico progresivo, asociado a úlcera sacra, por lo que interconsulta a Cirugía general. Fue llevada lavado y desbridamiento de úlcera sacra, en dos oportunidades, la última el 04.10.20, sin complicaciones. Hemocultivos hasta el momento negativos, sin leucocitosis ni neutrofilia, en cubrimiento antibiótico con meropenem mas vancomicina. Paciente quien el día de hoy se encuentra en regulares condiciones generales, continua taquicárdica. Últimos paraclínicos con potasio en rangos de normalidad. En seguimiento por medicina interna. **Se programa intervención quirúrgica el día de mañana con lavado y desbridamiento de úlcera sacra + cambio de sistema VAC.** Atentos a la evolución postoperatoria. Debe continuar hospitalizada por especialidades tratantes, medicina interna y reumatología

-Continuar hospitalizada a cargo de medicina interna y reumatología -Se pasa turno para Lavado y desbridamiento + cambio de sistema VAC **el día de mañana 8.10.2020** -En seguimiento por infectología -Control de signos vitales y avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.10.2020

Hora Registro: 14:29:45

Responsable: VELASCO BAYUELO, CARLOS ALBERTO

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA - HOSPITALIZACIÓN LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020

DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus:

Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y

realizan ciclos de plasmáferesis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con

Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima

cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado +

desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4.

Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura

trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apéndicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus

eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas).
 Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Ácido valproico 250 mg x 1 ANTIBIÓTICOS: - Ampicilina/ sulbactam: 28.09.2020 - 05.10.2020 - Meropenem: 04.10.2020 - Activo - Vancomicina EV: 05.10.2020 - Activo - Clindamicina: 25.09.2020, un día - Piperacilina /tazobactam: 25.09.2020 - 28.09.2020 - Vancomicina oral: 29.09.2020 - 01.10.2020 SUBJETIVO: Paciente no se comunica con el medio, no obedece órdenes y nuevamente más desconectada del entorno. Madre refiere que la ha en iguales condiciones, ha persistido con fiebre, y adicional diaforesis. Diuresis por sonda vesical, deposiciones en pañal de consistencia líquida.

EXAMEN FÍSICO: En cama, regulares condiciones generales, sin soporte de oxígeno, sin dificultad respiratoria. Con sonda nasogástrica, diaforética. SIGNOS VITALES: FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SaO2% 06.10.2020 07:00:00 37,30 125,00 20,00 142,00 72,00 95,33 96,00 06.10.2020 04:51:18 36,20 114,00 20,00 101,00 60,00 75,00 98,00 06.10.2020 01:00:00 37,50 128,00 21,00 116,00 74,00 86,00 96,00 05.10.2020 21:00:00 36,40 118,00 20,00 95,00 72,00 79,00 97,00 05.10.2020 16:00:00 37,00 115,00 18,00 116,00 92,00 100,00 98,00 05.10.2020 12:00:00 36,10 125,00 19,00 138,00 67,00 90,67 95,00 05.10.2020 08:00:00 39,60 151,00 20,00 130,00 96,00 107,33 95,00 Mucosas húmedas, pálidas. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias palpables Extremidades móviles, sin edemas, llenado capilar < 3 seg Alerta, con temblor en miembros superiores, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. Sistema VAC. Sonda vesical con orina clara. NOTA: Se evalúa la paciente con todos los EPP de acuerdo al protocolo institucional para la prevención de contagio por SARS-CoV-2. PROCEDIMIENTOS: - 04.10.2020: DESBRIDAMIENTO + VAC: úlcera por decúbito presacra y glútea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros, resto de tejido vital, tejido de granulación incipiente zonas de presión trocánterica ya resueltas PARACLÍNICOS: - 06.10.2020: Na 142.1 K 2.86 Cl 104 Mg 2.18 PCR 1.57 - 05.10.2020: Leu 9260 N 7370 Linf 1010 Hb 7 Hcto 23.5 VCM 84.2 PLT 355 Na 139.9 K 3.32 PCR 6.36 Lactato 1.25 GA: pH 7.52 pCO2 29.3 pO2 81.8 SaO2 97.6 BE 0.9 HCO3 23.6 - 03.10.2020: Leu 8660 N 7280 Linf 600 Hb 7.3 Hcto 24.2 VCM 83.2 PLT 225 Creat 0.27 BUN 9 Na 139.3 K 3.93 Fósforo 3.89 - 02.10.2020: Leu 6880 N 5060 Linf 1000 Hb 6.6 Hcto 21.8 VCM 83.5 PLT 198 Creat 0.23 BUN 9.3 Na 141.2 K 3.89 Cl 110.4 - 01.10.2020: Albúmina 2.75 Na 145.6 K 3.8 Calcio 8.31 (corregido 9.31) Fósforo 1.93 Ferritina 180 - 30.09.2020: PCR 7.37 K 3.1 - 29.09.2020: CPK 707 TSH 0.91 T4L 1.18 - 28.09.2020: Coproscópico: café mucoide pH 8 sangre oculta positivo flora bact lig aumentada con predominio cocobacilar Hematíes 2-4xc Leu 25-30xc moco +++++ Parásitos neg Wright N 92% Linf 8% - 28.09.2020: BT 0.23 BD 0.17 AST 102 ALT 99.3 PT 14.1 INR 1.23 PTT 25.8 Vitamina B12 1469 K 3.59 Fósforo 1.94 Lactato 1.21 PCR 9.52 EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA GB: *Leucopenia marcada. -Diferencial manual: Neutrófilos %: 89 Linfocitos % 5 Monocitos %: 4 Eosinófilos %: 2 -No se observa blastos ni alteraciones morfológicas. GR: *Hipocromía +. - Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. PLAQUETA: *Cuantitativamente disminuidas. -Se observa plaquetas con granulación normal, buena distribución. COOMBS directo positivo ++ - 26.09.2020: LCR: Transparente incoloro GR 0 GB 1 glucosa 49.5 proteínas 33.2 LDH 44 pH 8 - 26.09.2020: C3 y C4 normal anti DNA 13.5 neg MICROBIOLÓGICO: - 04.10.2020: Hemocultivos 1 y 2: negativos a la fecha - 01.10.2020: COPROCULTIVO: Negativo para: Aeromonas spp, Plesiomonas spp, Campylobacter spp, Vibrio spp, Salmonella spp. y Shigella spp - 01.10.2020: DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (CARBANP): Pseudomonas aeruginosa aislada en el cultivo # 9270648 . POSITIVO, sugiere la presencia de carbapenemasa - 29.09.2020: DETECCIÓN DE TOXINA A/B PARA C.difficile: RESULTADO ENZIMA GDH (Glutamato deshidrogenasa): No detectada RESULTADO TOXINAS A/B: No detectada - 28.09.2020: Clostridium difficile por PCR: detectado - 27.09.2020: Hisopado rectal: Se aísla Pseudomonas aeruginosa resistente a los carbapenémicos (prueba Carba NP: Positiva) - 27.09.2020: Urocultivo: negativo - 27.09.2020: Hemocultivos 1 y 2: negativos - 27.09.2020: LCR: VDRL negativa, criptococo negativo, gram negativo, BK negativo, KOH negativo, tinta china negativo, cultivo bacterias negativo, cultivo hongos en proceso - 26.09.2020: TIPIFICACIÓN MOLECULAR DE VIRUS BACTERIAS Y HONGOS DE MENINGITIS: no detectado - 26.09.2020: Cultivo úlcera sacra: Escherichia coli BLEE negativo, resistente ampi/sulbactam - Proteus mirabilis, Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium - 25.09.2020: Hemocultivo: Proteus mirabilis multisensible, intermedio para imipenem - 25.09.2020: Hemocultivo 2: negativo IMÁGENES: - 04.10.2020: RX DE TÓRAX: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación debido al tipo de proyección (AP, decúbito). Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa. Atelectasia plana retrocardíaca izquierda. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Aumento en el volumen de los tejidos blandos de la región mamaria derecha. Sonda enteral dirigida al cóndilo izquierdo - 29.09.2020: RMN PELVIS: gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis. - 29.09.2020: EMG + NC DE 4 EXTREMIDADES: Estudio ANORMAL sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal. - 25.09.2020: RMN CEREBRAL, COLUMNA CERVICOTORÁCICA: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad. Prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. RM de columna cervicotorácica dentro de límites normales, sin evidencia de signos de mielopatía.

ANÁLISIS: Paciente con historia de púrpura trombocitopénica en 2018 y diagnóstico de LES en agosto de 2019, en seguimiento extrahospitalario en manejo con cloroquina; quien consulta por cuadro que inicia en febrero de 2020 consistente en deterioro neurológico progresivo, con múltiples hospitalizaciones extrahospitalarias: apendicitis + peritonitis, mielitis transversa para lo que recibió 2 sesiones de plasmáferesis y ciclofosfamida, síntomas

neuropsiquiátricos y comportamiento desorganizado por lo que recibe dosis de rituximab. con progresión de déficit neurológico hasta postración y mutismo. Ingres a por cuadro febril asociado a úlcera sacra. Requirió manejo en UCI por cuadro séptico. En cuanto a su parte neurológica se tomó RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalia aguda, signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, sin evidencia de mielitis a nivel cervicotorácico. Fue valorada por neurología, quienes realizaron punción lumbar sin hallazgos patológicos, directos y cultivo negativos al momento (pendiente TB), consideran toma de EMG + NC que es sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal, probablemente neuropatía del paciente crítico, se difiere EEG, consideran cuadro clínico complejo con pronóstico ominoso y no se beneficia de nuevas intervenciones por esta especialidad. Se ha documentado infección de tejidos blandos (úlcer a sacra) con sepsis asociada para lo que recibió manejo inicial con piperacilina / tazobactam, con aislamiento de múltiples gérmenes en secreción, hemocultivo positivo para *Proteus mirabilis* por lo que se cambió cubrimiento antibiótico a ampicilina/ sulbactam. Se evidenció PCR para *clostridium* positiva pero con toxina y GDH negativo por lo que se suspendió vancomicina oral por parte de infectología. Tiene RMN de pelvis que reporta gran escara sacra con contacto con los segmentos sacrococcígeos por lo que por parte de infectología se definió continuar terapia antibiótica hasta completar 4 a 6 semanas; sin embargo paciente ha presentado episodios de fiebre, escalofríos por lo que se inició cubrimiento antibiótico con meropenem + vancomicina, hoy día 3. En seguimiento por infectología, sugieren continuar con igual manejo antibiótico y adicionan fluconazol. Por otra parte, paciente en POP de intervención quirúrgica en escara sacra del 04.10.2020, valorada por cirugía general quienes llevarán mañana a nueva intervención quirúrgica. En seguimiento por reumatología, consideran alta sospecha de actividad lúpica pero ante cuadro infeccioso actual no se inicia inmunosupresión agresiva. Se considera que de continuar con alzas térmicas pese al cubrimiento antibiótico se pensará en fiebre de origen reumatológico por LES activo y se comentará con reumatología posibilidad de inicio de pulsos de esteroide. Al momento en regulares condiciones generales, persiste febril, taquicárdica, diaforética, con laboratorios que evidencian hiperkalemia por lo que se suspende reposición de potasio y se inicia resinas de intercambio; se solicitan estudios complementarios en busca de foco infeccioso, incluyendo pruebas para SARS COV 2 ante pandemia actual. Paciente **sin nuevas intervenciones por parte de nuestra especialidad** por lo que continúa hospitalizada a cargo de reumatología y en seguimiento por infectología. Paciente con pronóstico neurológico incierto, ominoso. Se explica a la madre condición actual y alto riesgo de complicaciones.

PLAN: - Continuar hospitalizada a cargo de reumatología - Suspendir reposición de potasio - Seguimiento por infectología - Control de signos vitales. - Avisar cambios. - Gracias. Dr Carlos Velasco, Internista Dra Ma Carolina Restrepo G, Residente de Medicina Interna

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.10.2020

Hora Registro: 17:27:04

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: **REUMATOLOGIA**

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiroyes eincontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV} SUBJETIVO: Persiste con temblor, SIn cambios en el estado neurológico. COOn febrículas. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 37.9 FC 152 FR 21 TA 113/91 TAM 98 SAT 98% Paiente en regulares condiciones generales, en el mometno febril, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncos. ABDÓMEN: Normal.

EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalizaicon, fuerza 4/5 en 4 extremidades. espasticidad generalizada, ya sin temblor, no sigue ordenes. sistema de succión en region glutea.

TRAE: 06.10.20 NA 142 PCR 1.57 CL 104 MAG 2.1 K PROCESO 05.10.20 tb en LCR:: NO DETECTABLE 05.10.20 Leuc 8660 N 7280 L 600 Hb 7.3 Pla 225000 Bun 9 Creat 0.27 Na 139 K 3.9 P 3.89 PCR 6.2 K 3.32 HEMOCULTIVOS 2/2 NEG 04.10 RX TORAX: NO CONSOLIDACION FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 05.10.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 7.0 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 23.5 Leucocitos: (/mm3) 1120 9400 13640 9600 9260 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 7370 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 1010 Monocito: (%) 320 220 230 260 700 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135.000 184. 146. 355. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 6.2 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina:(mgr/dL)0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 139 Potasio 3.58 3.36 3.59 3.3 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR PROCESO 05.10.20 Hemocultivos 2/2 negativos a la fecha 02.10.20 hb 6.6 hto 21.8 leu 6880 neu 5060 lin 1000 mono 400 plt 198.000 BUN 9.30 CREATININA 0.23 SODIO 141.20 POTASIO 3.89 CLORO 110.40 30.09.20 HB 6.6 HTO 21.1 LEU 7100 NEU 6270 LIN 380 MONO 260 PCR 7.37 POTASIO 3.1 30.9.20 RMN PELVIS Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis . 28.9.20 extendido sp: Hipocromía +. -Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. plt disminuidas. copro_ SANGRE CULTA POSITIVA: FLORA DISMINUIDA CON PREDOMINIO BACILAR. LEU 10-13 XC. MOCO +++++ 27.9.20: LCR VDRL NR, tipificación de gérmenes: negativo, cultivos negativos. GeneXpert en LCR no detectado 24.9.20 cultivo de secreción: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO3 20 SO2 95% ac lactico 1.4 RMN neuroeje 25.9.20 PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parenquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meningeo nodular difuso, con liquido cefaloraquideo negativo para infección (PCR multiple y TB negativo). Neurologia indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendiente. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. En el momento en regular estado general, taquicardia con febrícula, persiste con temblor, se realizó retiro de catéter por contaminación, se solicitan nuevos cultivos, gases arteriales, electrolitos y lactatao para evaluar estado hemodinámico. Neurología cierra iterconsulta y por ahora considera debe continuar igual manejo por parte de ellos. **Por ahora por parte de reumatología no avanzamos en inmunosupresión por infección persistente.** Continuamos atentos a evolución. **Una vez se module la respuesta inflamatoria actual se considerará manejo con inmunoglobulina.**

Seguimiento por infectología Cultivos, gases arteriales y lactato

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.10.2020

Hora Registro: 05:22:52

Responsable: PERAFAN VALDES, LINA MARIA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA SOHO LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 Edad: 20 años DIAGNÓSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmafér. (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - NeuroTC: Pérdida de vol. del parénquima cerebral no esperado para edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis MOTIVO DE INGRESO A SOHO: Hipofosfatemia ANTECEDENTES: - Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. - Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). - Tóxico-alérgicos: Niega. - Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. - Ginecoobstétricos: G0 - Transfusionales: 2018 (Plaquetas). - Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x1- Quetiapina 100mg x1 - Acido valproico 250mg x1 EXAMEN FÍSICO: Paciente no se comunica con el medio, no obedece órdenes y nuevamente más desconectada del entorno. Madre refiere que la ha en iguales condiciones. Diuresis por sonda vesical, deposiciones en pañal de consistencia

líquida. Afebril. En cama, regulares condiciones generales, sin soporte de oxígeno, sin dificultad respiratoria. Con sonda nasogástrica SIGNOS VITALES: T° FC FR TAS TAD TAM SaO2% 37,20 147,0 17,0 146,0 90,0 108,67 99,0 37,20 103,0 20,0 151,0 99,0 116,33 93,0 37,90 110,0 22,0 194,0 71,0 112,0 94,0 Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen depresible, no doloroso, sin masas ni megalias Extremidades móviles, sin edemas, llenado capilar < 3 seg Alerta, con temblor en miembros superiores, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. Sistema VAC y Sonda vesical con orina clara. PARACLÍNICOS: - 07.10.2020: Na: 137,8, K: 4.29, Mg: 2.16, Fosforo: 1.78 - 06.10.2020: Na 142.1 K 2.86 Cl 104 Mg 2.18 PCR 1.57 - 05.10.2020: Leu 9260 N 7370 Linf 1010 Hb 7 Hcto 23.5 VCM 84.2 PLT 355 Na 139.9 K 3.32 PCR 6.36 Lactato 1.25 GA: pH 7.52 pCO2 29.3 pO2 81.8 SaO2 97.6 BE 0.9 HCO3 23.6 - 03.10.2020: Leu 8660 N 7280 Linf 600 Hb 7.3 Hcto 24.2 VCM 83.2 PLT 225 Creat 0.27 BUN 9 Na 139.3 K 3.93 Fósforo 3.89 - 02.10.2020: Leu 6880 N 5060 Linf 1000 Hb 6.6 Hcto 21.8 VCM 83.5 PLT 198 Creat 0.23 BUN 9.3 Na 141.2 K 3.89 Cl 110.4 - 01.10.2020: Albúmina 2.75 Na 145.6 K 3.8 Calcio 8.31 (corregido 9.31) Fósforo 1.93 Ferritina 180 PROCEDIMIENTOS: - 04.10.2020: DESBRIDAMIENTO + VAC: úlcera por decúbito presaca y glútea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital ,tejido de granulación incipiente zonas de presión trocánticas ya resueltas MICROBIOLÓGICO: - 04.10.2020: Hemocultivos 1 y 2: negativos a la fecha - 01.10.2020: COPROCULTIVO: Negativo para: Aeromonas spp, Plesiomonas spp, Campylobacter spp, Vibrio spp, Salmonella spp. y Shigella spp - 01.10.2020: DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (CARBANP): Pseudomonas aeruginosa aislada en el cultivo # 9270648 . POSITIVO, sugiere la presencia de carbapenemasa ANÁLISIS/PLAN: Paciente con historia de púrpura trombocitopénica en 2018 y diagnóstico de LES en agosto de 2019. Ahora consulta por cuadro que inicia en febrero de 2020 de deterioro neurológico progresivo, con múltiples hospitalizaciones extrahospitalarias: apendicitis + peritonitis, mielitis transversa para lo que recibió 2 sesiones de plasmaféresis y ciclofosfamida, síntomas neuropsiquiátricos y comportamiento desorganizado por lo que recibe dosis de rituximab. con progresión de déficit neurológico hasta postración y mutismo. Ingresa por cuadro febril asociado a úlcera sacra. Requiere manejo en UCI por cuadro séptico. Al momento en regulares condiciones generales, persiste, afebril en el momento de la evaluación, taquicárdica. Se encuentra en seguimiento por SOHO por hipofosfatemia en reposición hacia la mejoría. Último control (P: 1.78). Además cursó con hiperkalemia la cual se encuentra resuelta. Continúa seguimiento por SOHO, hospitalizada a cargo de reumatología y seguimiento por infectología. Paciente con pronóstico neurológico incierto. - Se solicitan paraclínicos de control. - Se explica conducta a familiar presente.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.10.2020

Hora Registro: 07:41:22

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGIA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ Edad: 20 AÑOS Diagnósticos: 1- Úlcera por presión en región sacra y glútea ** POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 2- Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. SUBJETIVO Paciente que no establece comunicación con entrevistador, madre no refiere dolor, la ha sentido febril al tacto fiebre. Duerme por intervalos. Diuresis y deposiciones sin alteraciones. Con dren y sistema VAC de escara sacra funcional.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa el paciente: OBJETIVO Encuentro paciente en regulares condiciones generales, en cama de hospitalización, con inmovilización de extremidades superiores. Con acompañante (madre). No se comunica con el entrevistadora. Sin soporte de oxígeno, sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES: FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SaO2% 08.10.2020 04:00:00 37,10 102,00 21,00 130,00 51,00 77,33 95,00 08.10.2020 00:01:47 37,90 110,00 22,00 194,00 71,00 112,00 94,00 07.10.2020 20:00:00 37,20 103,00 20,00 151,00 99,00 116,33 93,00 07.10.2020 16:00:00 37,20 147,00 17,00 146,00 90,00 108,67 99,00 07.10.2020 12:00:00 37,40 141,00 20,00 111,00 90,00 97,00 98,00 Cabeza: Normocefálica. Escleras anictericas. Mucosas húmedas, pálidas. Cuello simétrico Torax: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin sobreagregados. Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, sin soplos. Abdomen: Blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, sin masas ni megalias palpables. Sistema VAC funcional drenando 100 cc en las últimas 24 horas. Genitourinario: Sonda vesical con orina clara. Extremidades: móviles, sin edemas, llenado capilar < 3 seg SNC: Alerta, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. PARACLÍNICOS: - 07.10.2020: Na 137, K 4.29, Mg 2.16, P1.78, RT-PCR SARS-CoV2 Negativo, pH 7.48, pCO2 25, HCO3 18, BE -3.9, Acido láctico 1.32 - 06.10.2020: Na 140, K 3.61 - 06.10.2020 Na 142 K 2.86 Cl 104 Mg 2.18 - 05.10.20: Leu 9260 N 7370 Linf 1010 Hb 7 Hcto 23.50 VCM 84.2 PLT 355 Na 139.9 K 3.32 Cloro 105.70 pcr 6.26 acido lactico 1.25 -04.10.20; Hemocultivo negativos hasta la fecha - 03.10.2020: Leu 8660 N 7280 Linf 600 Hb 7.3 Hcto 24.2 VCM 83.2 PLT 225 Creat 0.27 BUN 9 Na 139.3 K 3.93 Fósforo 3.89 - 02.10.2020: Leu 6880 N 5060 Linf 1000 Hb 6.6 Hcto 21.8 VCM 83.5 PLT 198 Creat 0.23 BUN 9.3 Na 141.2 K 3.89 Cl 110.4 - 01.10.2020: Albúmina 2.75 Na 145.6 K 3.8 Calcio 8.31 (corregido 9.31)

Fósforo 1.93 Ferritina 180 - 30.09.2020: PCR 7.37 K 3.1 - 29.09.2020: CPK 707 TSH 0.91 T4L 1.18 - 28.09.2020: Coproscópico: café mucoide pH 8 sangre oculta positivo flora bact lig aumentada con predominio cocobacilar Hematíes 2-4xc Leu 25-30xc moco +++++ Parásitos neg Wright N 92% Linf 8% - 28.09.2020: BT 0.23 BD 0.17 AST 102 ALT 99.3 PT 14.1 INR 1.23 PTT 25.8 Vitamina B12 1469 K 3.59 Fósforo 1.94 Lactato 1.21 PCR 9.52 EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA GB: *Leucopenia marcada. -Diferencial manual: Neutrófilos %: 89 Linfocitos % 5 Monocitos %: 4 Eosinófilos %: 2 -No se observa blastos ni alteraciones morfológicas. GR: *Hipocromía +. - Anisocitosis a expensas de microcitosis +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. PLAQUETA: *Cuantitativamente disminuidas. -Se observa plaquetas con granulación normal, buena distribución. COOMBS directo positivo ++ - 26.09.2020: LCR: Transparente incoloro GR 0 GB 1 glucosa 49.5 proteínas 33.2 LDH 44 pH 8 - 26.09.2020: C3 y C4 normal anti DNA 13.5 neg PROCEDIMIENTOS: - 04.10.20: Lavado y desbridamiento: úlcera por decúbit opresora y glútea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital ,tejido de granulación incipiente zonas de presión trocánterica ya resueltas - 26.09.2020: ESCARECTOMÍA + L +D ÚLCERA SACRA: Úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hemopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm. IMÁGENES: - 29.09.2020: RMN PELVIS: gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneo sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis. - 29.09.2020: EMG + NC DE 4 EXTREMIDADES: Estudio ANORMAL sugestivo de polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal. - 28.09.2020: TAC DE CRÁNEO: cambios involutivos no acordes con la edad. No evidencia lesiones ocupantes de espacio, hemorrágicas o isquémicas. - 25.09.2020: RMN CEREBRAL, COLUMNA CERVICOTORÁCICA: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad. Prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso. RM de columna cervicotorácica dentro de límites normales, sin evidencia de signos de mielopatía.

Paciente femenina de 20 años de edad con antecedentes de púrpura trombocitopénica en 2018 y de LES en Agosto de 2019, en seguimiento en otra institución en manejo con cloroquina, quien es traída por cuadro febril, con deterioro neurológico progresivo, asociado a úlcera sacra, por lo que interconsulta a Cirugía general. Fue llevada lavado y desbridamiento de úlcera sacra, en dos oportunidades, la última el 04.10.20, sin complicaciones. Hemocultivos hasta el momento negativos, sin leucocitosis ni neutrofilia, en cubrimiento antibiótico con meropenem + vancomicina + fluconazol. Neurología cerró interconsulta y por ahora considera debe continuar igual manejo por parte de ellos. Por ahora por parte de reumatología no avanzan en inmunosupresión por infección persistente. Una vez se module la respuesta inflamatoria actual se considerará manejo con inmunoglobulina. Paciente quien el día de hoy se encuentra en regulares condiciones generales, continua con picos febriles y taquicardica. Últimos paraclínicos con potasio en rangos de normalidad, acidosis metabólica compensada, con lactato normal. Sin otros desequilibrios hidroelectrolíticos. En seguimiento por medicina interna. **Se programa intervención quirúrgica para el día de hoy con lavado y desbridamiento de úlcera sacra + cambio de sistema VAC.** Atentos a la evolución postoperatoria. Debe continuar hospitalizada por especialidades tratantes, medicina interna y reumatología

-Continuar hospitalizada a cargo de medicina interna y reumatología -Pendiente ser llevada hoy a Lavado y desbridamiento + cambio de sistema VAC -En seguimiento por infectología -Control de signos vitales y avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.10.2020

Hora Registro: 08:18:54

Responsable: PRIETO RUSCA, MARIA ISABEL

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA INTERNA - SOPORTE HOSPITALARIO LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 20 AÑOS CC: 1107531724

COOMEVA EPS S.A. RC DIAGNÓSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica

2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-

Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro

neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de

volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP

escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por

Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico

08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima

lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas).

Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab

100 mg x 1 - Acido valproico 250 mg x 1 MONITORÍA: En regulares condiciones, mutista, con pobre interacción

08:00:00 36,20 78,00 22,00 108,00 73,00 84,67 95,00 04:00:00 37,10 102,00 21,00 130,00 51,00 77,33 95,00

00:01:47 37,90 110,00 22,00 194,00 71,00 112,00 94,00 PARACLÍNICOS 08.10.2020 na: 10 k: 3.73 mg: 2.34 p: 3.52

07.10.2020 na: 136 k: 6.79** mg: 2.19 p: 1.58 06.10.2020 NA: 142 K: 2.86 CL: 104 MG: 2.18 CONCEPTO: Paciente

con historia descrita, hospitalización prolongada y múltiples complicaciones ya enunciadas. En seguimiento por soporte

hospitalario dados desequilibrios hidroelectrolíticos (hipokaliemia e hipofosfatemia), En el momento ya corregidos. Se

considera que puede continuar manejo por especialidades tratantes. se cierra seguimiento por soho.

*
*
*

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 08.10.2020

Hora Registro: 12:05:42

Responsable: RODRIGUEZ HOLGUIN, FERNANDO

Tipo de herida :

Infectada

Descripcion de la prestación :

DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITIVO

Hallazgos :

ESCARA SACRA DE FONDO LIMPIO SIN NECROSIS NI INFECCION, SE TALLAN COLGAJOS PERMITIENDO AFRONTAMIENTO DE ANGULOS EN ROMBO LOGRANDO CIERRE DE UN 70% DEL DEFECTO.

Descripción procedimiento :

RETIRO DE SISTEMA VAC. ASEPSIA, ANTISEPSIA Y CAMPOS. IRRIGACION Y LAVADO CON 1 LT DE SSN. SE TALLAN COLGAJOS FASCIOTOMICOS LATERALES. SE AFRONTAN COLGAJOS CON VICRYL 1 POR PLANOS. INSTALACION DE SISTEMA VAC M CON EXTENSION LATERAL A CADERA IZQUIERDA Y SE PROTEJE PIEL PERIFERICA Y SUTURAS CON ESPUMA AMD.

Complicaciones :

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.10.2020

Hora Registro: 13:16:04

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: **INFECTOLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC: 1107531724 / EPISODIO: 7488671 EDAD: 20 AÑOS.

DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis. 3. Úlcera de presión en región sacra y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10). ANTIBIÓTICOS: - Meropenem:

04.10.2020 - Activo. - Vancomicina: 05.10.2020 - Activo. PARACLÍNICOS 08.10.2020: Ácido láctico 1.32 Na 140.1 K 3.73 Mg 2.34 P 3.52 07.10.2020: Na 136.2 K 6.79 Mg 2.19 P 1.58 Gases: pH 7.48 PCO2 25.4 PO2 78.2 BE -3.9 HCO3 18.7 Hepatitis C anticuerpos negativos; ACS anti HTLV I y II negativos, RPR negativo; IgG 8.89 Acs IgM e IgG toxo negativos, VIH negativo, VHBAgs negativo, Na 140.7 K 3.61 Cl 105.6 IgM 0.25 06.10.2020: Na: 142 K: 2.86 Cl: 104 Mg: 2.18 Pcr: 1.57 05.10.2020: Hemograma: Gb: 9260 N: 7370 L: 1010 Hb: 7 Hto: 23.5% Pla: 355000 *Química: Na: 139 K: 3.32 Cl: 105, Pcr: 6.26 MICROBIOLOGÍA: 07.10.2020: IgG SARS CoV2 Negativo; Urocultivo negativo 04.10.2020 Hemocultivo 1 y 2: Negativo a la fecha. 01.10.2020 Carbapenemasas: P aeruginosa positiva de cultivo 9270648. 29.09.2020 Clostridium difficile: GDH No detectada; A/B No detectada. 27.09.2020 Hisopado rectal: P aeruginosa positiva para carbapenemasas. 27.09.2020 Urocultivo: negativo 27.09.2020 Hemocultivos 1 y 2: Negativos. 26.09.2020 Cultivo úlcera sacra: Escherichia coli BLEE negativo, Proteus mirabilis, Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium. 25.09.2020 Hemocultivo 1: Proteus mirabilis multi sensible, Imipenem int. 25.09.2020 Hemocultivo 2: Negativo. IMÁGENES: 04.10.2020 RX DE TÓRAX: Campos Pulmonares normales sin áreas de consolidación parenquimatosa, atelectasia plana retrocardíaca izquierda, espacios pleurales libres. 29.09.2020 RMN DE PELVIS: Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis.

CONCEPTO Y PLAN: Femenina de 20 años de edad con diagnóstico de Lupus con compromiso de SNC lo que ha llevado a postración. Conocida por nosotros por infección profunda de tejidos blandos de corta aparición con escara sacra que presentaba continuidad con hueso expuesto. Tiene RMN de tejidos blandos sin evidencia de sequestro óseo, lo que descarta posible compromiso óseo. Cultivo de secreción sacra con múltiples microorganismos destacando Proteus mirabilis el cual se relaciona con reporte de hemocultivo del 25.09.2020. Ahora paciente en piso con evolución estacionaria, continúa presentando alzas térmicas con mejoría de taquicardia a pesar del manejo instaurado con Naproxeno. Tiene hemocultivos persisten negativos, las pruebas serológicas fueron negativas y la PCR y anticuerpos para SARS CoV2 son negativos. Adicionalmente, cursa sin leucocitosis y PCR negativa. Por lo que continuamos sin claridad sobre el posible origen de los signos presentados. Se encuentra en cubrimiento antibiótico con meropenem + vancomicina + fluconazol, logrando por el momento una estabilidad clínica. Fue llevada el día de hoy a lavado más cambio de VAC, reportan escara sacra de fondo limpio sin necrosis ni signos de infección y logran hacer afrontamiento y cierre de un 70% del defecto. **Decidimos continuar igual manejo instaurado.**

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 08.10.2020

Hora Registro: 13:55:27

Responsable: PINZON ORTIZ, STEFANIA

NUTRICION

NUTRICION 1. POR Sonda, FORMULA NUTREN 1,5 ESQUEMA BOLOS ASI, GRAVITACIONAL: -A LAS 6 Y 18 PASAR 250 MILILITROS EN 3 HORAS -A LAS 12 HORAS PASAR 500 MILILITROS EN 4 HORAS. 2. VIGILAR DEPOSICIONES.

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.10.2020

Hora Registro: 14:48:53

Responsable: OCAMPO PIRAQUIVE, VANESSA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA INMUNOGLOBULINA: PACIENTE CON LUPUS REFRACTARIO E INFECCION SEVERA PERSISTENTE, **REQUIERE MANEJO INMUNOMODULADOR, POR SU REFRACTARIEDAD SE INICIA MANEJO CON INMUNOGLOBULINA G HUMANA, SE DILIGENCIA MIPRES # 20201008185023563289 SE DILIGENCIA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SE DEJA FIRMADO EN EL SERVICIO**

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.10.2020

Hora Registro: 16:17:31

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: **PSIQUIATRIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Acido valproico 250 mg x 1 EVOLUCION Paciente que durmio mejor, esta menos ansiosa, colabora un poco mas con las actividades de cuidado. Sin agitacion. Sin agresividad. Tolera la medicacion psiquiatrica. HISTORIA CLINICA INICIAL Paciente que trabajo en el comercio, con educacion tecnica, soltera, vive con sus padres, con los antecedentes descritos. Desde hace 4 meses la observan triste, con menor interaccion social, por momentos inquieta, con conductas impulsivas en relacion a compras y llamadas, con paulatino incremento en el aislamiento social y menor produccion ideoverbal. HACE dos meses la paciente queda postrada en cama, sin comer, con muy poca produccion ideoverbal, con insomnio de conciliacion y despertares frecuentes, ansiosa por momentos, con movimientos estereotipados de la cabeza y las extremidades superiores. Sin agitacion. En la actual hospitalizacion continua con limitaciones en la movilidad, el lenguaje y un alto grado de ansiedad.

En cama, menos ansiosa, aun desorganizada pero en menor intensidad, sin agresividad, alerta, juicio alterado.

Paciente que ha tolerado la medicacion psiquiatrica, segun la madre durmio mejor. Dejo igual manejo por el momento.

1. Lorazepam tableta 1mg: una cada 8 horas 2. Acompañante permanente.

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.10.2020

Hora Registro: 18:10:16

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: **REUMATOLOGIA**

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores eincontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV} SUBJETIVO: Persiste con temblor, evolución neurológica estacionaria. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36.2 FC 78 FR 22 TA 108/73 TAM 84 SAT 95% Paiente en regulares condiciones generales, en el mometno febril, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncos. ABDÓMEN: Normal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalizaicon, fuerza 4/5 en 4 extremidades. espasticidad generalziada, ya sin temblor, no sigue ordenes. sistema de succión en region glutea.

TRAE: 08.10.20 Na 137 K 4.2 Mg 2.1 P 1.7 06.10.20 NA 142 PCR 1.57 CL 104 MAG 2.1 K PROCESO 05.10.20 tb en LCR:: NO DETECTABLE 05.10.20 Leuc 8660 N 7280 L 600 Hb 7.3 Pla 225000 Bun 9 Creat 0.27 Na 139 K 3.9 P 3.89 PCR 6.2 K 3.32 HEMOCULTIVOS 2/2 NEG 04.10 RX TORAX: NO CONSOLIDACION FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 05.10.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 7.0 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 23.5 Leucocitos: (/mm3)1120 9400 13640 9600 9260 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 7370 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 1010 Monocito: (%) 320 220 230 260 700 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135.000 184. 146. 355. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 6.2 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina: (mgr/dL)0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 139 Potasio 3.58 3.36 3.59 3.3 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR Negativa 05.10.20 Hemocultivos 2/2 negativos a la fecha 02.10.20 hb 6.6 hto 21.8 leu 6880 neu 5060 lin 1000 mono 400 plt 198.000 BUN 9.30 CREATININA 0.23 SODIO 141.20 POTASIO 3.89 CLORO 110.40 30.09.20 HB 6.6 HTO 21.1 LEU 7100 NEU 6270 LIN 380 MONO 260 PCR 7.37 POTASIO 3.1 30.9.20 RMN PELVIS Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadr o de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas aprec iables. Cistitis +. 28.9.20 extendido sp: Hipocromía +. -Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. plt disminuidas. copro_ SANGRE CULTA POSITIVA: FLORA DISMINUIDA CON PREDOMINIO BACILAR. LEU 10-13 XC. MOCO ++++ 27.9.20: LCR VDRL NR, tipificación de gérmenes: negativo, cultivos negativos. GeneXpert en LCR no detectado 24.9.20 cultivo de secrecion: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO3 20 SO2 95% ac lactico 1.4 RMN neuroeje 25.9.20 PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunologico, hematologico (PTI), Hospitalizada actualmente por deficit neurologico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiatrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejo

cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizo procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patologico de perdida de volumen del parenquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalica aguda. Signos sugestivos de realce meningeo nodular difuso, con liquido cefalorraquideo negativo para infección (PCR multiple y TB negativo). Neurologia indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendiente. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. En el momento en regular estado general, taquicardia con febrícula, persiste con temblor, se realizó retiro de catéter por contaminación, se solicitan nuevos cultivos, gases arteriales, electrolitos y lactatao para evaluar estado hemodinámico. Neurología cierra iterconsulta y por ahora consiedera debe continuar igual manejo por parte de ellos. Por ahora **por parte de reumatología no avanzamos en inmunosupresión por infección persistente**. El día de hoy programda para nuevo lavado de escara. Ya recibe pauta antimicribinana recomendad por infectología, sin registro de fiebre en las últimas 24 horas. **Ya se corrigió trastorno electrolítico**. **Dada la alteración neurológica persistente consideramos cursa con lupus activo refractario**, por lo que **se beneficia de manejo con inmunoglobulina humana**, dado el proceso infeccioso activo hay limitación para la inmunosupresión con otros medicamentos.

Seguimiento por infectología Lavado + desbridamiento el día de hoy Inmunoglobulina humana

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.10.2020

Hora Registro: 18:48:24

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Activación

Encuentro paciente en estable condición, con inmovilización de miembros superiores. Alimentación por sonda nasogastrica. En compañía de la madre. Se realiza movilización miofascial a nivel perioral y perilaringeo para disminuir el aumento del tono y estimulación del mecanismo de la deglución en seco. Según la Escala Funcional para la Ingesta Oral se clasifica en nivel 1. Continua terapia de fonoaudiología Se comenta con jefe de turno Queda estable. -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Nada vía oral Terapia de fonoaudiología

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.10.2020

Hora Registro: 10:29:52

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación DIAGNÓSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, tranquila, en estable condición. Inmovilizada en miembros superiores. En compañía de madre. Se realiza actividad estimulación seguimiento de órdenes verbales de una acción, logrando este a la imitación; además se trabaja identificación objetos a través de movimientos oculares, logrando en ocasiones identificación de estos. Se brindan pautas de estimulación a la madre de seguimiento órdenes verbales de una acción e identificación objetos, haciendo énfasis en los movimientos oculares; quien refiere comprender y aceptar. Se comenta con Jefe de turno. Queda estable. -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Terapia de fonoaudiología.

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.10.2020

Hora Registro: 11:24:28

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ Edad: 20 AÑOS Diagnósticos: 1- Úlcera por presión en región sacra y glútea ** POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 2. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. SUBJETIVO Paciente que no establece comunicación con entrevistador, madre no refiere dolor, no refiere otra sintomatología. Diuresis y deposiciones sin alteraciones. Con drenaje y sistema VAC de escara sacra funcional.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes durante el estado de emergencia de salud publica por la actual pandemia COVID-19 se evalúa el paciente: OBJETIVO Encuentro paciente en regulares condiciones generales, en cama de hospitalización, con inmovilización de extremidades superiores. Con acompañante (madre). No se comunica con el entrevistadora. Sin soporte de oxígeno, sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES: HORA T FC FR TAS TAD TAM SaO2% 08.10.2020 04:00:45 36,90 113,00 22,00 125,00 0 87,00 99,67 94,00 00:00:20 37,00 120,00 20,00 124,00 0 74,00 90,67 95,00 20:00:29 36,60 119,00 21,00 106,00 0 76,00 86,00 92,00 16:00:00 37,50 155,00 20,00 137,00 0 95,00 109,00 99,00 12:19:00 36,60 111,00 16,00 122,00 0 79,00 93,33 99,00 08:00:00 36,20 78,00 22,00 108,00 0 73,00 84,67 95,00 Cabeza: Normocefálica. Escleras anictéricas. Mucosas húmedas, pálidas. Cuello simétrico Torax: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin sobreagregados. Ruidos cardíacos rítmicos y regulares, sin soplos. Abdomen: Blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, sin masas ni megalias palpables. Sistema VAC funcional drenando 100 cc en las últimas 24 horas. Genitourinario: Sonda vesical con orina clara. Extremidades: móviles, sin edemas, llenado capilar < 3 seg SNC: Alerta, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. PARACLÍNICOS: 08.09.2020 HEMOCULTIVOS NEGATIVOS HASTA LA FECHA UROCULTIVO: Negativos Na 140 K 3.73 MG 2.34 P 3.52 - 07.10.2020: Na 137, K 4.29, Mg 2.16, P1.78, RT-PCR SARS-CoV2 Negativo, pH 7.48, pCO2 25, HCO3 18, BE -3.9, Acido láctico 1.32 - 06.10.2020: Na 140, K 3.61 - 06.10.2020 Na 142 K 2.86 Cl 104 Mg 2.18 - 05.10.20: Leu 9260 N 7370 Linf 1010 Hb 7 Hcto 23.50 VCM 84.2 PLT 355 Na 139.9 K 3.32 Cloro 105.70 pcr 6.26 acido lactico 1.25 -04.10.20; Hemocultivo negativos hasta la fecha - 03.10.2020: Leu 8660 N 7280 Linf 600 Hb 7.3 Hcto 24.2 VCM 83.2 PLT 225 Creat 0.27 BUN 9 Na 139.3 K 3.93 Fósforo 3.89 - 02.10.2020: Leu 6880 N 5060 Linf 1000 Hb 6.6 Hcto 21.8 VCM 83.5 PLT 198 Creat 0.23 BUN 9.3 Na 141.2 K 3.89 Cl 110.4 - 01.10.2020: Albúmina 2.75 Na 145.6 K 3.8 Calcio 8.31 (corregido 9.31) Fósforo 1.93 Ferritina 180 - 30.09.2020: PCR 7.37 K 3.1 - 29.09.2020: CPK 707 TSH 0.91 T4L 1.18 - 28.09.2020: Coprosκόpio: café mucoide pH 8 sangre oculta positivo flora bact lig aumentada con predominio cocobacilar Hematíes 2-4xc Leu 25-30xc moco ++++ Parásitos neg Wright N 92% Linf 8% - 28.09.2020: BT 0.23 BD 0.17 AST 102 ALT 99.3 PT 14.1 INR 1.23 PTT 25.8 Vitamina B12 1469 K 3.59 Fósforo 1.94 Lactato 1.21 PCR 9.52 EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA GB: *Leucopenia marcada. -Diferencial manual: Neutrófilos %: 89 Linfocitos % 5 Monocitos %: 4 Eosinófilos %: 2 -No se observa blastos ni alteraciones morfológicas. GR: *Hipocromía +. - Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. PLAQUETA: *Cuantitativamente disminuidas. -Se observa plaquetas con granulación normal, buena distribución. COOMBS directo positivo ++ - 26.09.2020: LCR: Transparente incoloro GR 0 GB 1 glucosa 49.5 proteínas 33.2 LDH 44 pH 8 - 26.09.2020: C3 y C4 normal anti DNA 13.5 neg PROCEDIMIENTOS: -08.10.20 : Lavado y desbridamiento: Escara sacra de fondo limpio sin necrosis ni infección, se tallan colgajos permitiendo afrontamiento de ángulos en rombo logrando cierre de un 70% del defecto. - 04.10.20: Lavado y desbridamiento: úlcera por decúbit opresora y glútea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital ,tejido de granulación incipiente zonas de presión trocánterica ya resueltas - 26.09.2020: ESCARECTOMÍA + L +D ÚLCERA SACRA: Úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hemopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm.

Paciente femenina de 20 años de edad con antecedentes de púrpura trombocitopénica en 2018 y de LES en Agosto de 2019, en seguimiento en otra institución en manejo con cloroquina, quien es traída por cuadro febril, con deterioro neurológico progresivo, asociado a úlcera sacra, por lo que interconsulta a Cirugía General. Ha sido llevada a lavado y desbridamiento de úlcera sacra, en tres oportunidades, la última el día de ayer 08.09.2020, sin complicaciones, donde encontraron úlcera sacra de fondo limpio, hicieron cambio de VAC y procedieron a colocar colgajos. Hemocultivos y urocultivo hasta el momento negativos, sin leucocitosis ni neutrofilia, en cubrimiento antibiótico con meropenem + vancomicina + fluconazol. Neurología cerró interconsulta y por ahora considera debe continuar igual manejo por parte de ellos. Por ahora por parte de reumatología no avanzan en inmunosupresión por infección persistente y junto con medicina interna considera que paciente está cursando con lupus agudo refractario y por tanto deciden iniciar manejo con inmunoglobulina humana. Paciente quien el día de hoy se encuentra en regulares condiciones generales, afebril, pero persiste con taquicardia. Últimos paraclínicos sin desequilibrios hidroelectrolíticos. En seguimiento por medicina interna y psiquiatría. Paciente con sistema VAC en región sacra funcional, se comenta con Dr Rodriguez, se considera que se revalorará la paciente el martes de la proxima semana para definir si requiere nueva intervención quirúrgica para retiro del VAC o retiro y manejo de la úlcera por TEO en cama. estamos atentos a nuevo llamado.

PLAN -Continuar hospitalizada a cargo de medicina interna y reumatología -En seguimiento por infectología y psiquiatría -Control de signos vitales y avisar cambios -Gastroprotección con metronidazol - Vigilar signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.10.2020

Hora Registro: 13:45:03

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: **INFECTOLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC: 1107531724 / EPISODIO: 7488671 EDAD: 20 AÑOS.

DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10). ANTIBIÓTICOS: - Meropenem:

04.10.2020 - Activo. - Vancomicina: 05.10.2020 - Activo. - Ampicilina sulbactam: 28.09.2020 - 05.10.2020.

PARACLÍNICOS 09.10.2020: CPK 55 Na 140.1 K 3.73 Mg 2.34 P 3.52 08.10.2020: Ácido láctico 1.32 Na 140.1 K 3.73 Mg 2.34 P 3.52 07.10.2020: Na 136.2 K 6.79 Mg 2.19 P 1.58 Gases: pH 7.48 PCO2 25.4 PO2 78.2 BE -3.9 HCO3 18.7

Hepatitis C anticuerpos negativos; ACS anti HTLV I y II negativos, RPR negativo; IgG 8.89 Acs IgM e IgG toxo negativos, VIH negativo, VHBAgs negativo, Na 140.7 K 3.61 Cl 105.6 IgM 0.25 06.10.2020: Na: 142 K: 2.86 Cl: 104 Mg: 2.18 Pcr: 1.57 05.10.2020: Hemograma: Gb: 9260 N: 7370 L: 1010 Hb: 7 Hto: 23.5% Pla: 355000 *Química: Na:

139 K: 3.32 Cl: 105, Pcr: 6.26 MICROBIOLOGÍA: 09.10.2020: :PUNTA DE CATÉTER CVC FEMORAL: negativo a las 24 y 48 horas de incubación. 07.10.2020: IgG SARS CoV2 Negativo; Urocultivo negativo 04.10.2020 Hemocultivo 1 y 2: Negativo a la fecha. 01.10.2020 Carbapenemasas: P aeruginosa positiva de cultivo 9270648. 29.09.2020 Clostridium

difficile: GDH No detectada; A/B No detectada. 27.09.2020 Hisopado rectal: P aeruginosa positiva para carbapenemasas. 27.09.2020 Urocultivo: negativo 27.09.2020 Hemocultivos 1 y 2: Negativos. 26.09.2020 Cultivo

úlceras sacra: *Escherichia coli* BLEE negativo, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*. 25.09.2020 Hemocultivo 1: *Proteus mirabilis* multi sensible, Imipenem int. 25.09.2020 Hemocultivo 2: Negativo.

IMÁGENES: 04.10.2020 RX DE TÓRAX: Campos Pulmonares normales sin áreas de consolidación parenquimatosa, atelectasia plana retrocardíaca izquierda, espacios pleurales libres. 29.09.2020 RMN DE PELVIS: Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. CONCEPTO Y PLAN:

Femenina de 20 años de edad con diagnóstico de Lupus con compromiso de SNC lo que ha llevado a postración. Conocida por nosotros por infección profunda de tejidos blandos de corta aparición con escara sacra que presentaba

continuidad con hueso expuesto. Tiene RMN de tejidos blandos sin evidencia de secuestro óseo, lo que descarta posible compromiso óseo. Cultivo de secreción sacra con múltiples microorganismos destacando *Proteus mirabilis* el

cual se relaciona con reporte de hemocultivo del 25.09.2020. Ahora paciente en piso con evolución estacionaria, continua presentando taquicardia, sin presentar alzas térmicas. Ayer fue llevada a lavado más cambio de VAC,

reportan escara sacra de fondo limpio sin necrosis ni signos de infección y logran hacer afrontamiento y cierre de un 70% del defecto. Al día de hoy los hemocultivos persisten negativos, las pruebas serológicas fueron negativas y la PCR

y anticuerpos para SARS CoV2 son negativos. Adicionalmente, cursa sin leucocitosis y PCR negativa. Por lo anterior se

decide continuar manejo antibiotico con imipenem 1gr cada 8 horas durante 2 semanas, dado el aislamiento encontrado previamente y al tratarse de una ulcera sobreinfectada. Suspendemos meropenem, vancomicina y fluconazol. Por el momento **no requiere de nuevas intervenciones por parte de infectología**, estaremos atentos a cualquier necesidad. Se cierra interconsulta.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.10.2020

Hora Registro: 15:33:22

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: **REUMATOLOGIA**

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ - CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD

ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan,

familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y

prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico.

Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no

habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab

(1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosistente en fiebre

con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Ha estado más tranquila, sin nuevos episodios de fiebre. Leve disminución del temblor. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36.9 FC 113 FR 22 TA 125/87 TAM 99 SAT 94% Paciente en regulares condiciones generales, en el momento febril, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncós. ABDOMEN: Normal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalizaicon, fuerza 4/5 en 4 extremidades. espasticidad generalizada, no sigue ordenes. Sistema de succión en región glútea.

08.10.20 Na 137 K 4.2 Mg 2.1 P 1.7 06.10.20 NA 142 PCR 1.57 CL 104 MAG 2.1 K PROCESO 05.10.20 tb en LCR:: NO DETECTABLE 05.10.20 Leuc 8660 N 7280 L 600 Hb 7.3 Pla 225000 Bun 9 Creat 0.27 Na 139 K 3.9 P 3.89 PCR 6.2 K 3.32 HEMOCULTIVOS 2/2 NEG 04.10 RX TORAX: NO CONSOLIDACION FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 05.10.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 7.0 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 23.5 Leucocitos: (/mm3) 11120 9400 13640 9600 9260 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 7370 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 1010 Monocito: (%) 320 220 230 260 700 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135.000 184. 146. 355. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 6.2 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina: (mgr/dL) 0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 139 Potasio 3.58 3.36 3.59 3.3 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterase 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR Negativa 05.10.20 Hemocultivos 2/2 negativos a la fecha 02.10.20 hb 6.6 hto 21.8 leu 6880 neu 5060 lin 1000 mono 400 plt 198.000 BUN 9.30 CREATININA 0.23 SODIO 141.20 POTASIO 3.89 CLORO 110.40 30.09.20 HB 6.6 HTO 21.1 LEU 7100 NEU 6270 LIN 380 MONO 260 PCR 7.37 POTASIO 3.1 30.9.20 RMN PELVIS Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis . 28.9.20 extendido sp: Hipocromía +. -Anisocitosis a expensas de microcitosis +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. plt disminuidas. copro_ SANGRE CULTA POSITIVA: FLORA DISMINUIDA CON PREDOMINIO BACILAR. LEU 10-13 XC. MOCO ++++ 27.9.20: LCR VDRL NR, tipificación de gérmenes: negativo, cultivos negativos. GeneXpert en LCR no detectado 24.9.20 cultivo de secreción: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO3 20 SO2 95% ac láctico 1.4 RMN neuroeje 25.9.20 PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendiente. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. En el momento en regular estado general, taquicárdica con febrícula, persiste con temblor, se realizó retiro de catéter por contaminación, se solicitan nuevos cultivos, que hasta el momento son negativos. Se considera que a ciente cursa con actividad lúica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos actual, se consideró paciente se beneficia de manejo con inmunoglobulina, pendiente aplicación. Recibe pauta antimicrobiana recomendada por infectología, sin registro de fiebre. El día de ayer lleva a desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio. **POR ahora no modificamos conductas. Continúa vigilancia clínica.**

Seguimiento por infectología Inmunoglobulina humana ss. paraclínicos de control

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.10.2020

Hora Registro: 17:53:55

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: **PSIQUIATRIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019.

1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por *Proteus mirabilis* 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Ácido valproico 250 mg x 1 EVOLUCION Paciente no duerme. En el día tranquila, sin agitación, sin agresividad. La ansiedad ha disminuido en forma importante. Persiste negativista, con tendencia al mutismo. HISTORIA CLINICA INICIAL Paciente que trabajo en el comercio, con educación técnica, soltera, vive con sus padres, con los antecedentes descritos. Desde hace 4 meses la observan triste, con menor interacción social, por momentos inquieta, con conductas impulsivas en relación a compras y llamadas, con paulatino incremento en el aislamiento social y menor producción ideoverbal. Hace dos meses la paciente queda postrada en cama, sin comer, con muy poca producción ideoverbal, con insomnio de conciliación y despertares frecuentes, ansiosa por momentos, con movimientos estereotipados de la cabeza y las extremidades superiores. Sin agitación. **En la actual hospitalización continúa con limitaciones en la movilidad, el lenguaje y un alto grado de ansiedad.**

En cama, menos ansiosa, **aun desorganizada pero en menor intensidad**, **sin agresividad**, alerta, juicio alterado.

Paciente más tranquila, **continúa negativista**. No está durmiendo. Ajusto al dosis de lorazepam de la noche.

1. Lorazepam tableta 1mg: una a las 6am - una a las 2pm - dos a las 7pm

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.10.2020

Hora Registro: 13:09:01

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: **REUMATOLOGIA**

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presentó dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresa a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-40 °C, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Notoria mejoría de temblor, la familiar describe elevación de temperatura, no se encuentra en la monitoria en donde se evidencia sin picos febriles pero con persistencia de taquicardia. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36.5 FC 129 FR 21 TA 119/60 SAT 96% Paciente en regulares condiciones generales, en el momento febril, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncós. ABDOMEN: Normal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. espasticidad generalizada, no sigue órdenes. Sistema de succión en región glútea.

08.10.20 Na 137 K 4.2 Mg 2.1 P 1.7 06.10.20 NA 142 PCR 1.57 CL 104 MAG 2.1 K PROCESO 05.10.20 tb en LCR:: NO DETECTABLE 05.10.20 Leuc 8660 N 7280 L 600 Hb 7.3 Pla 225000 Bun 9 Creat 0.27 Na 139 K 3.9 P 3.89 PCR 6.2 K 3.32 HEMOCULTIVOS 2/2 NEG 04.10 RX TORAX: NO CONSOLIDACION FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 05.10.20 10.10.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 7.0 Proceso Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 23.5 Leucocitos: (/mm3) 11120 9400 13640 9600 9260 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 7370 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 1010 Monocito: (%) 320 220 230 260 700 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135.000 184. 146. 355. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 6.2 1.27 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina: (mgr/dL) 0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 139 Potasio 3.58 3.36 3.59 3.3 2.89 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR Negativa 05.10.20 Hemocultivos 2/2 negativos a la fecha 02.10.20 hb 6.6 hto 21.8 leu 6880 neu 5060 lin 1000 mono 400 plt 198.000 BUN 9.30 CREATININA 0.23 SODIO 141.20 POTASIO 3.89 CLORO 110.40 30.09.20 HB 6.6 HTO 21.1 LEU 7100 NEU 6270 LIN 380 MONO 260 PCR 7.37 POTASIO 3.1 30.9.20 RMN PELVIS Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis . 28.9.20 extendido sp: Hipocromía +. -Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. plt disminuidas. copro_ SANGRE CULTA POSITIVA: FLORA DISMINUIDA CON PREDOMINIO BACILAR. LEU 10-13 XC. MOCO +++++ 27.9.20: LCR VDRL NR, tipificación de gérmenes: negativo, cultivos negativos. GeneXpert en LCR no detectado 24.9.20 cultivo de secreción: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO3 20 SO2 95% ac lactico 1.4 RMN neuroeje 25.9.20 PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENINGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meningeo nodular difuso, con líquido cefaloraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendiente. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, nuevos cultivos negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. **Se considera que la paciente cursa con actividad lúica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos actual, se consideró paciente se beneficia de manejo con inmunoglobulina**, aplicación sin complicaciones el 09.10.20. Hay mejoría dada por control de fiebre, disminución de leucos y pcr, infectología indicó manejo antibiótico con imipenem 1gr cada 8 horas durante 2 semanas por úlcera sobreinfectada. Hoy hipokalemia de 2,8, se solicita toma de EKG, reposición de K, control en la tarde y seguimiento por grupo SOHO.

- Toma de EKG, iniciar reposición de potasio - Valoración por grupo SOHO - K control para la tarde

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.10.2020

Hora Registro: 22:11:25

Responsable: PERDOMO HERRERA, SEBASTIAN

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

SOHO DIAGNÓSTICOS: 1.LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO AGOSTO 2019. 1.2. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA 2018 1.3. NEUROLUPUS: TRASTORNO PSIQUIÁTRICOS, ¿CUADRO ENCEFALÍTICO/ENCEFALOPÁTICO?, ¿NEUROPATÍA PERIFÉRICA? 2. ÚLCERA POR PRESIÓN EN REGIÓN SACRA Y GLÚTEA - POP ESCARECTOMÍA + LAVADO + DESBRIDAMIENTO 26.09.2020 Y 04.10.2020 3. SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS 3.1 BACTERIEMIA POR PROTEUS MIRABILIS 4. DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO SUBJETIVO: PACIENTE EN CAMA, EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES EXAMEN FÍSICO: T 37.6 FC 106 FR 19 TA 107/69/81 SO2 95 ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION. SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. PARACLÍNICOS: 10.10.2020 POTASIO: 2.75 ANALISIS Y PLAN: PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO CON MÚLTIPLES COMPLICACIONES, QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADA EN CONTEXTO DE BACTEREMIA POR PROTEUS MIRABILIS Y CURSANDO CON TRASTORNO HIDROELECTROLITICO. CON REPORTE DE CONTROL DE POTASIO EN 2.75, CON EKG SIN CAMBIOS. SE DECIDE AJUSTAR SOLK PERIFÉRICO A 70 CC/HORA. SE SOLICITA CONTROL. ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCION.

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.10.2020

Hora Registro: 12:19:56

Responsable: OCAMPO PIRAQUIVE, VANESSA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

PACIENTE CON FIEBRE PERSISTENTE, SE REQUIERE EVALUAR POSIBLE INFECCION VS ACTIVIDAD LES, REQUIERE TOMA DE PROCALCITONINA. SE REALIZA MIPRES: 20201011166023607415

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.10.2020

Hora Registro: 15:12:07

Responsable: MONTOYA LEHMANN, BEATRIZ EUGENIA

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por *Proteus mirabilis* 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Ácido valproico 250 mg x 1 SEGUIMIENTO 11.10.2020 Paciente en compañía de su madre, quien brinda la información. Refiere que la paciente ha estado más despierta y establece mayor contacto con el entorno, pero en las noches no está durmiendo bien. Describe que ha estado con marcada sudoración en los últimos días y fiebre. Además presenta temblor en miembros superiores que se exagera ante la presencia de personal y se acompaña de marcada angustia y ansiedad. La madre refiere que han tenido que inmovilizarla, debido a que se retira la SNG. HISTORIA CLINICA INICIAL Paciente que trabajo en el comercio, con educacion tecnica, soltera, vive con sus padres, con los antecedentes descritos. Desde hace 4 meses la observan triste, con menor interaccion social, por momentos inquieta, con conductas impulsivas en relacion a compras y llamadas, con paulatino incremento en el aislamiento social y menor produccion ideoverbal. Hace dos meses la paciente queda postrada en cama, sin comer, con muy poca produccion ideoverbal, con insomnio de conciliacion y despertares frecuentes, ansiosa por momentos, con movimientos estereotipados de la cabeza y las extremidades superiores. Sin agitacion. En la actual hospitalizacion continua con limitaciones en la movilidad, el lenguaje y un alto grado de ansiedad.

Paciente en cama, luce en regulares condiciones generales. Presenta marcada sudoración y temblor en miembros superiores. La acompaña su madre. Afecto ansioso, mal modulado. Pensamiento concreto, se dificulta evaluar contenido. No impresiona alucinada. Alerta. Juicio de realidad comprometido.

Paciente con diagnósticos anotados, con gran compromiso neurológico secundario al LES, que ha condicionado síntomas neuropsiquiátricos. Se encuentra en manejo por Psiquiatría, con sospecha de síndrome catatónico para el cual recibe lorazepam. Ha tenido respuesta parcial hacia la mejoría, pero en los últimos días ha presentado insomnio y marcada ansiedad, por lo cual se decide iniciar quetiapina que tiene efecto ansiolítico e hipnótico y lo ha recibido antes con buena respuesta. Se explica la conducta. Estaremos atentos a la evolución. **Riesgo de agitación: medio Riesgo de auto/heteroagresión: medio**

SE INDICA: 1. **CONTINUAR Lorazepam** tableta 1mg: una a las 6am - una a las 2pm - dos a las 7pm 2. INICIAR Quetiapina x 25 mg, 1 tableta/noche, vía SNG 3. Seguimiento por Psiquiatría.

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.10.2020

Hora Registro: 18:40:25

Responsable: BADILLO MORALES, ANGELICA GISELLE

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

SOHO DIAGNÓSTICOS: 1.LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO AGOSTO 2019. 1.2. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA 2018 1.3. NEUROLUPUS: TRASTORNO PSIQUIÁTRICOS, ¿CUADRO ENCEFALÍTICO/ENCEFALOPÁTICO?, ¿NEUROPATÍA PERIFÉRICA? 2. ÚLCERA POR PRESIÓN EN REGIÓN SACRA Y GLÚTEA - POP ESCARECTOMÍA + LAVADO + DESBRIDAMIENTO 26.09.2020 Y 04.10.2020 3. SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS 3.1 BACTERIEMIA POR PROTEUS MIRABILIS 4. DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO SUBJETIVO: PACIENTE EN CAMA, EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES EXAMEN FÍSICO: T 37.6 FC 120 FR 19 TA 138/95/109 SO2 93 ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION. SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. PARACLINICOS: 11.10.2020 NA 142 K 3.2 CL 105 MG 2.1 CA 8.5 F 1.8 10.10.2020 POTASIO: 2.75 ANALISIS Y PLAN: PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO CON MULTIPLES COMPLICACIONES, QUIEN SE ENCUETRA HOSPITALIZADA EN CONTEXTO DE BACTEREMIA POR PROTEUS MIRABILIS Y CURSANDO CON TRASTORNO HIDROELECTROLITICO DADO POR HIPOKALEMIA MODERADA ASINTOMATICA POR LO CUAL SE INICIÓ REPOSICION PERIFERICA CON CONTROL CON MEJORIA PARCIAL NO OBSTANTE CON HIPOSFATEMIA MODERADA POR LO CUAL SE INICIA REPOSICION A 63 CC DE FOSFATO DE POTASIO, SEGUN REPORTE DE NUEVOS PARACLINICOS SE DEFINIRA CONTINUIDAD DE ESTA O DE SOLK. PACIENTE ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE BANO GASTO. CONTINUAMOS ATENTOS A EVOLUCION, AVISAR MINIMOS CAMBIOS. SE EXPLICA

*

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.10.2020

Hora Registro: 18:57:19

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: **REUMATOLOGIA**

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Persisten algunas elevaciones de temperatura y taquicardia. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 37.0-38.0 FC 114 FR 21 TA 134/75 SAT 94% Paiente en regulares condiciones generales, en el mometno febril, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncos. ABDOMEN: Normal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalizacion, fuerza 4/5 en 4 extremidades. espasticidad generalziada, no sigue ordenes. Sistema de succión en region glutea.

FECHA 11.10.20 Sodio: 142 Potasio 3.29 Cloro 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 Fosforo 1.88 FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 05.10.20 10.10.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 7.0 7.1 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 23.5 23.6

Leucocitos: (/mm3) 11120 9400 13640 9600 9260 6850 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 7370 6090 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 1010 400 Monocito: (%) 320 220 230 260 700 320 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135.000 184. 146. 355. 390. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 6.2 1.27 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina: (mgr/dL) 0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 139 143 Potasio 3.58 3.36 3.59 3.3 2.89 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR Negativa 08.10.20 Na 137 K 4.2 Mg 2.1 P 1.7 06.10.20 NA 142 PCR 1.57 CL 104 MAG 2.1 K PROCESO 05.10.20 Hemocultivos 2/2 negativos a la fecha 05.10.20 tb en LCR:: NO DETECTABLE 05.10.20 Leuc 8660 N 7280 L 600 Hb 7.3 Pla 225000 Bun 9 Creat 0.27 Na 139 K 3.9 P 3.89 PCR 6.2 K 3.32 HEMOCULTIVOS 2/2 NEG 04.10 RX TORAX: NO CONSOLIDACION 02.10.20 hb 6.6 hto 21.8 leu 6880 neu 5060 lin 1000 mono 400 plt 198.000 BUN 9.30 CREATININA 0.23 SODIO 141.20 POTASIO 3.89 CLORO 110.40 30.09.20 HB 6.6 HTO 21.1 LEU 7100 NEU 6270 LIN 380 MONO 260 PCR 7.37 POTASIO 3.1 30.9.20 RMN PELVIS Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcigeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis . 28.9.20 extendido sp: Hipocromía +. -Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. plt disminuidas. copro_ SANGRE CULTA POSITIVA: FLORA DISMINUIDA CON PREDOMINIO BACILAR. LEU 10-13 XC. MOCO ++++ 27.9.20: LCR VDRL NR, tipificación de gérmenes: negativo, cultivos negativos. GeneXpert en LCR no detectado 24.9.20 cultivo de secreción: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO3 20 SO2 95% ac lactico 1.4 RMN neuroeje 25.9.20 PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefaloraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, nuevos cultivos negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se considera que la paciente cursa con actividad lúica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos actual, se consideró paciente se beneficia de manejo con inmunoglobulina, aplicación sin complicaciones el 09.10.20. Hay disminución de leucos y pcr, infectología indicó manejo antibiótico con imipenem 1gr cada 8 horas durante 2 semanas por úlcera sobreinfectada, sin embargo, llama la atención la persistencia de elevaciones de temperatura y taquicardia, se indican exámenes con el fin de identificar posibles focos adicionales considerando la úlcera viene mejorando según descripción de su intervención. El 10.10.20 ipokalemia de 2,8, EKG sin alteraciones, reposición periférica con mejoría a 3.2, continuar reposición.

- Continuar reposición de potasio - Exámenes control

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.10.2020

Hora Registro: 23:45:42

Responsable: ESPINAL VACCA, MARIA JOSE

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

SOHO DIAGNÓSTICOS: 1.LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO AGOSTO 2019. 1.2. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA 2018 1.3. NEUROLUPUS: TRASTORNO PSIQUIÁTRICOS, ¿CUADRO ENCEFALÍTICO/ENCEFALOPÁTICO?, ¿NEUROPATÍA PERIFÉRICA? 2. ÚLCERA POR PRESIÓN EN REGIÓN SACRA Y GLÚTEA - POP ESCARECTOMÍA + LAVADO + DESBRIDAMIENTO 26.09.2020 Y 04.10.2020 3. SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS 3.1 BACTERIEMIA POR PROTEUS MIRABILIS 4. DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO SUBJETIVO: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES EXAMEN FÍSICO: T 38.2 FC 140 FR 25 TA 115/80 SO2 91 ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. PARACLÍNICOS: 11.10.2020 NA 142 K 3.2 CL 105 MG 2.1 CA 8.5 F 1.8 10.10.2020 POTASIO: 2.75 ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON MÚLTIPLES COMPLICACIONES, QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADA EN CONTEXTO DE BACTEREMIA POR PROTEUS MIRABILIS Y CURSANDO CON TRASTORNO HIDROELECTROLÍTICO DADO POR HIPOKALEMIA MODERADA ASINTOMÁTICA CONTINUA CON REPOSICIÓN PERIFÉRICA CON CONTROL CON MEJORA PARCIAL, ADemás CON HIPOFOSFATEMIA MODERADA POR LO CUAL CONTINUA CON REPOSICIÓN A 63 CC DE FOSFATO DE POTASIO, SEGÚN REPORTE DE NUEVOS PARACLÍNICOS SE DEFINIRÁ CONTINUIDAD. PACIENTE CON

PICO FEBRIL EN LA NOCHE ASOCIADO A TQUICARDIA PERSISTENTE, SE SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA COMPLEMENTAR ESTUDIOS SOLICITADOS POR REUMATOLOGIA. CONTINUA CON SOPORTE HOSPITALARIO, ATENTOS A EVOLUCIÓN CLÍNICA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.10.2020

Hora Registro: 08:27:54

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Persisten algunas elevaciones de temperatura y taquicardia. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 37.0-38.0 FC 114 FR 21 TA 134/75 SAT 94% Paiente en regulares condiciones generales, en el mometno febril, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncos. ABDOMEN: Normal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalizacion, fuerza 4/5 en 4 extremidades. espasticidad generalziada, no sigue ordenes. Sistema de succión en region glutea.

FECHA 11.10.20 12.10.20 Leucos Neutros Linfos HB Hto Plat Sodio: 142 Proce Potasio 3.29 Cloro 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 Fosforo 1.88 Procal proce FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 05.10.20 10.10.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 7.0 7.1 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 23.5 23.6 Leucocitos: (/mm3) 11120 9400 13640 9600 9260 6850 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 7370 6090 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 1010 400 Monocito: (%) 320 220 230 260 700 320 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135.000 184. 146. 355. 390. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 6.2 1.27 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina:(mgr/dL) 0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/ PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 139 143 Potasio 3.58 3.36 3.59 3.3 2.89 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR Negativa 08.10.20 Na 137 K 4.2 Mg 2.1 P 1.7 06.10.20 NA 142 PCR 1.57 CL 104 MAG 2.1 K PROCESO 05.10.20 Hemocultivos 2/2 negativos a la fecha 05.10.20 tb en LCR.: NO DETECTABLE 05.10.20 Leuc 8660 N 7280 L 600 Hb 7.3 Pla 225000 Bun 9 Creat 0.27 Na 139 K 3.9 P 3.89 PCR 6.2 K 3.32 HEMOCULTIVOS 2/2 NEG 04.10 RX TORAX: NO CONSOLIDACION 02.10.20 hb 6.6 hto 21.8 leu 6880 neu 5060 lin 1000 mono 400 plt 198.000 BUN 9.30 CREATININA 0.23 SODIO 141.20 POTASIO 3.89 CLORO 110.40 30.09.20 HB 6.6 HTO 21.1 LEU 7100 NEU 6270 LIN 380 MONO 260 PCR 7.37 POTASIO 3.1 30.9.20 RMN PELVIS Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis . 28.9.20 extendido sp: Hipocromía +. -Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. plt disminuidas. copro_ SANGRE CULTA

POSITIVA: FLORA DISMINUIDA CON PREDOMINIO BACILAR. LEU 10-13 XC. MOCO ++++ 27.9.20: LCR VDRL NR, tipificación de gérmenes: negativo, cultivos negativos. GeneXpert en LCR no detectado 24.9.20 cultivo de secreción: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO3 20 SO2 95% ac lactico 1.4 RMN neuroeje 25.9.20 PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meningeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, nuevos cultivos negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. **Se considera que la paciente cursa con actividad lúica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos actual, se consideró paciente se beneficia de manejo con inmunoglobulina, aplicación sin complicaciones el 09.10.20.** Hay disminución de leucos y pcr, infectología indicó manejo antibiotico con imipenem 1gr cada 8 horas durante 2 semanas por ulcera sobreinfectada, sin embargo, **llama la atención la persistencia de elevaciones de temperatura y taquicardia, se indican exámenes con el fin de identificar posibles focos adicionales considerando la ulcera viene mejorando** según descripción de su intervención. No parece relacionarse con efectos medicamentosos- las úlceras van mejor- **menos probable actividad lúpica** (solicitamos estudios adicionales) tampoco parece ser de origen central. Solicitamos ecocardiograma TE por persistencia febril sin evidencia de foco adicional- Me El 10.10.20 ipokalemia de 2,8, EKG sin alteraciones, pendiente los paraclínicos ordenados el día de hoy.

- Continuar reposición de potasio - Pendiente paraclínicos ordenados para el día de hoy -SS ecocardiograma TE- descartar endocarditis-

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.10.2020

Hora Registro: 11:56:13

Responsable: MONTOYA LEHMANN, BEATRIZ EUGENIA

Especialidad: **PSIQUIATRÍA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRÍA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico agosto 2019.

1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefálico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Ácido valproico 250 mg x 1 SEGUIMIENTO 11.10.2020 Encuentro a la paciente en compañía de su madre, quien comenta que la paciente anoche estuvo un poco más tranquila, durmió a intervalos cortos. Ha permanecido febril, con marcada sudoración, motivo por el cual Reumatología ha decidido pedir nuevos paraclínicos con el objetivo de esclarecer etiología. HISTORIA CLÍNICA INICIAL Paciente que trabajó en el comercio, con educación técnica, soltera, vive con sus padres, con los antecedentes descritos. Desde hace 4 meses la observan triste, con menor interacción social, por momentos inquieta, con conductas impulsivas en relación a compras y llamadas, con paulatino incremento en el aislamiento social y menor producción ideoverbal. Hace dos meses la paciente queda postrada en cama, sin comer, con muy poca producción ideoverbal, con insomnio de conciliación y despertares frecuentes, ansiosa por momentos, con movimientos estereotipados de la cabeza y las extremidades superiores. Sin agitación. **En la actual hospitalización continua con limitaciones en la movilidad, el lenguaje y un alto grado de ansiedad.**

Paciente en cama, luce en regulares condiciones generales. Se encuentra alerta, no establece contacto visual. Presenta temblor en miembros superiores. La acompaña su madre. Afecto menos ansioso. Pensamiento concreto, no es posible evaluar contenido. No impresiona alucinada. Alerta. Juicio de realidad comprometido.

Paciente con diagnósticos anotados, con gran compromiso neurológico secundario al LES, que ha condicionado síntomas neuropsiquiátricos. Se encuentra en manejo por Psiquiatría, con **sospecha de síndrome catatónico** para el

cual recibe lorazepam. Ha tenido respuesta parcial hacia la mejoría, pero en los últimos días ha presentado insomnio y marcada ansiedad, por lo cual se decidió iniciar quetiapina ayer, con mejoría parcial. Se indica aumentar la dosis hoy y observar respuesta. Se explica la conducta a la madre. Estaremos atentos a la evolución. Riesgo de agitación: medio Riesgo de auto/heteroagresión: medio

SE INDICA: 1. CONTINUAR Lorazepam tableta 1mg: una a las 6am - una a las 2pm - dos a las 7pm 2. AUMENTAR Quetiapina x 25 mg, 1 y 1/2 tableta/noche (37.5 mg), vía SNG 3. Seguimiento por Psiquiatría.

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.10.2020

Hora Registro: 17:58:12

Responsable: ESCANDON BUCHELI, AURAMARIA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

SOHO DIAGNÓSTICOS: 1. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO AGOSTO 2019. 1.2. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA 2018 1.3. NEUROLUPUS: TRASTORNO PSIQUIÁTRICOS, ¿CUADRO ENCEFALÍTICO/ENCEFALOPÁTICO?, ¿NEUROPATÍA PERIFÉRICA? 2. ÚLCERA POR PRESIÓN EN REGIÓN SACRA Y GLÚTEA - POP ESCARECTOMÍA + LAVADO + DESBRIDAMIENTO 26.09.2020 Y 04.10.2020 3. SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS 3.1 BACTERIEMIA POR PROTEUS MIRABILIS 4. DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, MAS TRANQUILA. EXAMEN FISICO: PACIENTE LUCE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA SIGNOS VITALES HORA T° TAS TAD TAM FC FR SAO2% 16:00 37,80 137,00 90,00 105,00 129,00 22,00 98,00 12:00 37,50 131,00 91,00 104,33 138,00 22,00 98,00 08:00 37,80 129,00 87,00 101,00 120,00 22,00 97,00 RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION. SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. PARACLINICOS: 12.10.2020 NA 140.90 K 3.7 CL 105.20 MG 1.91 CA 8.89 P 2.46 11.10.2020 NA 142 K 3.2 CL 105 MG 2.1 CA 8.5 F 1.8 10.10.2020 POTASIO: 2.75 ANALISIS Y PLAN: PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS CURSANDO CON TRASTORNO HIDROELECTROLITICO DADO POR HIPOKALEMIA MODERADA ASINTOMATICA CONTINUA CON REPOSICION PERIFERICA. ACTUALMENTE PACIENTE SIN NUEVA SINTOMATOLOGÍA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON PARACLÍNICOS EN LOS QUE SE EVIDENCIA POTASIO CON TENDENCIA A LA NORMALIZACIÓN, DENTRO DE RANGOS DE NORMALIDAD, SIN PERDIDAS NI MANEJO FARMACOLOGICO QUE CONDICIONE PERDIDA DE POTASIO, SE CONSIDERA FINALIZAR SEGUIMIENTO POR EQUIPO DE SOPORTE HOSPITALARIO.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.10.2020

Hora Registro: 09:11:28

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación DIAGNÓSTICO

MÉDICO: 1. Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, tranquila, en estable condición. Inmovilizada en miembros superiores. En compañía de madre. Se continua actividad estimulación seguimiento de órdenes verbales de una acción e identificación de objetos cotidianos a través de movimientos oculares, sin lograr respuesta el día de hoy. Se brindan pautas de estimulación a la madre de seguimiento órdenes verbales de una acción e identificación objetos; quien refiere comprender y aceptar. Queda estable. -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Terapia de fonoaudiología.

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.10.2020

Hora Registro: 14:13:18

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC: 1107531724 / EPISODIO: 7488671 EDAD: 20 AÑOS.

DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10). OBJETIVO: paciente cama, en regulares condiciones generales, sin soporte de oxígeno SIGNOS VITALES: T FC FR TAS TAD TAM SAO2 37,60 147,00 22,00 122,00 92,00 102,00 98,00 38,00 104,00 23,00 128,00 69,00 88,67 100,00 38,60 159,00 25,00 119,00 68,00 85,00 97,00 PARACLÍNICOS 13.10.2020: hb: 8.4 plq: 402.000 leucos: 11030 N: 10140 (91%) LINFOCITOS: 370 Eosinófilos: 0 , c3: 92 c4: 18 PCR: 1.6 ferritina: 79 nitritos negativos, esterasa l: negativa prots: 150 eritrocitos: 160/cpa leucos: 29/cpa bacterias escasas, cel epiteliales <1 11.10.2020: procalcitonina: 0,1 11.10.2020: hb: 8,3 PLQ: 372000 leucos: 8660 N: 7520 L: 510 09.10.2020: Leucos: 6850 n: 6090 L: 400 PCR: 1,2 uroanálisis: transparente, densidad 1015 ph: 7,0 07.10.2020: Na 136.2 K 6.79 Mg 2.19 P 1.58 Gases: pH 7.48 PCO2 25.4 PO2 78.2 BE -3.9 HCO3 18.7 Hepatitis C anticuerpos negativos; ACS anti HTLV I y II negativos, RPR negativo; IgG 8.89 Acs IgM e IgG toxo negativos, VIH negativo, VHBags negativo, Na 140.7 K 3.61 Cl 105.6 IgM 0.25 06.10.2020: Na: 142 K: 2.86 Cl: 104 Mg: 2.18 Pcr: 1.57 05.10.2020: Hemograma: Gb: 9260 N: 7370 L: 1010 Hb: 7 Hto: 23.5% Pla: 355000 *Química: Na: 139 K: 3.32 Cl: 105, Pcr: 6.26 ANTIBIÓTICOS: -vancomicina: 09.10.2020- activo -Imipenem: 09.10.2020- activo. - Meropenem: 04.10.2020 - 09.10.2020 - Vancomicina: 05.10.2020 -09.10.2020 - Ampicilina sulbactam: 28.09.2020 - 05.10.2020. - Clindamicina: 25.09.2020 - 26.09.2020. - Piperacilina tazobactam: 25.09.2020 - 28.09.2020. - Vancomicina oral: 29.09.2020 - 01.10.2020. MICROBIOLOGÍA: 04.10.2020 Hemocultivo 1 y 2: Hemocultivo positivo para cocos Gram positivos en tétradas y racimos, a las 22 horas, 3 minutos de incubación. hemocultivo punta de cateter: negativo 01.10.2020 Carbapenemasas: P aeruginosa positiva de cultivo 9270648. 29.09.2020 Clostridium difficile: GDH No detectada; A/B No detectada. 27.09.2020 Hisopado rectal: P aeruginosa positiva para carbapenemasas. 27.09.2020 Urocultivo: negativo 27.09.2020 Hemocultivos 1 y 2: Negativos. 26.09.2020 Cultivo úlcera sacra: *Escherichia coli* BLEE negativo, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*. 25.09.2020 Hemocultivo 1: *Proteus mirabilis* multi sensible, Imipenem int. 25.09.2020 Hemocultivo 2: Negativo. IMÁGENES: 04.10.2020 RX DE TÓRAX: Campos Pulmonares normales sin áreas de consolidación parenquimatosa, atelectasia plana retrocardíaca izquierda, espacios pleurales libres. 29.09.2020 RMN DE PELVIS: Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo-esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis. CONCEPTO Y PLAN: (07.10.2020) Femenina de 20 años de edad con diagnóstico de Lupus con compromiso de SNC lo que ha llevado a postración. Conocida por nosotros por infección profunda de tejidos blandos con escara sacra que tiene solución de continuidad con hueso el cual está expuesto. Con RMN de tejidos blandos sin evidencia de secuestro óseo, poca probabilidad de compromiso óseo. Con cultivo de secreción sacra con múltiples microorganismos destacando *Proteus mirabilis* el cual se relaciona con reporte de hemocultivo del 25.09.2020. Para lo cual se indico continuar manejo con imipenem durante 2 semanas (desde el 09.10.2020) Nuevamente paciente presenta alzas termicas, asociado a taquicardia, sin foco claro. Tiene sistema VAC en ulcera sacra, ultimo debridamiento con cierre de aproximadamente el 70% del defecto, con fondo limpio, pendiente ser llevada a nueva revision por parte de cirugia general. Al dia de hoy con aislamiento en hemocultivos de cocos gram positivos a las 22 horas, se indica nueva toma de hemocultivos de cateter central y periferico, y se adiciona manejo con vancomicina, se solicita radiografia de torax. Pendiente ecocardiograma TT solicitado por especialidad tratante. Quedamos atentos a pruebas microbiologicas y evolución clinica.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.10.2020

Hora Registro: 15:38:51

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferioes eincontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se tornna retraida, no

habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Persisten elevaciones de temperatura y taquicardia. Sin cambios en condición neurológica. Temblor en extremidades. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 37.2-38.0 FC 140 FR 21 TA 128/91 SAT 95% Paiente en regulares condiciones generales, en el mometno febril, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncós. ABDOMEN: Normal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. espasticidad generalizada, no sigue órdenes. Sistema de succión en región glútea.

FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 Leucos 8660 11030 Neutros 7520 10140 Linfos 510 370 HB 8.3 8.4 Hto 28.7 29.6 Plat 372. 402 PCR 1.64 VSG 29 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 Potasio 3.29 3.69 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 Fosforo 1.88 2.46 C3 92 C4 18 ANtiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 05.10.20 10.10.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 7.0 7.1 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 23.5 23.6 Leucocitos: (/mm3) 11120 9400 13640 9600 9260 6850 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 7370 6090 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 1010 400 Monocito: (%) 320 220 230 260 700 320 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135.000 184. 146. 355. 390. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 6.2 1.27 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina: (mgr/dL) 0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 139 143 Potasio 3.58 3.36 3.59 3.3 2.89 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR Negativa 12.10.20 Hemcultivos: 1/2 Cocos gram positivos en tetradas y racimos, a las 22 horas 05.10.20 Hemocultivos 2/2 negativos a la fecha 05.10.20 tb en LCR.: NO DETECTABLE 05.10.20 HEMOCULTIVOS 2/2 NEG 04.10 RX TORAX: NO CONSOLIDACION 02.10.20 hb 6.6 hto 21.8 leu 6880 neu 5060 lin 1000 mono 400 plt 198.000 BUN 9.30 CREATININA 0.23 SODIO 141.20 POTASIO 3.89 CLORO 110.40 30.09.20 HB 6.6 HTO 21.1 LEU 7100 NEU 6270 LIN 380 MONO 260 PCR 7.37 POTASIO 3.1 30.9.20 RMN PELVIS Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis . 28.9.20 extendido sp: Hipocromía +. -Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. plt disminuidas. copro_ SANGRE CULTA POSITIVA: FLORA DISMINUIDA CON PREDOMINIO BACILAR. LEU 10-13 XC. MOCO +++++ 27.9.20: LCR VDRL NR, tipificación de gérmenes: negativo, cultivos negativos. GeneXpert en LCR no detectado 24.9.20 cultivo de secreción: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO3 20 SO2 95% ac láctico 1.4 RMN neuroeje 25.9.20 PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Recibe manejo antibiótico con imipenem 1gr por úlcera sobreinfectada (infecto indicó dar 2 semanas desde el 9.10.20). Llama la atención la persistencia de febrículas y taquicardia, no parece relacionarse con efectos medicamentosos- las úlceras van mejor- menos probable actividad lúpica en el momento según exámenes de control, se encuentra crecimiento de cocos gram

positivos en 1/2 hemocultivos, se indico reinicio de vancomicina, eco TE previamente solicitado, se solicita TAC de senos apranasales por sonda de nutricion enteral (lleva en total cerca de 5 semanas con soporte por Sonda) y seguimiento de fonoaudiologia sobre viabilidad de via oral o necesidad de gastrostomia. Actualizar perfil de ANAs en busqueda de perfil ribosomal.

- Reinicio vancomicina, revaloración por infectología - Se solicita: TAC senos paranasales, ANAs - Suspende Sol k periferico - Pendiente: Ecocardiograma TE- descartar endocarditis- - Terapia por fono (ya recibió hoy valoración)

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.10.2020

Hora Registro: 15:46:56

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Acido valproico 250 mg x 1 SEGUIMIENTO Hoy muy ansiosa, no duerme bien, se reporta que ayer menciona "yo no soy Luisa" para luego presentar bloqueo del pensamiento. En ocasiones ansiosa, persiste con temblor y rigidez. No describen efectos adversos de la medicación psiquiátrica. HISTORIA CLINICA INICIAL Paciente que trabajo en el comercio, con educación técnica, soltera, vive con sus padres, con los antecedentes descritos. Desde hace 4 meses la observan triste, con menor interacción social, por momentos inquieta, con conductas impulsivas en relación a compras y llamadas, con paulatino incremento en el aislamiento social y menor producción ideoverbal. Hace dos meses la paciente queda postrada en cama, sin comer, con muy poca producción ideoverbal, con insomnio de conciliación y despertares frecuentes, ansiosa por momentos, con movimientos estereotipados de la cabeza y las extremidades superiores. Sin agitación. En la actual hospitalización continua con limitaciones en la movilidad, el lenguaje y un alto grado de ansiedad.

Paciente en cama, la acompaña su madre, luce en regulares condiciones generales. Se encuentra alerta, no establece contacto visual. Presenta temblor en miembros superiores. Afecto ansioso. Pensamiento concreto, no es posible evaluar contenido. No impresiona alucinada. Alerta. Juicio de realidad comprometido.

Paciente que persiste insomne, en el día ansiosa. Toleró el uso de quetiapina por lo que se ajusta la dosis.

SE INDICA: 1. CONTINUAR Lorazepam tableta 1mg: una a las 6am - una a las 2pm - dos a las 7pm 2. AUMENTAR Quetiapina x 25 mg: 3 tabletas (75mg) vía SNG 3. Seguimiento por Psiquiatría.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 13.10.2020

Hora Registro: 16:42:27

Responsable: PINZON ORTIZ, STEFANIA

NUTRICION

NUTRICION 1. POR SONDA, FORMULA NUTREN 1,5 ESQUEMA BOLOS ASI, GRAVITACIONAL: -A LAS 6 Y 18 PASAR 250 MILILITROS EN 3 HORAS -A LAS 12 HORAS PASAR 500 MILILITROS EN 4 HORAS.

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.10.2020

Hora Registro: 19:36:16

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Activación

Encuentro paciente despierta, tranquila, sin establecer interacción con el entorno, en estable condición. Tolerando aire ambiente. Alimentación por sonda nasogastrica. En compañía de la madre Se trabaja estimulación del mecanismo de la deglución en seco a través de la movilización laringea, recorrido sensorial de la deglución y estimulación térmica con frio. Ante el estímulo no realiza anticipación y permanece con cierre de la cavidad oral. Deglución refleja con latencia y leve acumulación de secreciones en orofaringe. **Se explica a la madre la necesidad de continuar con un método alternativo de alimentación y se resuelven dudas de la gastrostomía.** En el momento debe continuar nada vía oral. **Gastrostomía según indicación médica** Se comenta con la Medica hospitalaria Queda estable. -----

-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Nada vía oral Terapia de fonoaudiología

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.10.2020

Hora Registro: 08:10:26

Responsable: GUERRA LOZANO, ANA MARIA

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1.Lupus eritematoso sistémico agosto 2019.

1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto 3. trastorno mental organico 4. t ansiedad ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Acido valproico 250 mg x 1 tto actual por psiquiatria loracepam mg 1-1-2 quetiapina 75 mg noche

Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Acido valproico 250 mg x 1 tto actual por psiquiatria loracepam mg 1-1-2 quetiapina 75 mg noche

en compañía de la mama ni la madre ni la paciente portan mascara la madre comenta que la paciente durmio entre 3 y 4 horas, **hoy en la mañana estuvo un poco mas activa cognitivamente "me dijo el nombre completo, me pidió yogur"** no ha tenido cuadros de agitacion, auto o heteroagresividad. la paciente esta en cama, despierta, mutista, con movimientos anormales en miembros superiores. no establece contacto visual, no responde a las claves verbales.

durante la atencion uso mascara, mantengo la distancia, uso bata y guantes tomo la informacion de la madre, brindo apoyo, educaion no hubo mejoria con el ajuste de la dosis de quetiapina realizado ayer (aumentno de 50 a 75) **decido adicionar dosis bajas de levomepromazina como hipnotico y observar evolucion**

continuar iguales dosis de loracepam y quetiapina adicionar levomepromazina 8 gotas por sng en la noche

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.10.2020

Hora Registro: 10:47:40

Responsable: PRIETO RUSCA, MARIA ISABEL

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA INTERNA - SOPORTE HOSPITALARIO LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC: 1107531724 / EPISODIO:

7488671 EDAD: 20 AÑOS. DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. --

Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis. 3. Úlcera de presión en región sacra y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10). MOTTIVO DE INGRESO A SOHO: Hipokaliemia moderada OBJETIVO: paciente cama, en regulares condiciones generales, sin soporte de oxigeno MONITORIA: 04:00:00 36,10 146,00 22,00 131,00 81,00 97,67 96,00 00:06:21 38,40 144,00 19,00 112,00 95,00 100,67 95,00 20:25:41 38,60 153,00 19,00 128,00 72,00 90,67 93,00 16:00:00 38,00 148,00 24,00 162,00 82,00 108,67 98,00 PARACLINICOS 14.10.2020: Potasio: 2.85 13.10.2020: hb: 8.4 plq: 402.000 leucos: 11030 N: 10140 (91%) LINFOCITOS: 370 Eosinofilos: 0 , c3: 92 c4: 18 PCR: 1.6 ferritina: 79 nitritos negativos, esterasa l: negativa prots: 150 eritrocitos: 160/cpa leucos: 29/cpa bacterias escasas, cel epiteliales <1 11.10.2020: procalcitonina: 0,1 11.10.2020: hb: 8,3 PLQ: 372000 leucos: 8660 N: 7520 L: 510 09.10.202: Leucos: 6850 n: 6090 L: 400 PCR: 1,2 uroanalisis: transparente, densidad 1015 ph: 7,0 07.10.2020: Na 136.2 K 6.79 Mg 2.19 P 1.58 Gases: pH 7.48 PCO2 25.4 PO2 78.2 BE -3.9 HCO3 18.7 Hepatitis C anticuerpos negativos; ACS anti HTLV I y II negativos, RPR negativo; IgG 8.89 Acs IgM e IgG toxo negativos, VIH negativo, VHBAgs negativo, Na 140.7 K 3.61 Cl 105.6 IgM 0.25

06.10.2020: Na: 142 K: 2.86 Cl: 104 Mg: 2.18 Pcr: 1.57 05.10.2020: Hemograma: Gb: 9260 N: 7370 L: 1010 Hb: 7 Hto: 23.5% Pla: 355000 *Química: Na: 139 K: 3.32 Cl: 105, Pcr: 6.26 ANTIBIÓTICOS: - Vancomicina: 09.10.2020- activo - Imipenem: 09.10.2020- activo. - Meropenem: 04.10.2020 - 09.10.2020 - Vancomicina: 05.10.2020

-09.10.2020 - Ampicilina sulbactam: 28.09.2020 - 05.10.2020. - Clindamicina: 25.09.2020 - 26.09.2020. - Piperacilina tazobactam: 25.09.2020 - 28.09.2020. - Vancomicina oral: 29.09.2020 - 01.10.2020. MICROBIOLOGÍA: 04.10.2020 Hemocultivo 1 y 2: Hemocultivo positivo para cocos Gram positivos en tétradas y racimos, a las 22 horas, 3 minutos de incubación. Staphylococcus hominis hemocultivo punta de cateter: negativo 01.10.2020 Carbapenemasas: P aeruginosa positiva de cultivo 9270648. 29.09.2020 Clostridium difficile: GDH No detectada; A/B No detectada. 27.09.2020 Hisopado rectal: P aeruginosa positiva para carbapenemasas. 27.09.2020 Urocultivo: negativo 27.09.2020 Hemocultivos 1 y 2: Negativos. 26.09.2020 Cultivo úlcera sacra: Escherichia coli BLEE negativo, Proteus mirabilis, Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium. 25.09.2020 Hemocultivo 1: Proteus mirabilis multi sensible, Imipenem int. 25.09.2020 Hemocultivo 2: Negativo. IMÁGENES: 04.10.2020 RX DE TÓRAX: Campos Pulmonares normales sin áreas de consolidación parenquimatosa, atelectasia plana retrocardíaca izquierda, espacios pleurales libres. 29.09.2020 RMN DE PELVIS: Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcígeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo-esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis. CONCEPTO: Femenina de 20 años de edad con diagnóstico de Lupus con compromiso de SNC lo que ha llevado a postración, en el momento hospitalización prolongada, ya descrita. En seguimiento por SOHO por hipokaliemia moderada secundaria a pérdidas gastrointestinales y uso de esteroides. Se inicia reposición periférica y por sonda enteral y se solicita control de electrolitos en 8 horas. Seguimiento por SOHO.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.10.2020

Hora Registro: 11:08:10

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ Edad: 20 AÑOS Diagnósticos: 1- Úlcera por presión en región sacra y glútea ** POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 2. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. SUBJETIVO Paciente que no establece comunicación con entrevistador, madre dice que aparentemente no hay dolor o alguna otra sintomatología. Diuresis y deposiciones sin alteraciones. Con drenaje y sistema VAC de escara sacra funcional.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes durante el estado de emergencia de salud publica por la actual pandemia COVID-19 se evalúa el paciente: OBJETIVO Encuentro paciente en regulares condiciones generales, en cama de hospitalización, con inmovilización de extremidades superiores. Con acompañante (madre). No se comunica con el entrevistadora. Sin soporte de oxígeno, sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES: FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SaO2% 14.10.2020 04:00:00 36,10 146,00 22,00 131,00 81,00 97,67 96,00 14.10.2020 00:06:21 38,40 144,00 19,00 112,00 95,00 100,67 95,00 13.10.2020 20:25:41 38,60 153,00 19,00 128,00 72,00 90,67 93,00 13.10.2020 16:00:00 38,00 148,00 24,00 162,00 82,00 108,67 98,00 13.10.2020 12:00:00 38,40 144,00 24,00 128,00 86,00 100,00 96,00 13.10.2020 08:00:00 37,90 156,00 24,00 128,00 91,00 103,33 100,00 Cabeza: Normocefálica. Escleras anictéricas. Mucosas húmedas, pálidas. Cuello simétrico Torax: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin sobreagregados. Ruidos cardíacos rítmicos y regulares, sin soplos. Abdomen: Blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, sin masas ni megalias palpables. Sistema VAC funcional Genitourinario: Sonda vesical con orina clara. Extremidades: móviles, sin edemas, llenado capilar < 3 seg SNC: Alerta, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. PARACLÍNICOS: 13.10.2020: hb: 8.4 plq: 402.000 leucos: 11030 N: 10140 (91%) LINFOCITOS: 370 Eosinófilos: 0 , c3: 92 c4: 18 PCR: 1.6 ferritina: 79 nitritos negativos, esterasa l: negativa prots: 150 eritrocitos: 160/cpa leucos: 29/cpa bacterias escasas, cel epiteliales <1, K: 2.85 11.10.2020: procalcitonina: 0,1 11.10.2020: hb: 8,3 PLQ: 372000 leucos: 8660 N: 7520 L: 510 09.10.202: Leucos: 6850 n: 6090 L: 400 PCR: 1,2 uroanálisis: transparente, densidad 1015 ph: 7,0 08.09.2020 HEMOCULTIVOS NEGATIVOS HASTA LA FECHA UROCULTIVO: Negativos Na 140 K 3.73 MG 2.34 P 3.52 - 07.10.2020: Na 137, K 4.29, Mg 2.16, P1.78, RT-PCR SARS-CoV2 Negativo, pH 7.48, pCO2 25, HCO3 18, BE -3.9, Acido láctico 1.32 - 06.10.2020: Na 140, K 3.61 - 06.10.2020 Na 142 K 2.86 Cl 104 Mg 2.18 - 05.10.20: Leu 9260 N 7370 Linf 1010 Hb 7 Hcto 23.50 VCM 84.2 PLT 355 Na 139.9 K 3.32 Cloro 105.70 pcr 6.26 acido lactico 1.25 -04.10.20; Hemocultivo negativos hasta la fecha - 03.10.2020: Leu 8660 N 7280 Linf 600 Hb 7.3 Hcto 24.2 VCM 83.2 PLT 225 Creat 0.27 BUN 9 Na 139.3 K 3.93 Fósforo 3.89 - 02.10.2020: Leu 6880 N 5060 Linf 1000 Hb 6.6 Hcto 21.8 VCM 83.5 PLT 198 Creat 0.23 BUN 9.3 Na 141.2 K 3.89 Cl 110.4 - 01.10.2020: Albúmina 2.75 Na 145.6 K 3.8 Calcio 8.31 (corregido 9.31) Fósforo 1.93 Ferritina 180 - 30.09.2020: PCR 7.37 K 3.1 - 29.09.2020: CPK 707 TSH 0.91 T4L 1.18 - 28.09.2020: Coproscópico: café mucoide pH 8 sangre oculta positivo flora bact lig aumentada con predominio cocobacilar Hematíes 2-4xc Leu 25-30xc moco ++++ Parásitos neg Wright N 92% Linf 8% - 28.09.2020: BT 0.23 BD 0.17 AST 102 ALT 99.3 PT 14.1 INR 1.23 PTT 25.8 Vitamina B12 1469 K 3.59 Fósforo 1.94 Lactato 1.21 PCR 9.52 EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA GB: *Leucopenia marcada. -Diferencial manual: Neutrófilos %: 89 Linfocitos % 5 Monocitos %: 4 Eosinófilos %: 2 -No se observa blastos ni alteraciones morfológicas. GR: *Hipocromía +. - Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se

observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. PLAQUETA: *Cuantitativamente disminuidas. -Se observa plaquetas con granulación normal, buena distribución. COOMBS directo positivo ++ - 26.09.2020: LCR: Transparente incoloro GR 0 GB 1 glucosa 49.5 proteínas 33.2 LDH 44 pH 8 - 26.09.2020: C3 y C4 normal anti DNA 13.5 neg 13.10.20: TAC SENOS PARANASALES: SINUSOPATÍA FRONTAL, ETMOIDAL Y MAXILAR DERECHAS. CAMBIOS POR PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL PROCEDIMIENTOS: -08.10.20 : Lavado y desbridamiento: Escara sacra de fondo limpio sin necrosis ni infección, se tallan colgajos permitiendo afrontamiento de ángulos en rombo logrando cierre de un 70% del defecto. - 04.10.20: Lavado y desbridamiento: úlcera por decúbit opresora y glútea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital ,tejido de granulación incipiente zonas de presión trocánterica ya resueltas - 26.09.2020: ESCARECTOMÍA + L +D ÚLCERA SACRA: Úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hemopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm.

Paciente femenina de 20 años de edad con antecedentes de púrpura trombocitopénica en 2018 y de LES en Agosto de 2019, en seguimiento en otra institución en manejo con cloroquina, quien es traída por cuadro febril, con deterioro neurológico progresivo, asociado a úlcera sacra, por lo que interconsulta a Cirugía General. Ha sido llevada a lavado y desbridamiento de úlcera sacra, en tres oportunidades, la última el día de ayer 08.09.2020, sin complicaciones, donde encontraron úlcera sacra de fondo limpio, hicieron cambio de VAC y procedieron a colocar colgajos. Hemocultivos y urocultivo hasta el momento negativos, sin leucocitosis ni neutrofilia, en cubrimiento antibiótico con meropenem + vancomicina + fluconazol. Neurología cerró interconsulta y por ahora considera debe continuar igual manejo por parte de ellos. Por ahora por parte de reumatología no avanzan en inmunosupresión por infección persistente y junto con medicina interna considera que paciente está cursando con lupus agudo refractario y por tanto deciden iniciar manejo con inmunoglobulina humana. Fue vista por infectología y dejaron Imipenem 1gr cada 8 horas, sin embargo en los siguientes días **después de pauta antibiótica se han documentado alzas térmicas asociadas a taquicardia y elevación de reactantes de fase aguda sin foco claro**, por lo cual el servicio de reumatología activo de nuevo la vancomicina y solicitaron Ecografía transesofágica el cual se planea hacer el día de hoy ante posible foco cardíaco, continua en seguimiento por medicina interna, reumatología y psiquiatría. **Se pasa turno para cambio de sistema VAC por parte de cirugía general.**

-Continuar hospitalizada a cargo de medicina interna y reumatología -En seguimiento por psiquiatría -Control de signos vitales y avisar cambios -Pendiente cambio de sistema VAC en quirófano -Vigilar signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.10.2020

Hora Registro: 12:58:04

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopénica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresa a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-40 °C, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Persiste con episodios de fiebre, desconectada. Sin movimientos anormales. Madre informa similar condición clínica. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36.1 (Max 38.6) FC 146 FR 22 TA 131/81 TAM 97 SAT 96% Paciente en regulares condiciones generales, en el momento febril, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncos. ABDOMEN: Normal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares.

Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. Esara sacra adaptada a sistema VAC. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. espasticidad generalizada, no sigue ordenes.

FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 Leucos 8660 11030 Neutros 7520 10140 Linfos 510 370 HB 8.3 8.4 Hto 28.7 29.6 Plat 372. 402 PCR 1.64 VSG 29 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 Potasio 3.29 3.69 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 Fosforo 1.88 2.46 C3 92 C4 18 ANtiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 05.10.20 10.10.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 7.0 7.1 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 23.5 23.6 Leucocitos: (/mm3) 11120 9400 13640 9600 9260 6850 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 7370 6090 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 1010 400 Monocito: (%) 320 220 230 260 700 320 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135. 184. 146. 355. 390. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 6.2 1.27 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina: (mgr/dL) 0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/PTT 14/25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 139 143 Potasio 3.58 3.36 3.59 3.3 2.89 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR Negativa 12.10.20 Hemcultivos: 1/2 Cocos gram positivos en tetradas y racimos, a las 22 horas 05.10.20 Hemocultivos 2/2 negativos a la fecha 05.10.20 tb en LCR: NO DETECTABLE 05.10.20 HEMOCULTIVOS 2/2 NEG 04.10 RX TORAX: NO CONSOLIDACION 02.10.20 hb 6.6 hto 21.8 leu 6880 neu 5060 lin 1000 mono 400 plt 198.000 BUN 9.30 CREATININA 0.23 SODIO 141.20 POTASIO 3.89 CLORO 110.40 30.09.20 HB 6.6 HTO 21.1 LEU 7100 NEU 6270 LIN 380 MONO 260 PCR 7.37 POTASIO 3.1 30.9.20 RMN PELVIS Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcigeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis. 28.9.20 extendido sp: Hipocromía +. -Anisocitosis a expensas de microcitos +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. plt disminuidas. copro_ SANGRE CULTA POSITIVA: FLORA DISMINUIDA CON PREDOMINIO BACILAR. LEU 10-13 XC. MOCO ++++ 27.9.20: LCR VDRL NR, tipificación de gérmenes: negativo, cultivos negativos. GeneXpert en LCR no detectado 24.9.20 cultivo de secreción: Escasos gram negativos 24.9.20 pH 7.50 BE -2.3 HCO3 20 SO2 95% ac lactico 1.4 RMN neuroeje 25.9.20 PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Recibe manejo antibiótico con imipenem por úlcera sobreinfectada (infectología indicó dar 2 semanas desde el 9.10.20). Llama la atención la persistencia de febrículas y taquicardia, no parece relacionarse con efectos medicamentosos- las úlceras van mejor- menos probable actividad lúpica en el momento según exámenes de control, dado el crecimiento de cocos gram positivos se inició además vancomicina, sin embargo tipificada como S. hmnis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, por lo que probablemente se trate de contaminación se espera concepto final de infectología. En TAC de senos paranasales reportan sinusopatía, frontal, etmoidal y maxilar derechos, que concide con el lado en el cual se encuentra insertada la SNG, solicitamos concepto de OTRL y debe definirse por fonología pronóstico deglutorio a corto plazo para definir si paciente es candidata a gastrostomía dada la infección actual probablemente facilitada por el uso prolongado de la SNG. En parálisis de control hasta el momento sin evidencia de actividad lúpica que explique la fiebre, per con hipokalemia que viene en corrección y seguimiento por soporte hospitalario. Continuamos atentos a evolución. Se cambia esteroide de hidrocortisona a prednisolona por hipokalemia. Pendiente eco TE y cambio de sistema VAC por cx general.

- Seguimiento por infectología - Definir por fonología pronóstico deglutorio en el corto plazo para definir gastrostomía. - Valoración por OTRL

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.10.2020

Hora Registro: 20:24:32

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Paciente : LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ Identificación : - CC: 1107531724 Edad : 20 Años Sexo : FEMENINO
 Fecha: 2020.Oct.14 Edad: 20 Años DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Oct.14 FIEBRE DE ORIGEN CENTRAL? R500: FIEBRE CON ESCALOFRIO Paciente manejada extra institucionalmente, quien ingresa a nuestra institución el día 24.09.2020, es una paciente joven con un diagnóstico de un Lupus eritematoso sistémico con manifestación hematológica, en quien se ha considerado una actividad lúpica a nivel del sistema nervioso central y en manejo por reumatología. La paciente ha tenido una postración importante, que le limita sus actividades básicas diarias, con sonda de nutrición, fascicula, con nistagmus, y dado su postración ha presentado una úlcera sacra, sin compromiso del SNC a través de RMN realizada el 25.09.2020, razón por la que se considero una sobreinfección requiriendo manejo antimicrobiano desde este momento para diferentes aislamientos que la paciente ha tenido a este nivel. La paciente presenta alza térmica, con taquicardia, sin colapso hemodinámico y solicitan interconsulta nuevamente. Al revisar paciente postrada, en regulares condiciones, en compañía de su mamá, no hay signos de flebitis, la paciente presenta fasciculaciones que se han interpretado como episodios convulsivos, y le han realizado diferentes cultivos donde se identifica un CoNS, que refleja una colonización, no siendo evidente un proceso de infección. Al revisar nuevamente los estudios tomados, la RMN Cerebral documenta un realce leptomeningeo nodular difuso con estudios infecciosos bacterianos, virales y micobacterias negativos, con PCR para micobacterias negativos, el cito químico no evidencia consumo de glucosa, no hay evidencia de proteínas elevadas. La radiografía de tórax no evidencia consolidación, o infiltrados. Tiene analíticas donde se documenta para el 13.10.2020: hb: 8.4 g/dl, plq: 402.000, leucos: 11030, N: 10140 (91%) linfopenia 370, Eosinófilos: 0, c3: 92 c4: 18 PCR: 1.6 ferritina: 79 nitritos negativos, esterasa l: negativa prots: 150 eritrocitos: 160/cpa leucos: 29/cpa bacterias escasas, cel epiteliales <1, tiene del 11.10.2020: procalcitonina: 0,1 que es negativa. 11.10.2020: hb: 8,3 PLQ: 372000 leucos: 8660 N: 7520 L: 510 09.10.202: Leucos: 6850 n: 6090 L: 400 PCR: 1,2 uroanálisis: transparente, densidad 1015 ph: 7,0 07.10.2020: Na 136.2 K 6.79 Mg 2.19 P 1.58 Gases: pH 7.48 PCO2 25.4 PO278.2 BE -3.9 HCO3 18.7 Hepatitis C anticuerpos negativos; ACS anti HTLV I y II negativos, RPR negativo; IgG 8.89 Acs IgM e IgG toxo negativos, VIH negativo, VHBags negativo. Análisis y plan: Paciente con condición neurológica no clara, **reumatología considera que no hay evidencia de actividad lúpica y la pregunta puntual es cual ha sido su causa de su postración, situación que no es claro en el momento, y si su cuadro neurológico es una condición establecida y con poca probabilidad de recuperación. En el momento sin evidencia de un proceso infeccioso activo documentado, pero esto no se puede descartar dado que su postración e invasiones constituyen un factor de riesgo para procesos infecciosos**, tiene un hemocultivo que refleja una colonización, esta pendiente el ecocardiograma TE, y dado la persistencia de fiebre no filiada, se adiciona una pauta antifúngica como una pauta empírica en esta paciente, se evaluara la respuesta clínica. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.10.2020

Hora Registro: 22:46:56

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Activación

Paciente despierta, con leve inquietud motora, en estable condición. Sin oxígeno suplementario. Sin vía oral por procedimiento médico. En compañía de la madre quien refiere ayer interactuó verbalmente en la noche. Se realiza movilización de tejidos blandos para modulación del tono a nivel orofacial, facilitar la apertura oral y **se continua estimulación del mecanismo de la deglución en seco. Logra expresión de 3 palabras durante la intervención. Se explica a la madre la gastrostomía como método alternativo de alimentación considerando uso prolongado de la sonda.** Se resuelven dudas y refiere aceptar. Se comenta con la Medica hospitalaria Queda estable. -----

-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Nada vía oral Terapia de fonoaudiología

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.10.2020

Hora Registro: 08:57:52

Responsable: MORIONES ROBAYO, CARLOS ALBERTO

Especialidad: **OTORRINOLARINGOLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

****ORL**** solicitan valoración por ORL ante hallazgo en tac de spn paciente con LES con compromiso neurológico y úlcera sacra en proceso de mejoría sng en fosa nasal derecha que, me informan, se retiró el día de ayer, y esta en **plan de realizar gastrostomía se revisa tac de spn donde se observa engrosamiento mucoso leve en seno maxilar derecho etmoides anterior y seno frontal derecho resto de tac normal se espera que con el retiro de la sonda mejore el engrosamiento mucoso en senos paranasales comprometidos ordeno suero fisiológico nasal**

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.10.2020

Hora Registro: 12:40:56

Responsable: GUERRA LOZANO, ANA MARIA

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por *Proteus mirabilis* 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Ácido valproico 250 mg x 1 tto actual por psiquiatría: quetiapina 75 mg noche loracepam 1-1-2 levomepromazina 8 gotas noche (iniciado ayer)

en compañía de su mamá, quien reporta que la paciente tuvo sueño estable desde las 10 pm hasta las 8 am, incluso pudieron tomarle exámenes sin que se despertara. la noto hoy al despertar un poco mejor, en el sentido de que **hablo algunas frases en forma espontánea y le pido comida**. al momento en que hago la visita, 8 am, la paciente está en **cama, somnolienta, actitud de perplejidad, solo responde una pregunta tras insistencia de su madre**. esfera mental no explorable.

la madre manifiesta con insistencia su deseo de que ante la buena respuesta con la adición de la levomepromazina, le retire el loracepam explico que no es prudente hacerlo recomendando continuar por ahora igual manejo farmacológico controles por psiquiatría para conocer la evolución y la necesidad de nuevos ajustes farmacológicos por ahora, mantengo igual tto

igual nota atención provista usando las medidas de bioseguridad por parte de la entrevistadora. (porte de máscara, mantenimiento de distancia, evitación de contacto físico) la paciente no usa máscara durante la entrevista riesgo de evasión, auto o heteroagresión bajos riesgo de agitación, medio

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.10.2020

Hora Registro: 14:35:54

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Paciente : LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ Identificación : - CC: 1107531724 Edad : 20 Años Sexo : FEMENINO Fecha: 2020.Oct.15 Edad: 20 Años DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Oct.14 FIEBRE DE ORIGEN CENTRAL? R500: FIEBRE CON ESCALOFRIO Paciente manejada extra institucionalmente, quien ingresa a nuestra institución el día 24.09.2020, es una paciente joven con un diagnóstico de un Lupus eritematoso sistémico con manifestación hematológica, en quien se ha considerado una actividad lúpica a nivel del sistema nervioso central y en manejo por reumatología. La paciente ha tenido una postración importante, que le limita sus actividades básicas diarias, con sonda de nutrición, fascicula, con nistagmus, y dado su postración ha presentado una úlcera sacra, sin compromiso del SNC a través de RMN realizada el 25.09.2020, razón por la que se considero una sobreinfección requiriendo manejo antimicrobiano desde este momento para diferentes aislamientos que la paciente ha tenido a este nivel. La paciente presenta alza térmica, con taquicardia, sin colapso hemodinámico y solicitan interconsulta nuevamente. Al revisar paciente postrada, en regulares condiciones, en compañía de su mamá, no hay signos de flebitis, la paciente presenta fasciculaciones que se han interpretado como episodios convulsivos, y le han realizado diferentes cultivos donde se identifica un CoNS, que refleja una colonización, no siendo evidente un proceso de

infección. Al revisar nuevamente los estudios tomados, la RMN Cerebral documenta un realce leptomeningeo nodular difuso con estudios infecciosos bacterianos, virales y micobacterias negativos, con PCR para micobacterias negativos, el cito químico no evidencia consumo de glucosa, no hay evidencia de proteínas elevadas. La radiografía de tórax no evidencia consolidación, o infiltrados. Tiene analíticas donde se documenta para el 15.10.2020: VSG:21 uroanálisis: Densidad: 1.031 ph: 7,0 esterase negativa nitritos: negativos proteínas: negativo, leucos: 50/CPA, células epiteliales <1, Na: 138 K: 3.1 CLORO: 101 calcio: 8,5 PCR: 17.38 factor reumatoideo: 11.9 (<14) 13.10.2020: hb: 8.4 g/dl, plq: 402.000, leucos: 11030, N: 10140 (91%) linfopenia 370, Eosinófilos: 0, c3: 92 c4: 18 PCR: 1.6 ferritina: 79 nitritos negativos, esterase I: negativa prots: 150 eritrocitos: 160/cpa leucos: 29/cpa bacterias escasas, cel epiteliales <1, tiene del 11.10.2020: procalcitonina: 0,1 que es negativa. 11.10.2020:Hepatitis C anticuerpos negativos; ACS anti HTLVI y II negativos, RPR negativo; IgG 8.89 Acs IgM e IgG toxo negativos, VIH negativo, VHBAGs negativo. Análisis y plan: **Paciente con compromiso neurológico de causa no clara, no es preciso si está relacionado con su enfermedad reumatológica de base, o si es secuela de proceso infeccioso a nivel de SNC o de patología aún no identificada**, debido a los hallazgos mencionados en TAC de cráneo previo (realce leptomeningeo), con estudio de LCR normal, es necesario evaluar estudios de LCR y tratamientos previos, se solicita a la madre historia de hospitalización extrahospitalaria. Al momento, bajo cubrimiento con vancomicina + imipenem + caspofungina, sin nuevos aislamientos microbiológicos en hemocultivos. De otro lado dado la linfopenia, se solicitan nuevos hemocultivos para hongos, niveles de IgG y recuento de LTCD4+. **Se encuentra pendiente nuevo procedimiento quirúrgico a nivel de úlcera sacra y ecocardiograma**. Se continúa mismo esquema antibiótico. Se solicitan paraclínicos de control, quedamos atentos a evolución clínica. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ
MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.10.2020

Hora Registro: 14:59:52

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presentó dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresa a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-40 °C, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Persiste con episodios de fiebre, desconectada. Sin movimientos anormales. Madre informa similar hoy mas despierta. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T FC FR TAS TAD TAM SO2 35,00 63,00 18,00 107,00 43,00 64,33 94,00 Paciente en regulares condiciones generales, en el momento febril, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncos. ABDOMEN: Normal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. Esara sacra adaptada a sistema VAC. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. espasticidad generalizada, no sigue órdenes.

PARACLÍNICOS: 15.10 FR 11.9 vsg 21 PCR 17.38 na 138 k 3.1 cloro 105 mg 1.9 ca 8.58 p 2.87 uroanálisis 50 leu/cpa,

bact escasas, no hematuria, cristal amorfo + FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 Leucos 8660 11030 Neutros 7520 10140 Linfos 510 370 HB 8.3 8.4 Hto 28.7 29.6 Plat 372. 402 PCR 1.64 VSG 29 Ferritina 79.1 Procalc 0.147 Sodio: 142 140 Potasio 3.29 3.69 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 Fosforo 1.88 2.46 C3 92 C4 18 AntiDNA Proceso Uroanálisis esterase Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 05.10.20 10.10.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 7.0 7.1 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 23.5 23.6 Leucocitos: (/mm3) 11120 9400 13640 9600 9260 6850 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 7370 6090 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 1010 400 Monocito: (%) 320 220 230 260 700 320 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135. 184. 146. 355. 390. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 6.2 1.27 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina: (mgr/dL) 0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 139 143 Potasio 3.58 3.36 3.59 3.3 2.89 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterase 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR Negativa 12.10.20 Hemocultivos: 1/2 Cocos gram positivos en tetradas y racimos, a las 22 horas 05.10.20 Hemocultivos 2/2 negativos a la fecha 05.10.20 tb en LCR:: NO DETECTABLE 05.10.20 HEMOCULTIVOS 2/2 NEG 04.10 RX TORAX: NO CONSOLIDACION 02.10.20 hb 6.6 hto 21.8 leu 6880 neu 5060 lin 1000 mono 400 plt 198.000 BUN 9.30 CREATININA 0.23 SODIO 141.20 POTASIO 3.89 CLORO 110.40 30.09.20 HB 6.6 HTO 21.1 LEU 7100 NEU 6270 LIN 380 MONO 260 PCR 7.37 POTASIO 3.1 30.9.20 RMN PELVIS Gran escara sacra, en contacto con los segmentos sacrococcigeos, pero sin signos demostrables de osteomielitis. No hay evidencia de procesos infecciosos en las demás estructuras músculo esqueléticas visualizadas en el campo obtenido, que expliquen el cuadro de deterioro clínico. Colitis con líquido libre intraperitoneal sin colecciones pélvicas apreciables. Cistitis. 28.9.20 extendido sp: Hipocromía +. -Anisocitosis a expensas de microcitosis +. -Se observa eliptocitos escasos, ovalocitos +. plt disminuidas. copro_ SANGRE CULTA POSITIVA: FLORA DISMINUIDA CON PREDOMINIO BACILAR. LEU 10-13 XC. MOCO ++++ 27.9.20: LCR VDRL NR, tipificación de gérmenes: negativo, cultivos negativos. GeneXpert en LCR no detectado RMN neuroeje 25.9.20 PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNCQUIMA CEREBRAL NO ESPERADO PARA LA EDAD. PROMINENCIA DEL SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL SIN SIGNOS DE ACTIVIDAD HIDROCEFÁLICA AGUDA. SIGNOS SUGESTIVOS DE REALCE MENÍNGEO NODULAR DIFUSO. RM DE COLUMNA CERVICOTORÁCICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MIELOPATÍA.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Recibe manejo antibiótico con imipenem por úlcera sobreinfectada (infectología indicó dar 2 semanas desde el 9.10.20). Llama la atención la persistencia de febrículas y taquicardia, no parece relacionarse con efectos medicamentosos- las úlceras van mejor- menos probable actividad lúpica en el momento según exámenes de control, dado el crecimiento de cocos gram positivos se inició además vancomicina, sin embargo tipificado como S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, por lo que probablemente se trate de contaminación se espera concepto final de infectología. En TAC de senos paranasales reportan sinusopatía, frontal, etmoidal y maxilar derechos, que coincide con el lado en el cual se encuentra insertada la SNG, en el momento **se encuentra sin la sonda, el servicio de ORL indica permanecer así y deja manejo tópico;** según el concepto de **fonoaudiología, la paciente debe permanecer con vía alterna de alimentación por lo cual se propone gastrostomía para lograr dicho fin y además administrar medicación.** Por el momento en hipokalemia persistente, en manejo por el servicio de SOHO; Este parámetro ha retrasado los procedimientos pendientes como el ecocardiograma TE (que es con sedación) y la cirugía de revisión y cambios de VACC sacro. De momento continuamos bajo estas pautas terapéuticas, de normalizarse el potasio, se deben realizar los procedimientos mencionados. Se explica a la madre.

- Manejo antibiótico guiado por infectología - Vía alterna de alimentación: Gastrostomía. - Hipokalemia: Manejo por SOHO - Manejo tópico indicado por ORL - p/Cambios de VAC sacro por Cirugía general - p/Ecocardiograma TE - p/gastrostomía.

Informe Preanestesia

Fecha Registro: 15.10.2020

Hora Registro: 15:01:38

Responsable: CORTES SALAS, MARIA PAULA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Enfermedad actual :

LUISA FERNANDA ISAZA EDAD 20 AÑOS FECHA INGRESO: 24.09.2020 DIAGNOSTICOS: 1- Úlcera por presión en

región sacra y glútea ** POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 2. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico, Purpura trombocitopenia Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). TRATAMIENTO ACTIVO CASPOFUNGINA 70MG VIAL 70 MG C/24H INTRAVENOS CLORURO DE POTASIO 10% 15ML C/6H NASOGASTR DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML 1000 MG C/6H INTRAVENOS ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA IMIPENEM 500MG + CILASTATINA 500MG VIAL 1000 MG C/8H INTRAVENOS LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML FCO 20ML GOTAS 8 GTA C/24H VIA ORAL LORAZEPAN 1 MG TAB 1 MG C/24H NASOGASTR MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ/ML 2000MG C/8H INTRAVENOS METOPROLOL TARTRATO 50 MG TAB 25 MG C/12H NASOGASTR PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML 1000MG C/8H INTRAVENOS PREDNISOLONA 5MG TAB 30 MG C/24H VIA ORAL QUETIAPINA 25 MG TAB 75 MG C/24H VIA ORAL SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN 250 ML C/2H INTRAVENOS VANCOMICINA 500MG VIAL 1000 MG C/12H INTRAVENOS Paciente de 20 años, con antecedente de LES y purpura trombocitopenia, en manejo con prednisolona y cloroquina. Ingresó por exacerbación de su enfermedad reumatológica, la paciente ha presentado postración importante como parte de su enfermedad de base, con limitación en sus actividades diarias, secundario a esto presentó una úlcera sacra con sospecha de sobreinfección, por lo que venía recibiendo manejo antibiótico, **sin compromiso del SNC localizado**, sin embargo con neuroimagen reciente con realce leptomeníngeo nodular difuso, con estudios infecciosos bacterianos, virales y micobacterias negativos. **No es claro si compromiso es secundario a enfermedad de base. Programan mañana para cambio de VAC sacro y lavado**, último fue el 08.10.2020, además **en mismo turno se llevará a ecocardiograma TE para descartar endocarditis por elevación de reactantes de fase aguda sin foco claro**. El procedimiento iba a ser realizado el día de ayer pero se pospuso por hipokalemia severa, que ya se encuentra en reposición con potasio sérico en aumento.

Preparación general - observaciones :

Paciente de 20 años, ASA III, programado para procedimiento de riesgo intermedio de sangrado y ecocardiograma TE en mismo turno para descartar endocarditis. Clínicamente estable, recibiendo manejo antibiótico aun sin foco claro, en manejo por reumatología e infectología. Con hipokalemia severa en reposición, con K sérico que viene en aumento. Vía aérea previamente probada el 08.10.2020, fácil, cormack lehane de 1, TET #7. Paraclínicos: 14.10.2020 pcr 17.3 VSG 21 NA 138 K 3.1 (Previo 2.67) CL 105 MG 1.9 12.10.2020 HB 8.4 HTO 29 LEU 11030 NEU 10140 LINF 370 CR 0.27 BUN 9 Indicaciones Ayuno de 8 horas para sólidos, de 2 horas para líquidos claros Enoxaparina, suspender 12 horas previo al procedimiento No requiere reserva Uso crónico de esteroides** importante suplementar en cirugía* Cuidados POP en UCPA Monitoria básica María Paula Cortés Salas Residente de Anestesiología Universidad ICESI

Preparación general - ayuno recomendado :

Ayuno de 8 horas para sólidos, de 2 horas para líquidos claros

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.10.2020

Hora Registro: 07:48:53

Responsable: GUERRA LOZANO, ANA MARIA

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Evolución

PSIQUIATRIA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenia 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Acido valproico 250 mg x 1 tto actual por psiquiatría: quetiapina 75 mg noche lorazepam 1-1-2 levomepromazina 8 gotas noche (iniciado hace dos días)

en el momento dormida. reportan que estuvo más tranquila en la noche, sin eventos de ansiedad o agitación, tolero la desmovilización, sin intentar retirar los accesos o equipos.

evolución estable, en términos de control de síntomas objetivos, regulación progresiva de sueño dejó igual manejo

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.10.2020

Hora Registro: 11:15:57

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente con madre. Informa persiste con picos febriles. Ayer colocaron gastrostomia sin complicaciones. Un poco mas conectada con el entorno. No otros sintomas. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Febril. T/A 128/70 FC 78 FR 17. OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular CON RUIDOS TRANSMITIDOS DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR. ABDOMEN: Sonda de gastrostomia limpia. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalizacion, fuerza 4/5 en 4 extremidades. espasticidad generalizada, no sigue ordenes. FIJA MAS LA MIRADA.

PARACLÍNICOS: FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 ANtiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 05.10.20 10.10.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 7.0 7.1 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 23.5 23.6 Leucocitos: (/mm3) 11120 9400 13640 9600 9260 6850 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 7370 6090 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 1010 400 Monocitos: (%) 320 220 230 260 700 320 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135. 184. 146. 355. 390. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 6.2 1.27 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina: (mgr/dL) 0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 139 143 Potasio 3.58 3.36 3.59 3.3 2.89 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR Negativa

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunologico, hematologico (PTI), Hospitalizada actualmente por deficit neurologico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiatrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejo cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizo procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patologico de perdida de volumen del parenquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalica aguda. Signos sugestivos de realce meningeo nodular difuso, con liquido cefaloraquideo negativo para infección (PCR multiple y TB negativo). Neurologia indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmuosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Recibe manejo antibiotico con imipenem por ulcera sobreinfectada (infectologia indicó dar 2 semanas desde el 9.10.20). Llama la atención la persistencia de febrículas y taquicardia, no parece relacionarse con efectos medicamentosos- las ulceras van mejor- menos probable actividad lupica en el momento segun exámenes de control, dado el crecimiento de cocos gram positivos se inicio además vancomicina, sin embargo tipificado como S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, recibe

adicionalmente caspofungina. Esta pendiente realizacion de EcoTE. TAC de senos paranasales con sinusopatía frontal, etmoidal y maxilar derecho, ORL indico manejo medico, no Qx. El 15.10.20 se coloco gastrostomia sin complicaciones. Ya sin hipokalemia, se deja LEV con potasio basal. Hoy se realizara ecocardiograma TE y la cirugía de revisión y cambios de VAC sacro. Se le explica a la madre.

...

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 16.10.2020

Hora Registro: 11:16:15

Responsable: DIEGO FERNANDO JIMENEZ RIVERA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - HEPATOLOGIA - TRASPLANTE HEPATICO -

Tipo de herida :

Descripcion de la prestación :

GASTROSTOMIA VIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA)

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

<<<GASTROSTOMIA VIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA) >>> ----- Información Clínica REMITE:REUMATOLOGIA SEDACIÓN: ANESTESIOLOGIA INDICACIÓN: ASEGURAR VIA DE NUTRICION ASA:III REALIZADA 15 10 2020 Previa explicación del procedimiento, riesgos, beneficios y firma del consentimiento informado se realiza estudio endoscópico. Hallazgos PROCEDIMIENTO: Se hace endoscopia superior que no muestra lesiones. Se selecciona un sitio en la pared anterior del antro gástrico por transluminación y palpación. Se punciona y se introduce aguja guía a estómago bajo visión directa. Se pasa guía a través de la aguja y se captura con asa de polipectomía. De manera retrógrada se extrae por boca. Sobre la guía se avanza sonda de gastrostomía y por tracción se obtiene a través de la pared abdominal. Se fija con disco externo de silicona. I. El paciente tolera bien el procedimiento. No complicaciones. Diagnóstico GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA La evaluación del paciente se realizó utilizando todos los elementos de protección personal, cumpliendo los protocolos y lineamientos institucionales.

Complicaciones :

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 16.10.2020

Hora Registro: 12:07:13

Responsable: CORAL HERNANDEZ, ADRIANA MARIA

CIRUGIA GENERAL PACIENTE A CARGO A PARTIR DE MAÑANA DE DR F. RODRIGUEZ CX GENERAL PARA MANEJO DE VAC CUIDADOS DE VAC GLUTEO- NO MOJAR , LIMPIAR ANO DE ATRAS PARA ADELANTE ,CAMBIO DE PAÑAL PRONTO CON CADA EVACUACION EDUCACION A ACOMPAÑANTES PARA CAMBIOS DE POSICION, VIGILANCIA DE MANTENIMIENTO DE VAC Y ZONAS DE PRESION EN PACIENTE DE RIESGO POR TEO COLCHON ANTIESCARAS CAMBIOS DE POSICION CADA 2 HORAS

NUTRICION 1. POR SONDA DE GASTROSTOMIA , FORMULA NUTREN 1,5 ESQUEMA BOLOS ASI, GRAVITACIONAL: -A LAS 6 Y 18 PASAR 250 MILILITROS EN 3 HORAS -A LAS 12 HORAS PASAR 500 MILILITROS EN 4 HORAS. -Dejo formulación Mipres 20201016110023710966

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.10.2020

Hora Registro: 15:00:53

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Paciente : LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ Identificación : - CC: 1107531724 Edad : 20 Años Sexo : FEMENINO Fecha: 2020.Oct.16 Edad: 20 Años DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Oct.14 FIEBRE DE ORIGEN CENTRAL? R500: FIEBRE CON ESCALOFRIO Paciente manejada extra institucionalmente, quien ingresa a nuestra institución el día 24.09.2020, es una paciente joven con un diagnostico de un Lupus eritematoso sistémico con manifestación hematológica, en quien se ha considerado una actividad lúpica a nivel del sistema nervioso central y en manejo por reumatología. La paciente ha tenido una postración importante, que le limita sus actividades básicas diarias, con sonda de nutrición, fascicula, con nistagmus, y dado su postración ha presentado una ulcera sacra, sin compromiso del SNC a través de RMN realizada el 25.09.2020, razón por la que se considero una sobreinfección requiriendo manejo antimicrobiano desde este momento para diferentes aislamientos que la paciente ha tenido a este nivel. La paciente presenta alza térmica, con taquicardia, sin colapso hemodinámica y solicitan interconsulta

nuevamente. Al revisar paciente postrada, en regulares condiciones, en compañía de su mamá, no hay signos de flebitis, **la paciente presenta fasciculaciones que se han interpretado como episodios convulsivos**, y le han realizado diferentes cultivos donde se identifica un CoNS, que refleja una **colonización**, **no siendo evidente un proceso de infección**. Al revisar nuevamente los estudios tomados, la RMN Cerebral documenta un realce leptmeningeo nodular difuso con estudios infecciosos bacterianos, virales y micobacterias negativos, con PCR para micobacterias negativos, el cito químico no evidencia consumo de glucosa, no hay evidencia de proteínas elevadas. La radiografía de tórax no evidencia consolidación, o infiltrados. Tiene analíticas donde se documenta leucos 6830 L: 240 Hb: 8 cr: 0,2 LDH: 267 IgG: 11,4 pcr: 13 15.10.2020: VSG:21 uroanálisis: Densidad: 1.031 ph: 7,0 esterase negativa nitritos: negativos proteínas: negativo, leucos: 50/CPA, células epiteliales <1, Na: 138 K: 3.1 CLORO: 101 calcio: 8,5 PCR: 17.38 factor reumatoideo: 11.9 (<14) 13.10.2020: hb: 8.4 g/dl, plq: 402.000, leucos: 11030, N: 10140 (91%) linfopenia 370, Eosinófilos: 0, c3: 92 c4: 18 PCR: 1.6 ferritina: 79 nitritos negativos, esterase l: negativa prots: 150 eritrocitos: 160/cpa leucos: 29/cpa bacterias escasas, cel epiteliales <1, tiene del 11.10.2020: procalcitonina: 0,1 que es negativa. 11.10.2020:Hepatitis C anticuerpos negativos; ACS anti HTLV I y II negativos, RPR negativo; IgG 8.89 Acs IgM e IgG toxo negativos, VIH negativo, VHBAgs negativo. Análisis y plan: **Paciente quien cursó con compromiso neurológico agudo y posteriormente manifestaciones neuropsiquiátricas**, **se interpretó como cuadro de mielitis transversa**, **para lo cual recibió manejo con esteroides, plasmaferesis y ciclofosfamida**. Se revisan estudios de LCR previos, sin infección documentada, TAC y RMN (mayo/2020) donde se evidencia pérdida de volumen cortical y subcortical difuso, lo que coincide con imágenes institucionales, sin embargo, en estos estudios, no se evidencia realce leptmeningeo a diferencia de las imágenes institucionales. Ya tiene **pruebas insitucionales de LCR que descartan infección a nivel de SNC**, llama la atención el patrón de realce leptmeningeo nodular difuso, **nos podría sugerir la presencia de otra patología aún no identificada**. Persiste con linfopenia, se encuentra en cubrimiento con vancomicina + imipenem + caspofungina, sin aislamiento microbiológico hasta el momento, hemocultivos para hongos tomados el día de ayer se encuentran en proceso. A pesar de esto, **paciente ha persistido febril y taquicárdica**, **por el alto riesgo de infección dado su estado actual**, **se continúa cubrimiento antibiótico**, **sin embargo, ante la persistencia de fiebre sin aislamientos microbiológicos se debería considerar otras causas de fiebre**, tiene TSH y y T4l reciente sin alteraciones, podría **también tratarse de una dificultad central para el control térmico**. Quedamos atentos a hallazgos encontrados en procedimiento quirúrgico a nivel de escara sacra y ecocardiograma. Quedamos atentos a evolución clínica. Reevaluar a este/a paciente el próximo 19 de Octubre del 2020, ante cualquier eventualidad el Dr. Pablo Andrés Moncada estará disponible para la evaluación del paciente los días 17 y 18 de Octubre del 2020, continúa su manejo a cargo de su médico tratante. Favor informar solicitud de interconsulta al médico infectólogo de turno. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

.

.

.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 16.10.2020

Hora Registro: 16:42:27

Responsable: CORAL HERNANDEZ, ADRIANA MARIA

NUTRICION

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 16.10.2020

Hora Registro: 17:46:20

Responsable: FRANCO FLOREZ, MARIA JOSEFA

Tipo de herida :

Contaminada

Descripción de la prestación :

SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SU

Hallazgos :

SISTEMA DE SUCCION AL VACIO CON ESPUMA MEDIANA , DISFUNCIONAL Y CONTAMINADO CON MATERIA FECAL
ULCERA POR DECUBITO PRESACRA CON EXTENSION GLUTEA APROX 10 X 8 CM EN PIEL ,TEJIDO DE GRANULACION INCIPIENTE

Descripción procedimiento :

PACIENTE EN DECUBITO SUPINO ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS EN REGION GLUTEA COLOCACION DE CAMPOS QX **RETIRO DE SISTEMA DE SUCCION CURETAGE DE TEJIDO DESVITALIZADO LATERAL PROFUNDO LAVADO** CON 1 LT DE SALINA SE DEJA ESPUMA SMALL ,AFRONTAMIENTO DE PIEL CON VICRYL 1 BARREARA LISA DE 20 CM ALREDEDOR PLASTICO ADHERENTE Y SENSATRACK QUE SE CONECTA A CANISTER ANTIGUO A PR 100 MMHG INTERMITENTE 10/2 MIN NO OTROS QUEDA **PACIENTE EN ESPERA DE REALIZAR ECOCARDIOGRAMA**

Complicaciones :

NO INFORMO A MADRE Y ORIENTO SOBRE POSTURAS Y CAMBIOS DE POSICION EN PCTE

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.10.2020

Hora Registro: 19:09:23

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Paciente quien ha estado en procedimientos médicos por lo cual, no se ha realizado intervención terapéutica. Se comenta con la jefe de turno

Paciente quien ha estado en procedimientos médicos por lo cual, no se ha realizado intervención terapéutica. Se comenta con la jefe de turno -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Paciente quien ha estado en procedimientos médicos por lo cual, no se ha realizado intervención terapéutica. Se comenta con la jefe de turno

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.10.2020

Hora Registro: 10:10:31

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresa a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente con madre. Informa ayer realizaron procedimientos que estaban pendientes. Fiebre en la noche. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Febril. T/A 128/70 FC 130 FR 17. OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, PRCORDIO HIPERDINAMICO. murmullo vesicular CON RUIDOS TRANSMITIDOS DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR. **ABDOMEN: Sonda de GASTROSTOMIA LIMPIA.** EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. espasticidad generalizada, no sigue ordenes. FIJA MAS LA MIRADA.

PARACLÍNICOS: FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390

Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 ANtiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 05.10.20 10.10.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 7.0 7.1 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 23.5 23.6 Leucocitos: (/mm3) 11120 9400 13640 9600 9260 6850 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 7370 6090 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 1010 400 Monocito: (%) 320 220 230 260 700 320 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135. 184. 146. 355. 390. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 6.2 1.27 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina: (mgr/dL) 0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 139 143 Potasio 3.58 3.36 3.59 3.3 2.89 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR Negativa

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uroanálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Recibe manejo antibiótico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología (infectología indicó dar 2 semanas desde el 9.10.20). Llama la atención la persistencia de febrículas y taquicardia, no parece relacionarse con efectos medicamentosos ni con actividad lúpica. Se documentó sinusitis se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con . hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras (el 16.10.20 se tomó EcoTE con resultado pendiente de subir al sistema) Ya sin hipokalemia, se deja LEV con potasio basal. El 16.10.20 se llevó a procedimiento de revisión se escara encontrando sistema de succión disfuncional y contaminado con materia fecal, encontraron úlcera de 10x8cm con tejido de granulación incipiente, realizaron curetaje de tejido desvitalizado laterla profundo y lavado y cambio de vac. Continúa manejo hospitalario.

...

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.10.2020

Hora Registro: 10:22:09

Responsable: GUERRA LOZANO, ANA MARIA

Especialidad: **PSIQUIATRIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica? - Marzo-Abril 2020 mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones) - Agosto 2020 cuadro depresivo con deterioro neurológico manejo con Rituximab (1 dosis) - LCR no sugestivo de proceso infeccioso - Neuroimagen: pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad 2. Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 y 04.10.2020 3. Sepsis de Tejidos blandos 3.1 Bacteriemia por Proteus mirabilis 4. Desequilibrio hidroelectrolítico resuelto ANTECEDENTES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Farmacológicos: Prednisolona tab 2,5 mg x1 - Cloroquina tab 250 mg x 1 - Ácido fólico tab 1 mg x 1 - Quetiapina tab 100 mg x 1 - Ácido valproico 250 mg x 1 tto actual por psiquiatría: quetiapina 75 mg noche loracepam 1-1-2 levomepromazina 8 gotas noche

en compañía de la madre, quien reporta que sigue durmiendo bien en la noche, durante el día solo establece contacto visual por breves periodos, ayer y hoy no ha tenido producción verbal, no episodios de agitación. durante la evaluación, pte sin máscara, perpleja, on establece contacto visual salvo ocasional y no intencional. no obedece ordenes simples

la madre expresa de nuevo el deseo de que le retire los demás medicamentos: loracepam, quetiapina explico la importancia de mantenerlos por ahora, dada la muy reciente estabilidad en el sueño y su difícil condición clínica, con un muy alto riesgo de alternancia del delirium hacia cuadros de agitación

igual manejo

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.10.2020

Hora Registro: 11:01:42

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: GO Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Informa ayer no tuvo fiebre. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA: 102/76 mmHg, FC: 146 lpm, FR: 22 rpm, Sat: 97%. T: 36.7C OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, PRCORDIO HIEPRDINAMICO. murmullo vesicular CON RUIDOS TRANSMITIDOS DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR. ABDOMEN: Sonda de GASTROSTOMIA LIMPIA. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. espasticidad generalizada, no sigue ordenes. FIJA MAS LA MIRADA.

PARACLÍNICOS: FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 AntiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas FECHA 24.9.20 26.9.20 27.9.20 28.9.20 05.10.20 10.10.20 Hb (g/dL) 9.6 8 8.0 6.5 7.0 7.1 Hcto: (%) 31.3 25.3 26.2 21.2 23.5 23.6 Leucocitos: (/mm3) 11120 9400 13640 9600 9260 6850 Neutrófilos: (%) 9900 8660 12910 8760 7370 6090 Linfocitos: (%) 810 430 420 470 1010 400 Monocito: (%) 320 220 230 260 700 320 Eosinófilos (%) 0 0 0 0 0 0 Plaquetas: (/mm3) 206. 135. 184. 146. 355. 390. VSG: (mmHg) 52 PCR: (mg/dL) 14.5 9.52 6.2 1.27 Glicemia: (mg/dL) 110 Creatinina: (mgr/dL) 0.54 0.3 BUN 23 DHL 344 BIL t/d 0.23/0.17 PT/PTT 14 /25.8 AST 102 ALT 99.2 Sodio: 140 151 139 143 Potasio 3.58 3.36 3.59 3.3 2.89 Fosforo 1.94 Cloro 104 118 VitB12 1649 Ac láctico 1.69 C3: 89.93 C4: 12.9 AntiDNA EIA 13.5 AntiDNA IFI pte Coombs dir 2+ PROCESO Uroanálisis esterasa 25 Proteínas 75 G.R. 7 G.B. 9 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas Hemocultivos 2/2 Negativos PCR en LCR Negativa

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de perdida de volumen del parenquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalica aguda. Signos sugestivos de realce meningeo nodular difuso, con liquido cefaloraquideo negativo para infección (PCR multiple y TB negativo). Neurologia indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. **Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20.** Recibe manejo antibiotico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología (infectología indicó dar 2 semanas desde el 9.10.20). Llama la

atención la persistencia de febrículas y taquicardia, no parece relacionarse con efectos medicamentosos ni con actividad lupica. Se documento sinusitis se retiro SNG y se coloco gastrostomia el 15.10.20. Hemocultivo con . hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras (el 16.10.20 se tomo EcoTE con resultado pendiente de subir al sistema) Ya sin hipokalemia, se deja LEV con potasio basal. El 16.10.20 se llevo a procedimiento de revision se escara encontrando sistema de succion disfuncionan y contaminado con materia fecal, encontraron ulcera de 10x8cm con tejido de granulacion incipiente, realizaon curetaje de tejido desvitalizado laterla profundo y lavado y cambio de vac. **Por el momento afebril en ultimas 24 horas, se decide continuar igual manejo, aun en espera de reporte de ECO TE.** Debe continuar manejo intrahospitalario.

...

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.10.2020

Hora Registro: 11:19:32

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores eincontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: En compañía de la madre, refiere verla mejor sin nuevos episdoios de fiebre. Establece conexion visual ocasional. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36.0 FC 128 FR 19 TA 95/57 TAM 69 SAT 97% OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, PRECORDIO HIEPRDINAMICO. murmullo vesicular CON RUIDOS TRANSMITIDOS DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR. ABDOMEN: SONDA DE GASTROSTOMIA LIMPIA. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalizacion, fuerza 4/5 en 4 extremidades. espasticidad generalizada, no sigue ordenes. FIJA MAS LA MIRADA.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 19.10.20 Leucos Neutros Linfos HB Hto Plat PCR VSG BUN Creatinina LDH Ferritina Procal Sodio: Potasio 4.2 Cloro Magnesio Calcio Fosforo FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 AntiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunologico, hematologico (PTI), Hospitalizada actualmente por deficit neurologico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiatrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejo cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizo procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patologico de perdida de volumen del parenquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalica aguda. Signos sugestivos de realce meningeo nodular difuso, con liquido cefaloraquideo negativo para infección (PCR multiple y TB negativo). Neurologia indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uroanálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos

control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Recibe manejo antibiotico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología (infectología indicó dar 2 semanas desde el 9.10.20). Llama la atención la persistencia de febrículas y taquicardia, no parece relacionarse con efectos medicamentosos ni con actividad lúpica. Se documentó sinusitis se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras (pendiente toma de EcoTE) Ya sin hipokalemia, se dejó LEV con potasio basal con potasio de hoy de 4.2 El 16.10.20 se llevo a procedimiento de revisión se escara encontrando sistema de succión disfuncionando y contaminado con materia fecal, encontraron úlcera de 10x8cm con tejido de granulación incipiente, realizaron curetaje de tejido desvitalizado. No ha presentado picos febriles en las últimas 48 hrs. Por ahora debe continuar manejo actual. Seguimiento por infectología. Se explica.

Ecocardiograma TE Manejo antibiótico Seguimiento por infectología

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.10.2020

Hora Registro: 13:28:36

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Paciente : LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ Identificación : - CC: 1107531724 Edad : 20 Años Sexo : FEMENINO

Fecha: 2020.Oct.19 Edad: 20 Años DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Oct.14 FIEBRE DE ORIGEN

CENTRAL? R500: FIEBRE CON ESCALOFRIO Ha remitido la fiebre, ha presentado febrículas, persiste taquicárdica, no ha estado polipneica. Al momento de la evaluación en compañía de su mañana tiene una temperatura de 36.3,

frecuencia cardíaca de 123, frecuencia respiratoria de 20, tensión arterial de 102/72 mmHg, alerta al llamado, con secuelas neurológicas establecidas. Tiene un potasio de 4.28 mmol/L, magnesio 2.26 mg/dL, fósforo 3.06 mg/dl, tiene

para el 16.10.2020, unos leucocitos 6830, linfocitos 240, plaquetas 243.000, creatinina 4.2 mg/DL, láctico

deshidrogenasa 267 U/L, linfocitos CD4 35 (12%). Hemocultivos para hongos en proceso al momento van negativos.

La detección de antígeno sérico frente a *Cryptococcus* negativo. Hemocultivos 2/2 negativos. Análisis y plan: paciente con secuelas neurológicas en relación a un cuadro al parecer inmunológico que compromete el SNC, aunque no se

descarta que en esa hospitalización presentara un proceso infeccioso, en el momento sin evidencia de enfermedad

infecciosa activa. La paciente estuvo expuesta a una severa inmunosupresión, con linfopenia persistente. En el

momento en una pauta antimicrobiana con imipenem y caspofungina que recomiendo mantener por un periodo de 2 semanas, continuar su pauta profiláctica con TMP/SMX, y en caso de nuevo episodio febril, realizar la determinación de

una Carga Viral del CMV, que es habitual reactivación. **Me comentan que no ha sido posible la realización del**

ecocardiograma TE. Desde el punto de vista de infectología, sin cambios, suspender la pauta antimicrobiana al

completar las dos semanas, re-evaluaremos ante cualquier eventualidad. Favor informar gracias. Atentamente,

Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M.

761861-00

.

.

.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 19.10.2020

Hora Registro: 16:42:27

Responsable: CORAL HERNANDEZ, ADRIANA MARIA

NUTRICION

NUTRICION 1. POR SONDA DE GASTROSTOMIA, FORMULA NUTREN 1,5 ESQUEMA BOLOS ASI, GRAVITACIONAL: -A LAS 6 Y 18 PASAR 250 MILILITROS EN 3 HORAS -A LAS 12 HORAS PASAR 500 MILILITROS EN 4 HORAS. -Tiene formulación Mipres 20201016110023710966

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.10.2020

Hora Registro: 19:14:43

Responsable: BERMEO CARDONA, MARIBETH

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso

sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Activación

Paciente despierta, alerta, en estable condición. Sin oxígeno suplementario. En compañía de la madre quien refiere que **interactúa verbalmente en ocasiones y le recibe estímulos orales. Se trabaja estimulación peri e intra oral y activación del mecanismo de la deglución, la madre le suministra arequipe evidenciando que desencadena reflejo de deglución pero no se anticipa al proceso de alimentación. Se explica a la madre que no debe forzarla a recibir los alimentos y que por parte de fonoaudiología se iniciaran estímulos orales terapéuticos.** Refiere comprender y aceptar. Se comenta con la Medica hospitalaria y jefe de turno. Queda estable. -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Estímulos orales por fonoaudiología Terapia de fonoaudiología

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.10.2020

Hora Registro: 20:52:23

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 Paciente mas tranquila, sin agitacion, sin agresividad, modula mejor afecto. Sin efectos adversos de la medicacion psiquiatrica. Duerme bien.

En cama, tranquila, sin agitacion, modula mejor afecto, mutista. Alerta.

Paciente tranquila, organizada, sin agitacion. Dejo igual manejo. Doy psicoeducacion a la madre, explicando la importancia de la medicacion, efectos beneficos, adversos y como se usan.

igual manejo Cierro interconsulta.

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.10.2020

Hora Registro: 11:20:24

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: En compañía de la madre, refiere verla mejor, sin fiebre. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36.0 FC 145 FR 20 TA 122/85 TAM 97 SAT 100% OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, PRECORDIO HIEPRDINAMICO. murmullo vesicular CON RUIDOS TRANSMITIDOS DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR. ABDOMEN: Sonda de gastrostomia limpia.

EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. espasticidad generalizada, no sigue ordenes. FIJA MAS LA MIRADA.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 Leucos 5310 Neutros 4130 Linfos 740 HB 7.6 Hto 25.4 Plat 312. PCR 6.7 VSG BUN Creatinina LDH Ferritina Procal Sodio: 137 Potasio 4.6 Cloro Magnesio 2.02 Calcio Fosforo FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 ANtiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parenquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uroanálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Recibe manejo antibiótico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología (infectología indicó dar 2 semanas desde el 9.10.20). Llama la atención la persistencia de febrículas y taquicardia, no parece relacionarse con efectos medicamentosos ni con actividad lúpica. Se documentó sinusitis se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras. El 16.10.20 se llevó a procedimiento de revisión se escara encontrando sistema de succión disfuncional y contaminado con materia fecal, encontraron úlcera de 10x8cm con tejido de granulación incipiente, realizaron curetaje de tejido desvitalizado. **La evolución actual de la paciente es hacia la mejoría, sin nuevos picos febriles**, en parámetros de control cond escenso de la PCR y sin leucocitosis, **infectología recomienda completar 2 semanas de manejo antimicrobiano actual** (Imipenem FI 09.10.20 Caspofungina FI 16.10.20). **Persistentemente taquicárdica, en espera de realización de ecocardiograma TE (programado para el día de hoy)**. Por ahora debe continuar igual manejo.

Pte. Ecocardiograma TE Manejo antibiótico Seguimiento por infectología

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 20.10.2020

Hora Registro: 12:03:51

Responsable: SANCHEZ BLANCO, JAIRO

Tipo de herida :

Limpia

Descripción de la prestación :

ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO ADULTO EN

Hallazgos :

ver informe

Descripción procedimiento :

ver informe

Complicaciones :

ninguna

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.10.2020

Hora Registro: 18:27:14

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Activación

Encuentro paciente despierta, en estable condición. **No establece interacción verbal con el interlocutor.** Sin oxígeno suplementario. En compañía de la madre quien refiere **el día de hoy observarla ansiosa.** Se realiza movilización de la musculatura de cabeza y cuello y movilización laringea para activar el mecanismo de la deglución en seco. No se percibe acumulación de secreciones en orofaringe. **Se ofrece estímulo oral con yogurth, es reiterativa en rechazo por el alimento sin permitir el contacto con la cuchara y expulsando la poca cantidad que se coloca en boca. Se explica a la madre la importancia de no forzar la alimentación.** Continúa terapia de fonoaudiología. Se comenta con la jefe de turno. Queda estable. -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Estímulos orales por fonoaudiología Continuar terapias

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.10.2020

Hora Registro: 10:55:14

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de púrpura trombocitopénica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmáferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: En compañía de la madre, refiere verla mejor, sin fiebre. Padso buena noche, sin movimientos anormales. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36.0 FC 127 FR 21 TA 93/59 TAM 70 SAT 95% OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, PRECORDIO HIEPRDINAMICO. murmullo vesicular CON RUIDOS TRANSMITIDOS DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR. ABDOMEN: Sonda de gastrostomía limpia. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalizacion, fuerza 4/5 en 4 extremidades. espasticidad generalizada, no sigue ordenes. FIJA MAS LA MIRADA.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 Leucos 5310 Neutros 4130 Linfos 740 HB 7.6 Hto 25.4 Plat 312. PCR 6.7 VSG BUN Creatinina LDH Ferritina Procal Sodio: 137 Potasio 4.6 Cloro Magnesio 2.02 Calcio Fosforo FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 ANtiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), Hospitalizada

actualmente por deficit neurologico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiatrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejo cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizo procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patologico de perdida de volumen del parenquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalica aguda. Signos sugestivos de realce meningeo nodular difuso, con liquido cefaloraquideo negativo para infección (PCR multiple y TB negativo). Neurologia indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronalisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Recibe manejo antibiotico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectologia (infectología indicó dar 2 semanas desde el 9.10.20). Llama la atención la persistencia de febrículas y taquicardia, no parece relacionarse con efectos medicamentosos ni con actividad lupica. Se documento sinusitis se retiro SNG y se coloco gastrostomia el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras. El 16.10.20 se llevo a procedimiento de revision se escara encontrando sistema de succion disfuncionan y contaminado con materia fecal, encontraron ulcera de 10x8cm con tejido de granulacion incipiente, realizaon curetaje de tejido desvitalizado. La evolución actual de la pacietne es hacia la meoría, sin nuevos picos febriles, reactantes de fase aguda en descenso. Infectologia recomendò copletar 2 semanas de pauta antimicrobiana actual (Imipenem FI 09.10.20 Caspofungina FI 16.10.20). **Se realizò ecocardiograma TE, estamos a la espera de reporte del mismo.** Por ahora no moficamos manejo. Se explica a familiar.

Pte. reporte de Ecocardiogramam TE Manejo antiobiótico

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 21.10.2020

Hora Registro: 14:02:27

Responsable: CORAL HERNANDEZ, ADRIANA MARIA

NUTRICION

NUTRICION 1. POR SONDA DE GASTROSTOMIA , FORMULA NUTREN 1,5 ESQUEMA BOLOS ASI, GRAVITACIONAL: -A LAS 6 Y 18 PASAR 250 MILILITROS EN 3 HORAS -A LAS 12 HORAS PASAR 500 MILILITROS EN 4 HORAS. -Tiene formulación Mipres 20201016110023710966

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.10.2020

Hora Registro: 11:09:29

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere que anoche presentó alzas térmicas y ha cursado con episodios de ansiedad. Niega movimientos anormales u otra sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal

indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 38.7 C, FC 155 lpm, FR 20 rpm, TA 107/71 mmHg, TAM 83 mmHg, SAT 96% OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, PRECORDIO HIEPRDINAMICO. murmullo vesicular CON RUIDOS TRANSMITIDOS DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR. ABDOMEN: Sonda de GASTROSTOMIA LIMPIA. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada, fija la mirada, no obedece órdenes.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 21.10.20 Leucos 5310 Neutros 4130 Linfos 740 HB 7.6 Hto 25.4 Plat 312. PCR 6.7 VSG BUN Creatinina LDH Ferritina Procal Sodio: 137 Potasio 4.6 3.85 Cloro Magnesio 2.02 2.13 Calcio Fosforo 4.19 FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 ANtiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas 21.10.20: **ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO PORTATIL INTRAOPERATORIO** Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativos. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefaloraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Se inició manejo antibiótico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Llama la atención la persistencia de febrículas y taquicardia, no parece relacionarse con efectos medicamentosos ni con actividad lúpica. Se documentó sinusitis se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras. El 16.10.20 se llevó a procedimiento de revisión de escara encontrando sistema de succión disfuncional y contaminado con materia fecal, encontraron úlcera de 10x8cm con tejido de granulación incipiente, realizan curetaje de tejido desvitalizado. Infectología recomendó completar 2 semanas de pauta antimicrobiana actual (Imipenem FI 09.10.20 Caspofungina FI 16.10.20). **Actualmente paciente con persistencia de alzas térmicas y taquicardia. Tiene ecocardiograma TE que descarta presencia de vegetaciones.** Por ahora no modificamos manejo. Se solicitan paraclínicos de control y en caso de volver a presentar fiebre se indica hemocultivar. **Tiene programado EEG para el 24.10.2020.** Se explica a familiar.

Pendiente realización de EEG Manejo antibiótico Se solicitan paraclínicos de control Si presenta fiebre nuevamente tomar hemocultivos

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.10.2020

Hora Registro: 19:35:01

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Activación

Paciente despierta, con **inquietud motora**, en estable condición. **Contacto visual durante cortos periodos de tiempo sin establecer interacción verbal**. Tolerando aire ambiente. En compañía de la madre quien refiere ha suministrado pequeñas cantidades de alimento, **en ocasiones realiza deglución, en otras la rechaza**. Se realiza movilización laringea, recorrido sensorial de la deglución y **estimulación sensorial intraoral para favorecer la activación del mecanismo de la deglución**. Se brinda estímulo gustativo con **compota: acepta mínima cantidad (2cc) realizando gestos de desagrado, reteniendolo en cavidad oral sin desencadenar la deglución. Posteriormente lo expulsa. Se explica a la madre la importancia de no forzar la alimentación ni brindar alimento fuerza de la terapia**. Continúa con fonoaudiología. Se comenta con la jefe de turno. Queda estable. -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Estimulos orales por fonoaudiología Continuar terapias

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.10.2020

Hora Registro: 07:50:27

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ Edad: 20 AÑOS Diagnósticos: 1- Úlcera por presión en región sacra y glútea ** POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020 2. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 3. Mielitis transversa? 4. Fiebre de origen central SUBJETIVO Paciente no responde preguntas de entrevistador, madre manifiesta que pronuncia unas palabras y solicitudes, no refiere dolor, sin embargo manifiesta que en la noche tuvo sesación de alzas térmicas.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes durante el estado de emergencia de salud publica por la actual pandemia COVID-19 se evalúa el paciente: OBJETIVO Paciente en cama, en adecuadas condiciones, en compañía de madre, sin facies álgicas, sin signos de dificultad respiratoria, no responde preguntas formuladas ni establece contacto con entrevistador. SIGNOS VITALES: HORA T FC FR TAS TAD TAM SaO2% 21:21:43 37,70 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 20:00:09 38,00 142,00 21,00 107,00 70,00 82,33 97,00 16:00:00 37,70 137,00 20,00 103,00 75,00 84,33 96,00 12:00:00 35,70 141,00 20,00 112,00 70,00 84,00 98,00 08:00:00 38,70 155,00 20,00 107,00 71,00 83,00 96,00 04:00:57 37,60 143,00 20,00 94,00 54,00 67,33 95,00 00:00:23 37,80 137,00 20,00 92,00 62,00 72,00 96,00 Cabeza: Normocefálica. Escleras anictéricas. Mucosas húmedas, pálidas. Cuello simétrico Torax: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin sobreagregados. Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, sin soplos. Abdomen: Blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, sin masas ni megalias palpables. Sistema VAC. Genitourinario: Sonda vesical con orina clara. Extremidades: móviles, sin edemas, llenado capilar < 2 seg SNC: Alerta, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. PARACLÍNICOS: 23.10.2020 HEMATOCRITO 23.90 HEMOGLOBINA 6.80 IEUCOCITOS 14.19 NEUTROFILOS # 13.07(%92.10) LINFOCITOS # 0.66 (% 4.70) PLAQUETAS 371000 VSG 38 CREATININA 0.20 SODIO 144.20 PROTEINA C REACTIVA 18.90 POTASIO 2.98 20.10.20 Leucos 5310 Neutros 4130 Linfos 740 HB 7.6 Hto 25.4 Plat 312. PCR 6.7 15.10.2020 VSG 21 Na 138.5 K 3.1 Cl 105.4 Mg 1.9 Ca 8.58 P 2.87 PCR 17.38 FR 11.9 UROANÁLISIS COLOR AMARILLOLIGERMENTE TURBIA NITRITOS NEGATIVOS PROTEINAS NEGATIVAS GLUCOSA NORMAL CUERPOS CETONICOS 5 SU: leucos 50 xc Bacterias escasas celuilas epiteliales <1 Cp Moco+ cristal amorfo + Celulas transicionales <1xc 14.10.2020 Na 137 Mg 1.77 P 2.67 K 2.67 13.10.2020: hb: 8.4 plq: 402.000 leucos: 11030 N: 10140 (91%) LINFOCITOS: 370 Eosinofilos: 0 , c3: 92 c4: 18 PCR: 1.6 ferritina: 79 nitritos negativos, esterasa I: negativa prots: 150 eritrocitos: 160/cpa leucos: 29/cpa bacterias escasas, cel epiteliales <1, K: 2.85 20/10/2020 Eco TE: sin vegetaciones 13.10.20: TAC SENOS PARANASALES: SINUSOPATÍA FRONTAL, ETMOIDAL Y MAXILAR DERECHAS. CAMBIOS POR PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL PROCEDIMIENTOS: -16/10/2020: Lavado y desbridamiento sistema de succión disfuncionan y contaminado con materia fecal, encontraron ulcera de 10x8cm con tejido de granulación incipiente, realiza con curetaje de tejido desvitalizado. PACIENTE EN DECUBITO SUPINO ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS EN REGION GLUTEA COLOCACION DE CAMPOS QX RETIRO DE SISTEMA DE SUCCION CURETAGE DE TEJIDO DESVITALIZADO LATERAL PROFUNDO LAVADO CON 1 LT DE SALINA SE DEJA ESPUMA SMALL ,AFRONTAMIENTO DE PIEL CON VICRYL 1 BARREARA LISA DE 20 CM ALREDEDOR PLASTICO ADHERENTE Y SENSATRACK QUE SE CONECTA A CANISTER ANTIGUO A PR 100 MMHG INTERMITENTE 10/2 MIN NO OTROS -08.10.20 : Lavado y desbridamiento: Escara sacra de fondo limpio sin necrosis ni infección, se tallan colgajos permitiendo afrontamiento de ángulos en rombo logrando cierre de un 70% del defecto. - 04.10.20: Lavado y desbridamiento: ulcera por decubito opresora y glútea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital ,tejido de granulación incipiente zonas de presión trocánterica ya resueltas - 26.09.2020: ESCARECTOMÍA + L +D ÚLCERA SACRA: Úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hemopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánterica izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, urinalisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Recibe manejo antibiótico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología (infectología indicó dar 2 semanas desde el 9.10.20, hoy día 14). Se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras. El 16.10.20 se llevó a procedimiento de revisión de escara encontrando sistema de succión disfuncional y contaminado con materia fecal, encontraron úlcera de 10x8cm con tejido de granulación incipiente, realizaron curetaje de tejido desvitalizado. Infectología recomendó completar 2 semanas de pauta antimicrobiana actual (Imipenem FI 09.10.20 Caspofungina FI 16.10.20). Se realizó ecocardiograma TE, sin presencia de vegetaciones. **Llama la atención la persistencia de taquicardia a lo largo del día asociado a picos febriles durante la noche además de mostrar en parámetros leucocitosis con neutrofilia, asociado elevación de reactantes de fase aguda e hipokalemia moderada. Se sugiere valoración por infectología. Queda pendiente revisión y recambio de sistema VAC.** continuamos atentos a evolución de paciente, **debe continuar con reposición de potasio.**

-Continuar hospitalizada a cargo de medicina interna y reumatología -En seguimiento por psiquiatría -valoración por infectología -Control de signos vitales y avisar cambios -Pendiente cambio de sistema VAC en quirófano hoy -Vigilar signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.10.2020

Hora Registro: 10:08:52

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación DIAGNÓSTICO

MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, tranquila, en estable condición. **Inmovilizada en miembros superiores.** En compañía de madre. **Se continúa actividad estimulación seguimiento de órdenes verbales de una acción, sin lograr el día de hoy respuestas acertadas;** se trabaja identificación objetos a través de movimientos oculares, ante la actividad la paciente se altera un poco. **La madre refiere que en la madrugada de hoy, la paciente le habló, solicitándole comida y nombrando amigos en su celular.** Se brindan pautas de estimulación a la madre de seguimiento órdenes verbales de una acción; quien refiere comprender y aceptar. Queda estable. -----

-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Terapia de fonoaudiología.

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.10.2020

Hora Registro: 11:28:03

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopénica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien consideró LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presentó dolor abdominal y fiebre consultó por urgencias en varias ocasiones, documentan

peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con ilio adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresa a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-40 °C, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere que la paciente persiste con alzas térmicas. Niega movimientos anormales u otra sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 37.5 °C, FC 145 lpm, FR 20 rpm, TA 107/71 mmHg, TAM 83 mmHg, SAT 98% OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, PRECORDIO HIPERDINÁMICO. murmullo vesicular CON RUIDOS TRANSMITIDOS DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR. ABDOMEN: Sonda de gastrostomía limpia. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de LM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada, fija la mirada, no obedece órdenes.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 Leucos 5310 14190 Neutros 4130 13070 Linfos 740 660 HB 7.6 6.8 Hto 25.4 23.9 Plat 312. 371. PCR 6.7 18.9 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 Potasio 4.6 3.85 2.98 Cloro Magnesio 2.02 2.13 Calcio Fosforo 4.19 FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 AntiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativos. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Se inició manejo antibiótico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Llama la atención la persistencia de febrículas y taquicardia, no parece relacionarse con efectos medicamentosos ni con actividad lúpica. Se documentó sinusitis se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras. El 16.10.20 se llevó a procedimiento de revisión de escara encontrando sistema de succión disfuncional y contaminado con materia fecal, encontraron úlcera de 10x8cm con tejido de granulación incipiente, realizan curetaje de tejido desvitalizado. Infectología recomendó completar 2 semanas de pauta antimicrobiana actual (Imipenem FI 09.10.20 Caspofungina FI

16.10.20). Tiene ecocardiograma TE que descarta presencia de vegetaciones. Desde hace 2 días nuevamente con alzas térmicas y taquicardia. Tiene paraclínicos de control con evidencia de elevación de reactantes de fase aguda, hemocultivos negativos a la fecha. **El día de hoy se realizará cambio del sistema VAC. Tiene programado EEG para mañana. Se explica a familiar.**

Pendiente realización de EEG Manejo antibiótico Se solicitan paraclínicos de control

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 23.10.2020

Hora Registro: 16:48:33

Responsable: CORAL HERNANDEZ, ADRIANA MARIA

NUTRICION 1. POR SONDA DE GASTROSTOMIA , FORMULA NUTREN 1,5 ESQUEMA BOLOS ASI, GRAVITACIONAL: -A LAS 6 Y 18 PASAR 250 MILILITROS EN 3 HORAS -A LAS 12 HORAS PASAR 500 MILILITROS EN 4 HORAS. -Tiene formulación Mipres 20201016110023710966

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 23.10.2020

Hora Registro: 18:47:09

Responsable: FRANCO FLOREZ, MARIA JOSEFA

Tipo de herida :

Limpia Contaminada

Descripción de la prestación :

SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SU

Hallazgos :

SISTEMA DE SUCCION AL VACIO SMALL ,ULCERA CON BUEN TEJIDO DE GRANULACION REDUCCION DE TAMAÑO POR RETRACCION

Descripción procedimiento :

PACIENTE EN DECUBITO PRONO ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS EN GLUTEOS COLOCACION DE CAMPOS QX RETIRO DE SITEMA VAC PREVIO, SE IDENTIFICA TEJIDO DE GRANULACION BIEN PERFUNDIDO ,LIMPIO E INCIPINETE SOBRE SACRO SE LAVA CON 1 LT DE SALINA , COLOCAICON DE BARRERA LISA ALREDEDOR DE ULCERA ,ESPUMA SAMLL IN SITU, SE AFRONTA PIEL CON VICRYL 1 ,SE DEJAN ALGUNOS PUNTOS DEFINITIVOS INFERIORES .PLASTICO ADHERENTE Y SENSATRACK QUE SE CONECTA AACANISTER ANTIGUO A PR DE 100 MMHG INTERMITENTE 10/2 CURACION

Complicaciones :

NO

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.10.2020

Hora Registro: 05:33:51

Responsable: IGUA ESCOBAR, CRISTIAN ANTONIO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

SOHO LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD 20 AÑOS CC 1107531724 Diagnósticos: 1- Úlcera por presión en región sacra y glútea ** POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020 2. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 3.Mielitis transversa? 4. Fiebre de origen central MOTIVO DE SEGUMIENTO : HIPOKALEMIA OB ESTABLE RECORD SIGNSO VITALES. HORA T° FC FR TAS TAD TAM SATO% 00:00:01 37,30 132,00 20,00 83,00 57,00 65,67 98,00 20:00:00 37,80 122,00 19,00 111,00 69,00 83,00 99,00 16:00:42 36,40 123,00 22,00 114,00 57,00 76,00 97,00 08:00:08 37,80 124,00 22,00 91,00 70,00 77,00 96,00 04:00:21 37,50 145,00 20,00 107,00 71,00 83,00 98,00 CONTROL : 23/10/2020: K3.99 NA:14.2 CL:109.5 MG:1.91 P:2.06 PACIENTE QUE FUE MONITORIZADA POR SOPORTE HOSPITALARIO POR REPOSICION DE POTASIO POR VIA PERIFERICA A 100 CC /HORA ,POR HIPOKALEMIA EN 2.98 DEL 23 /10/2020, AHORA CONTROL 3.99 POR LO QUE SE DECIDE SUSPENDER INFUSION DE POTASIO Y MONITORIA POR SOHO. SE DEJA COMO DOSIS UNICA REPOSICION DE FOSFORO PERIFERICO A CARGO DE HOSPITALIZACION REGULAR. A 63 CC / HORA POR 8 HORAS Y TOMAR CONTROL.

-

-

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 24.10.2020

Hora Registro: 07:48:01

Responsable: CORAL HERNANDEZ, ADRIANA MARIA

NUTRICION 1. POR Sonda de GASTROSTOMIA , FORMULA NUTREN 1,5 ESQUEMA BOLOS ASI, GRAVITACIONAL: -A LAS 6 Y 18 PASAR 250 MILILITROS EN 3 HORAS -A LAS 12 HORAS PASAR 500 MILILITROS EN 4 HORAS. -Dejo nueva formulación Mipres 20201024193023885435

NUTRICION

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.10.2020

Hora Registro: 09:55:42

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion consistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Sin familiar en el momento de la valoración. Paciente mutista. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 37.5 FC 118 FR 19 TA 100/59 TAM 72 SAT 98% OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, PRECORDIO HIEPRDINAMICO. murmullo vesicular CON RUIDOS TRANSMITIDOS DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR. ABDOMEN: SONDA DE GASTROSTOMIA LIMPIA. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinell: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada, fija la mirada, no obedece órdenes.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 Leucos 5310 14190 Neutros 4130 13070 Linfos 740 660 HB 7.6 6.8 Hto 25.4 23.9 Plat 312. 371. PCR 6.7 18.9 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 Potasio 4.6 3.85 2.98 Cloro Magnesio 2.02 2.13 Calcio Fosforo 4.19 FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 ANtiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspidea ausente/trivial no fue posible calcular la

presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativos. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefaloraquídeo negativo para infección (PCR multiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Se inició manejo antibiótico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Llama la atención la persistencia de febrículas y taquicardia, no parece relacionarse con efectos medicamentosos ni con actividad lúpica. Se documentó sinusitis se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación. El 16.10.20 se llevó a procedimiento de revisión de escara encontrando sistema de succión disfuncional y contaminado con materia fecal, encontraron úlcera de 10x8cm, **realizan curetaje de tejido desvitalizado, el día de aer nueva revisión y lavado de úlcera. Preocupa reaparición de la fiebre, por lo que se tomaron nuevos hemocultivos, hasta el momento negativos. Ya recibe pauta antimicrobiana recomendada por infectología con la cual debe completar dos semanas, hemograma pendiente, consideramos pertinente solicitar revaloración por infectología. Solicitamos reactantes de fase aguda de control.** Continuamos atentos a evolución.

Pendiente realización de EEG Manejo antibiótico Revaloración infectología Se solicitan paraclínicos de control

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.10.2020

Hora Registro: 13:25:52

Responsable: CAPRE PEREIRA, JESSICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 823 Edad: 20 AÑOS Diagnósticos: 1- Úlcera por presión en región sacra y glútea ** POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 2. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 3.Mielitis transversa? 4. Fiebre de origen central **SUBJETIVO** Paciente no responde preguntas de entrevistador, madre manifiesta que pronuncia unas palabras y solicitudes, no refiere dolor, si via oral, nutrición por gastrostomía.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa el paciente: **OBJETIVO** Paciente en cama, en aceptables condiciones, con inmovilización de dos puntos en compañía de madre, sin facies álgicas, sin signos de dificultad respiratoria, no responde preguntas formuladas ni establece contacto con entrevistador. **SIGNOS VITALES:** HORA T FC FR TAS TAD TAM SaO2% 04:00:00 37,50 118,00 19,00 100,00 59,00 72,67 98,00 00:00:01 37,30 132,00 20,00 83,00 57,00 65,67 98,00 20:00:00 37,80 122,00 19,00 111,00 69,00 83,00 99,00 16:00:42 36,40 123,00 22,00 114,00 57,00 76,00 97,00 08:00:08 37,80 124,00 22,00 91,00 70,00 77,00 96,00 Cabeza: Normocefálica. Escleras anictéricas. Mucosas húmedas, pálidas. Cuello simétrico Torax: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin sobreagregados. Ruidos cardíacos rítmicos y regulares, sin soplos. Abdomen: Blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, sin masas ni megalias palpables. Sistema VAC funcional. Genitourinario: Sonda vesical con orina clara. Extremidades: móviles, sin edemas, llenado capilar < 2 seg SNC: Alerta, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. vac funcional sin fugas **PARACLÍNICOS:** 23.10.2020 **HEMATOCRITO** 23.90 **HEMOGLOBINA** 6.80 **IEUCOCITOS** 14.19 **NEUTROFILOS** # 13.07(%92.10) **LINFOCITOS** # 0.66 (% 4.70) **PLAQUETAS** 371000 **VSG** 38 **CREATININA** 0.20 **SODIO** 144.20 **PROTEÍNA C REACTIVA** 18.90 **POTASIO** 2.98 20.10.20 **Leucos** 5310 **Neutros** 4130 **Linfos** 740 **HB** 7.6 **Hto** 25.4 **Plat** 312. **PCR** 6.7 15.10.2020 **VSG** 21 **Na** 138.5 **K** 3.1 **Cl** 105.4 **Mg** 1.9 **Ca** 8.58 **P** 2.87 **PCR** 17.38 **FR** 11.9 **UROANÁLISIS COLOR** AMARILLOLIGERMENTE TURBIA **NITRITOS** NEGATIVOS **PROTEÍNAS** NEGATIVAS **GLUCOSA** NORMAL **CUERPOS CETONICOS** 5 **SU:** leucos 50 xc Bacterias escasas células epiteliales <1 Cp Moco+ cristal amorfo + Células transicionales <1xc 14.10.2020 **Na** 137 **Mg** 1.77 **P** 2.67 **K** 2.67 13.10.2020: **hb:** 8.4 **plq:** 402.000 **leucos:** 11030 **N:** 10140 (91%) **LINFOCITOS:** 370 **Eosinofilos:** 0 , **c3:** 92 **c4:** 18 **PCR:** 1.6 **ferritina:** 79 **nitritos** negativos, **esterasa I:** negativa **prots:** 150 **eritrocitos:** 160/cpa **leucos:** 29/cpa bacterias escasas, cel epiteliales <1, **K:** 2.85 20/10/2020 **Eco TE:** sin vegetaciones 13.10.20: **TAC SENOS PARANASALES:** SINUSOPATÍA FRONTAL, ETMOIDAL Y MAXILAR DERECHAS. CAMBIOS POR PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA

CEREBRAL PROCEDIMIENTOS: 23.10.2020: lavado mas desbridamiento y cambio de VAC de escara sacra.

-16/10/2020: Lavado y desbridamiento sistema de succion disfuncionan y contaminado con materia fecal, encontraron ulcera de 10x8cm con tejido de granulacion incipiente, realizacon curetaje de tejido desvitalizado. PACIENTE EN DECUBITO SUPINO ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS EN REGION GLUTEA COLOCACION DE CAMPOS QX RETIRO DE SISTEMA DE SUCCION CURETAGE DE TEJIDO DESVITALIZADO LATERAL PROFUNDO LAVADO CON 1 LT DE SALINA SE DEJA ESPUMA SMALL ,AFRONTAMIENTO DE PIEL CON VICRYL 1 BARREARA LISA DE 20 CM ALREDEDOR PLASTICO ADHERENTE Y SENSATRACK QUE SE CONECTA A CANISTER ANTIGUO A PR 100 MMHG INTERMITENTE 10/2 MIN NO OTROS -08.10.20 : Lavado y desbridamiento: Escara sacra de fondo limpio sin necrosis ni infeccion, se tallan colgajos permitiendo afrontamiento de angulos en rombo logrando cierre de un 70% del defecto. - 04.10.20: Lavado y desbridamiento: ulcera por decubit opresora y glutea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital ,tejido de granulacion incipiente zonas de presion trocantéricas ya resueltas - 26.09.2020: ESCARECTOMÍA + L +D ÚLCERA SACRA: Úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hemopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocantéricas izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunologico, hematologico (PTI), Hospitalizada actualmente por deficit neurologico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiatrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejo cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizo procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patologico de perdida de volumen del parenquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalica aguda. Signos sugestivos de realce meningeo nodular difuso, con liquido cefalorraquideo negativo para infeccion (PCR multiple y TB negativo). Neurologia indica descartar actividad epileptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronalisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmuosupresión por infeccion de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Recibe manejo antibiotico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectologia (infectología indicó dar 2 semanas desde el 9.10.20, hoy día 15). Se documento sinusitis, se retiro SNG y se coloco gastrostomia el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras. El 16.10.20 se llevo a procedimiento de revision se escara encontrando sistema de succion disfuncionan y contaminado con materia fecal, encontraron ulcera de 10x8cm con tejido de granulacion incipiente, realizacon curetaje de tejido desvitalizado. Infectologgia recomendò completar 2 semanas de pauta antimicrobiana actual (Imipenem FI 09.10.20 Caspofungina FI 16.10.20). Se realizaò ecocardiograma TE, sin presencia de vegetaciones. Llamo la atención la persistencia de taquicardia a lo largo del día de ayer asociado a picos febriles durante la noche además de mostrar en paraclínicos leucocitosis con neutrofilia, asociado elevación de reactantes de fase aguda e hipokalemia moderada, ya resuelta con control en 3,99. Se sugiere valoración por infectologia, la cual esta pendiente, ayer 23.10.2020 se llevo a cambio y revisión de sistema VAC, sin complicaciones. continua hospitalizada en observacion clinica

-Continuar hospitalizada a cargo de medicina interna y reumatología -En seguimiento por psiquiatría -valoración por infectología -Control de signos vitales y avisar cambios - curaciones y revision de sistema VAC por enfermería, vigilar cambios y disfunciones.

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.10.2020

Hora Registro: 16:07:58

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC: 1107531724 EDAD: 20 AÑOS. DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis. 3. Úlcera de presión en región sacra y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10). Paciente conocida por parte de esta especialidad, manejada previamente por sospecha de infección polimicrobiana de su ulcera sacra, con sospecha (descartada de momento) de osteomielitis (por medio de RMN de pelvis) que ha recibido multiples ciclos de tratamiento antibiótico con - vancomicina: 09.10.2020- caspofungina: activo - Imipenem: 09.10.2020- activo. - Meropenem: 04.10.2020 - 09.10.2020 - Vancomicina: 05.10.2020 -09.10.2020 - Ampicilina sulbactam: 28.09.2020 - 05.10.2020. - Clindamicina: 25.09.2020 - 26.09.2020. - Piperacilina tazobactam: 25.09.2020 - 28.09.2020. - Vancomicina oral: 29.09.2020 - 01.10.2020. y con multiples aislamientos que incluyen Staphylococcus hominis hemocultivo 2 (14 101 2020) 01.10.2020 Carbapenemasas: P aeruginosa positiva de cultivo 9270648. 29.09.2020 Clostridium difficile: GDH No detectada; A/B No detectada. 27.09.2020 Hisopado rectal: P aeruginosa positiva para carbapenemasas. 27.09.2020 Urocultivo: negativo 27.09.2020 Hemocultivos 1 y 2: Negativos. 26.09.2020 Cultivo úlcera sacra: Escherichia coli BLEE negativo, Proteus mirabilis, Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium. 25.09.2020 Hemocultivo 1: Proteus mirabilis multi sensible, Imipenem int. 25.09.2020 Hemocultivo 2: Negativo. Paciente que nuevamente presenta picos febriles, pese a

estar con con tratamiento antibiotico desde hace cerca de dos semanas, incluido nti micotico(caspofungina) , llevada el 16 de oct a lavado y debridamiento encontrando VACC disfuncion con materia fecal . El dia de hoy la paciente se encuentra activa, sin presencia de signos de dificultad respiratoria y sin cambios apreciables en el ex fisico con respecto a dias previos, sus ultimos dos episodios febriles se presentaron hace 2 dias, y aun sin estos en seguimiento de signos vitales se encuentra taquicardia persistente... SUS ULTIMOS LABS MUESTRAN: 7240 LEUCOS, NEUTROS DE 5970, HGB DE 5.90 354000 PLAQUETAS POTASIO DE 3.99 SODIO DE 142.20 23 DE OCT CON HEMOGRAMA EN 14190 LEUCOS, HEMOCULTIVOS DE 23 OCT NEGATIVOS, TAMBIEN LOS DEL 21, NO HAY AISLAMIENTOS ADICIONALES CONCEPTO Y PLAN: Paciente en condición clínica estable, **con presencia de fiebre aun en presencia de antibióticos suministrados de manera prolongada**, por lo cual **debe considerarse otros orígenes y dado que no ha tenido deterioro de estado clínico general, dado lo anterior definimos retiro temporal de tratamiento antibiótico: llamativa presencia de anemia progresiva**, esto **sumado a motivo de ingreso: anemia hemolítica obliga a descartar nuevos episodios**. Además **solicitamos Rx de Torax- coombs directo - LDH - ESP solicitar nuevo set de hemocultivos** Dr Jose Fernando Garcia. Infectología. Medicina Interna. FVL

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.10.2020

Hora Registro: 07:32:29

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Sin cambios en estado clínicos, reporte de algunas febrículas. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 37.5 FC 118 FR 19 TA 100/59 TAM 72 SAT 98% OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. murmullo vesicular conservado sin agregados, abdomen con gastrostomia funcional, limpia. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada, fija la mirada, no obedece órdenes.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 Leucos 5310 14190 Neutros 4130 13070 Linfos 740 660 HB 7.6 6.8 Hto 25.4 23.9 Plat 312. 371. PCR 6.7 18.9 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 Potasio 4.6 3.85 2.98 Cloro Magnesio 2.02 2.13 Calcio Fosforo 4.19 FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 ANtiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI:

contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativos. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefaloraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Se inició manejo antibiótico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Llama la atención la persistencia de febrículas y taquicardia, no parece relacionarse con efectos medicamentosos ni con actividad lúpica. Se documentó sinusitis se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación. El 16.10.20 se llevó a procedimiento de revisión de escara encontrando sistema de succión disfuncional y contaminado con materia fecal, encontraron úlcera de 10x8cm, realizan curetaje de tejido desvitalizado, el día de aer nueva revisión y lavado de úlcera. Preocupa reaparición de la fiebre, por lo que se tomaron nuevos hemocultivos, hasta el momento negativos. Ya recibe pauta antimicrobiana recomendada por infectología, sin embargo, con presencia de febrículas en últimas 72 hrs, fue llevada a nuevo lavado y recambio de sistema VAC. Revalorada por infectología quienes consideran que deben excluirse otras causas de febrícula actuales diferentes a infección, aunado a mejoría en reactantes de fase aguda. Por ahora recomiendan suspender antimicrobianos y tomar nuevo set de hemocultivos. EL perfil de hemólisis actual es negativo, hipokalemia leve, indicamos reposición. Continuamos atentos a evolución.

Pendiente realización de EEG Reposición de K

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.10.2020

Hora Registro: 10:54:18

Responsable: TORRES DELGADO, MONICA PATRICIA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 823 Edad: 20 AÑOS Diagnósticos: 1- Úlcera por presión en región sacra y glútea ** POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 2. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 3.Mielitis transversa? 4. Fiebre de origen central SUBJETIVO madre de paciente refiere que ha estado ansiosa, que ha requerido inmovilización de miembros inferiores.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa el paciente: OBJETIVO Paciente en cama, en compañía de madre, no responde preguntas formuladas por entrevistador, sin facies algicas, sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES: HORA T FC FR TAS TAD TAM SaO2% 08:30:18 36,70 139,00 20,00 106,00 65,00 78,67 97,00 04:53:43 36,00 129,00 20,00 115,00 80,00 91,67 97,00 00:34:00 36,30 119,00 20,00 122,00 79,00 93,33 96,00 16:00:33 36,40 129,00 21,00 104,00 77,00 86,00 98,00 12:00:15 37,10 101,00 22,00 120,00 59,00 79,33 98,00 08:00:52 37,00 136,00 21,00 108,00 78,00 88,00 97,00 Cabeza: Normocefálica. Escleras anictéricas. Mucosas húmedas, pálidas. Cuello simétrico Torax: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin sobreagregados. Ruidos cardíacos rítmicos y regulares, sin soplos. Abdomen: Blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, sin masas ni megalias palpables. Sistema VAC ubicado en región lumbosacra funcional. Genitourinario: Sonda vesical con orina clara. Extremidades: móviles, sin edemas, llenado capilar < 2 seg SNC: Alerta, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. vac funcional sin fugas PARACLÍNICOS: 25.10.2020: hb 5.9 hto 19.8 leucocitos 7240 N82% L 11,3% plaquetas 354000 LDH 257 Bilirrubina total 0.25 bilirrubina directa 0.19 PCR 6.5 23.10.2020 HEMATOCRITO 23.90 HEMOGLOBINA 6.80 IEUCOCITOS 14.19

NEUTROFILOS # 13.07(%92.10) LINFOCITOS # 0.66 (% 4.70) PLAQUETAS 371000 VSG 38 CREATININA 0.20 SODIO 144.20 PROTEINA C REACTIVA 18.90 POTASIO 2.98 20.10.20 Leucos 5310 Neutros 4130 Linfos 740 HB 7.6 Hto 25.4 Plat 312. PCR 6.7 15.10.2020 VSG 21 Na 138.5 K 3.1 Cl 105.4 Mg 1.9 Ca 8.58 P 2.87 PCR 17.38 FR 11.9 UROANALISIS COLOR AMARILLOLIGERMENTE TURBIA NITRITOS NEGATIVOS PROTEINAS NEGATIVAS GLUCOSA NORMAL CUERPOS CETONICOS 5 SU: leucos 50 xc Bacterias escasas celuilas epiteliales <1 Cp Moco+ cristal amorfo + Celulas transicionales <1xc 14.10.2020 Na 137 Mg 1.77 P 2.67 K 2.67 13.10.2020: hb: 8.4 plq: 402.000 leucos: 11030 N: 10140 (91%) LINFOCITOS: 370 Eosinofilos: 0 , c3: 92 c4: 18 PCR: 1.6 ferritina: 79 nitritos negativos, esterasa l: negativa prots: 150 eritrocitos: 160/cpa leucos: 29/cpa bacterias escasas, cel epiteliales <1, K: 2.85 20/10/2020 Eco TE: sin vegetaciones 13.10.20: TAC SENOS PARANASALES: SINUSOPATÍA FRONTAL, ETMOIDAL Y MAXILAR DERECHAS. CAMBIOS POR PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL PROCEDIMIENTOS: 23.10.2020: lavado mas desbridamiento y cambio de VAC de escara sacra. -16/10/2020: Lavado y desbridamiento sistema de succion disfuncioan y contaminado con materia fecal, encontraron ulcera de 10x8cm con tejido de granulacion incipiente, realizacon curetaje de tejido desvitalizado. PACIENTE EN DECUBITO SUPINO ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS EN REGION GLUTEA COLOCACION DE CAMPOS QX RETIRO DE SISTEMA DE SUCCION CURETAGE DE TEJIDO DESVITALIZADO LATERAL PROFUNDO LAVADO CON 1 LT DE SALINA SE DEJA ESPUMA SMALL ,AFRONTAMIENTO DE PIEL CON VICRYL 1 BARREARA LISA DE 20 CM ALREDEDOR PLASTICO ADHERENTE Y SENSATRACK QUE SE CONECTA A CANISTER ANTIGUO A PR 100 MMHG INTERMITENTE 10/2 MIN NO OTROS -08.10.20 : Lavado y desbridamiento: Escara sacra de fondo limpio sin necrosis ni infección, se tallan colgajos permitiendo afrontamiento de ángulos en rombo logrando cierre de un 70% del defecto. - 04.10.20: Lavado y desbridamiento: ulcera por decubito opresaca y glutea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital ,tejido de granulacion incipiente zonas de presion trocatericas ya resueltas - 26.09.2020: ESCARECTOMÍA + L +D ÚLCERA SACRA: Úlcera por decúbito presaca de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hemopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocatericas izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunologico, hematologico (PTI), Hospitalizada actualmente por deficit neurologico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiatrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejo cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizo procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patologico de perdida de volumen del parenquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalica aguda. Signos sugestivos de realce meningeo nodular difuso, con liquido cefaloraquideo negativo para infección (PCR multiple y TB negativo). Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronalisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmuosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Recibe manejo antibiotico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectologia (infectología indicó dar 2 semanas desde el 9.10.20, hoy día 15). se coloco gastrostomia el 15.10.20. LLevada a sustitución de dispositivo VAC el 23.10.2020 sin complicaciones. Ayer valorada por infectología quienes consideran suspender antibioticos. Estamos atentos a su evolución, **se definirá proximo lavado en la proxima semana**

cuidados de sistema vac

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.10.2020

Hora Registro: 17:54:49

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC: 1107531724 EDAD: 20 AÑOS. DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis. 3. Úlcera de presión en región sacra y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10). Tratamiento antibiotico previo - vancomicina: 09.10.2020- Imipenem: 09.10.2020- 24 10 2020- Meropenem: 04.10.2020 - 09.10.2020- Vancomicina: 05.10.2020 -09.10.2020 - Ampicilina sulbactam: 28.09.2020 - 05.10.2020.- Clindamicina: 25.09.2020 - 26.09.2020.- Piperacilina tazobactam: 25.09.2020 - 28.09.2020.- Vancomicina oral: 29.09.2020 - 01.10.2020. Aislamientos previos Staphylococcus hominis hemocultivo 2 (14 101 2020) 01.10.2020 Carbapenemasas: P aeruginosa positiva de cultivo 9270648. 29.09.2020 Clostridium difficile: GDH No detectada; A/B No detectada. 27.09.2020 Hisopado rectal: P aeruginosa positiva para carbapenemasas. 27.09.2020 Urocultivo: negativo 27.09.2020 Hemocultivos 1 y 2: Negativos. 26.09.2020 Cultivo úlcera sacra: Escherichia coli BLEE negativo, Proteus mirabilis, Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium. 25.09.2020 Hemocultivo 1: Proteus mirabilis multi sensible, Imipenem int. 25.09.2020 Hemocultivo 2: Negativo. OTROS LABS: 24 10 2020: 7240 LEUCOS,NEUTROS DE 5970, HGB DE 5.90 354000 PLAQUETAS POTASIO DE3.99 SODIO DE 142.20 23 DE OCT CON HEMOGRAMA EN 14190 LEUCOS,HEMOCULTIVOS DE 23 OCT NEGATIVOS, TAMBIÉN LOS DEL 21, NO HAY AISLAMIENTOS ADICIONALES Persiste sin fiebre en las últimas 24 horas, no hay

presencia de diarrea Adecuada tolerancia a la vía oral, sin necesidad de O₂, al momento de ronda no presenta agregados pulmonares, tiene rs cs rítmicos y taquicardicos. Labs hoy: BT de 0.25 BD de 0.19 LDH de 257 discretamente alta Sodio de 142 potasio 3.49 PCR de 6.59, hemocultivos en proceso Rx de torax: pte reporte de lectura no se observan consolidaciones CONCEPTO Y PLAN: **Paciente completando primeras 24 horas SIN tratamiento antibiotico**, sin presencia de mediadores de inflamación elevados, laboratorios hoy de bajo riesgo de hemólisis, sin fiebre, **decidimos continuar igual manejo sin antimicrobiano**, desde el punto de vista de infectología **sin evidencia de un procsso infeccioso activo**, **se interroga fiebre de origen central**, **mantener habitación lo mas fria posible**, es importante tener presente que **mientras este postrada y con disminucion de sus ABC el riesgo de infección es alto**, por lo que cambios en su evolución clínica favor informar. **Se cierra seguimiento!** **Continúa sin antimicrobianos.** Dr Jose Fernando Garcia. Infectología. Medicina Interna. FVL

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.10.2020

Hora Registro: 08:24:46

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación DIAGNÓSTICO

MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefálico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, tranquila, en estable condición. Inmovilizada en miembros superiores. En compañía de madre, quien refiere que **el fin de semana no realizó interacciones comunicativas**. **Se realiza actividad estimulación seguimiento órdenes verbales**, logrando ejecución de órdenes de una acción, pero no de dos acciones; **además se estimula producciones orales**, logrando estas después de insistir en varias ocasiones. Se observa **paciente ubicada en persona y espacio, más no en tiempo**; **logra producción oral automatismos números y evocación de objetos por categorías semánticas**. Se brindan pautas de estimulación a la madre de seguimiento órdenes verbales de dos acciones y evocación objetos por categorías semánticas, **se hace énfasis en estimularla constantemente**; la madre refiere comprender y aceptar. Se comenta con Fonoaudióloga Delgución. Queda estable. -----

-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Terapia de fonoaudiología.

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.10.2020

Hora Registro: 11:22:34

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopénica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresa a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-40 °C, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-

alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: En compañía de la madre quien refiere verla mejor, no ha vuelto a presentar picos febriles. Sin diarrea. Niega movimientos anormales. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36.8 FC 156 FR 21 TA 110/63 TAM 78 SAT 97% En aceptables condiciones generales, luce tranquila, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. murmullo vesicular conservado sin agregados, abdomen con gastrostomía funcional, limpia. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: mutismo, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada, fija la mirada, no obedece órdenes.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 Potasio 4.6 3.85 2.98 Cloro Magnesio 2.02 2.13 Calcio Fosforo 4.19 FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 ANtiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas 25.10.20 Hemocultivos negativos a la fecha 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativos. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Se inició manejo antibiótico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Llama la atención la persistencia de febrículas y taquicardia, no parece relacionarse con efectos medicamentosos ni con actividad lúpica. Se documentó sinusitis se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE sin alteraciones. Respecto a úlcera sacra ha sido llevada a lavados por cirugía general, última el 23.10.20 con recambio de VAC, pendiente programar nueva intervención. Fue revalorada por infectología quienes consideraron suspender pauta antimicrobiana y observar, la paciente no ha presentado nuevos picos febriles, y los reactantes de fase aguda vienen en descenso, por lo que consideran proceso infeccioso por ahora resuelto y sugieren de presentar nuevos picos febriles descartar otras causas. **Paciente tiene pendiente realización de EEG, se ha intensado realizar sin embargo paciente presenta ahitación y diaforesis lo que la ha hecho técnicamente difícil, solicitamos revaloración por neurología para definir alternativas diagnósticas o modificaciones en el manejo actual.** Continuamos vigilancia clínica. Se explica a la familiar.

Revaloración neurología Curva térmica Electrolitos de control

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.10.2020

Hora Registro: 12:56:26

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 823 Edad: 20 AÑOS Diagnósticos: 1- Úlcera por presión en región sacra y glútea ** POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 2. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 3.Mielitis transversa? 4. Fiebre de origen central SUBJETIVO Madre refiere ver paciente en aceptables condiciones generales con inmovilización en dos puntos.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa el paciente: OBJETIVO Paciente en cama, en compañía de madre, no responde preguntas formuladas por entrevistador, sin facies algicas, sin signos de dificultad respiratoria. INmovilización de dos puntos. SIGNOS VITALES: HORA T FC FR TAS TAD TAM SaO2% 08:00:00 36,80 156,00 21,00 110,00 63,00 78,67 97,00 04:00:58 37,50 126,00 21,00 125,00 62,00 83,00 98,00 00:00:45 37,60 127,00 20,00 112,00 57,00 75,33 96,00 20:00:10 37,30 122,00 20,00 96,00 70,00 78,67 100,00 Cabeza: Normocefálica. Escleras anictéricas. Mucosas húmedas, pálidas. Cuello simétrico Torax: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin sobreagregados. Ruidos cardíacos rítmicos y regulares, sin soplos. Abdomen: Blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, sin masas ni megalias palpables. Sistema VAC ubicado en región lumbosacra funcional. Genitourinario: Sonda vesical con orina clara. Extremidades: móviles, sin edemas, llenado capilar < 2 seg SNC: Alerta, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. vac funcional sin fugas PARACLÍNICOS: 26.10.2020: hemocultivos del 24.10.2020 reporte final negativo. 25.10.2020: hb 5.9 hto 19.8 leucocitos 7240 N82% L 11,3% plaquetas 354000 LDH 257 Bilirrubina total 0.25 bilirrubina directa 0.19 PCR 6.5 23.10.2020 HEMATOCRITO 23.90 HEMOGLOBINA 6.80 IEUCOCITOS 14.19 NEUTROFILOS # 13.07(%92.10) LINFOCITOS # 0.66 (% 4.70) PLAQUETAS 371000 VSG 38 CREATININA 0.20 SODIO 144.20 PROTEINA C REACTIVA 18.90 POTASIO 2.98 20.10.20 Leucos 5310 Neutros 4130 Linfos 740 HB 7.6 Hto 25.4 Plat 312. PCR 6.7 15.10.2020 VSG 21 Na 138.5 K 3.1 Cl 105.4 Mg 1.9 Ca 8.58 P 2.87 PCR 17.38 FR 11.9 UROANÁLISIS COLOR AMARILLOLIGERMENTE TURBIA NITRITOS NEGATIVOS PROTEINAS NEGATIVAS GLUCOSA NORMAL CUERPOS CETONICOS 5 SU: leucos 50 xc Bacterias escasas células epiteliales <1 Cp Moco+ cristal amorfo + Células transicionales <1xc 14.10.2020 Na 137 Mg 1.77 P 2.67 K 2.67 13.10.2020: hb: 8.4 plq: 402.000 leucos: 11030 N: 10140 (91%) LINFOCITOS: 370 Eosinofilos: 0 , c3: 92 c4: 18 PCR: 1.6 ferritina: 79 nitritos negativos, esterasa I: negativa prots: 150 eritrocitos: 160/cpa leucos: 29/cpa bacterias escasas, cel epiteliales <1, K: 2.85 20/10/2020 Eco TE: sin vegetaciones 13.10.20: TAC SENOS PARANASALES: SINUSOPATÍA FRONTAL, ETMOIDAL Y MAXILAR DERECHAS. CAMBIOS POR PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL PROCEDIMIENTOS: 23.10.2020: lavado mas desbridamiento y cambio de VAC de escara sacra. -16/10/2020:Lavado y desbridamiento sistema de succión disfuncionan y contaminado con materia fecal, encontraron ulcera de 10x8cm con tejido de granulación incipiente, realizacon curetaje de tejido desvitalizado. PACIENTE EN DECUBITO SUPINO ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS EN REGION GLUTEA COLOCACION DE CAMPOS QX RETIRO DE SISTEMA DE SUCCION CURETAGE DE TEJIDO DESVITALIZADO LATERAL PROFUNDO LAVADO CON 1 LT DE SALINA SE DEJA ESPUMA SMALL ,AFRONTAMIENTO DE PIEL CON VICRYL 1 BARREARA LISA DE 20 CM ALREDEDOR PLASTICO ADHERENTE Y SENSATRACK QUE SE CONECTA A CANISTER ANTIGUO A PR 100 MMHG INTERMITENTE 10/2 MIN NO OTROS -08.10.20 : Lavado y desbridamiento: Escara sacra de fondo limpio sin necrosis ni infección, se tallan colgajos permitiendo afrontamiento de ángulos en rombo logrando cierre de un 70% del defecto. - 04.10.20: Lavado y desbridamiento: ulcera por decubito opresora y glútea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital ,tejido de granulación incipiente zonas de presión trocantericas ya resueltas - 26.09.2020: ESCARECTOMÍA + L +D ÚLCERA SACRA: Úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hemopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocantéricas izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico, hematológico (PTI), Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Recibe manejo antibiótico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología (infectología indicó dar 2 semanas desde el 9.10.20, hoy día 15). se colocó gastrostomía el 15.10.20. Llevada a sustitución de dipositivo VAC el 23.10.2020 sin complicaciones. Ayer valorada por infectología quienes consideran suspender antibióticos. Actualmente se encuentra paciente en iguales condiciones generales, no ha presentado nuevos picos febriles, con sistema VAC funcionando, sin embargo por

ubicación, dispositivo tiende a perder sello. Estamos atentos a su evolución.

-Continuar hospitalizada a cargo de medicina interna y reumatología -En seguimiento por psiquiatría -Control de signos vitales y avisar cambios - curaciones y revision de sistema VAC por enfermería, vigilar cambios y avisar disfunciones.

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.10.2020

Hora Registro: 18:55:26

Responsable: FERNANDEZ CUBILLOS, JUAN PABLO

Especialidad: **NEUROLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

NEUROLOGÍA Luisa Fernanda Isaza, 20 años. Diagnósticos: 1. Lupus eritematoso sistémico 1.1. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, encefalopatía, neuropatía periférica. Enfermedad actual: Paciente femenina, de 20 años, quien en 2018 presenta petequias en cuatro extremidades evidenciando trombocitopenia y realizándose diagnóstico de púrpura trombocitopénica autoinmune. En estudios extrahistológicos realizados por hematología y reumatología con hallazgo de perfil de anticuerpos séricos compatible con lupus eritematoso sistémico por lo que se indicó inicio de cloroquina y prednisolona. En febrero de 2020, hospitalizada en el contexto de apendicitis manejada con laparotomía exploratoria. Posterior a dicho egreso, su madre manifiesta cambios en su estado de ánimo, porte y actitud, y en el curso del pensamiento, con episodios de expansividad y rasgos histriónicos. No obstante, hace seis meses se torna mutista, con anorexia, lo que la lleva a la postración. Por dicho cuadro consultan a otra institución donde consideran cuadro de mielitis transversa e inician plasmaféresis que debe detenerse por complicaciones. Ante la persistencia de síntomas recibió dos dosis de rituximab. Finalmente, es remitida a la institución por hipertemia y empeoramiento del deterioro neurológico. Inicialmente se consideró la posibilidad de compromiso medular o encefálico secundario a su enfermedad de base, lo cual se descartó en resonancias contrastadas. Se realizó punción lumbar que no muestra evidencia de enfermedad inflamatoria intratecal. Además, con estudios de electrodiagnóstico neurológico sugestivos de polineuropatía. Ante la consideración de actividad lúpica, se indicó por parte de reumatología inmunoglobulina endovenosa. Viene desde su ingreso en manejo quirúrgico y farmacológico de infección de tejidos blandos por úlcera secundaria a postración. En última semana con leve tendencia a la mejoría. **Interconsultan a nuestra especialidad dada diaforesis que ha impedido realización de electroencefalograma sugerido por nuestra especialidad previamente.**

Subjetivo: Paciente en iguales condiciones generales, su madre refiere ocasionales periodos de conexión con el medio y emisión de algunas palabras. Persiste postrada, con marcados síntomas neuropsiquiátricos.

Regulares condiciones generales, sin inestabilidad hemodinámica, no dificultad respiratoria. Signos vitales: Hora T°C FC FR PAS PAD PAM SaO2 0:00:45 37,6 127 20 112 57 75,33 96 4:00:58 37,5 126 21 125 62 83 98 8:00:00 36,8 156 21 110 63 78,67 97 12:00:00 37,6 128 20 113 76 88,33 96 16:00:00 37,5 152 21 97 79 85 96 Examen neurológico: Alerta, desorientada globalmente, no sigue órdenes. Mutista. Isocoria, pupilas reactivas, 3 mm. Reflejo fotomotor directo y consensual presentes. Simetría facial. No aparenta alteraciones en pares craneales. Fuerza conservada en cuatro extremidades, reflejos músculo-tendinosos +/-++++ simétricos, leve hipotrofia generalizada. No retira al estímulo nociceptivo. Sin aparente síndrome cerebeloso. Imágenes: - Tomografía de cráneo simple: Cambios involutivos con pérdida de volumen cortical mayor a lo esperado para la edad. - Resonancia de cerebro y columna contrastadas (25.05.2020): Realce leptomeníngeo, leve hiperintensidad bitemporal en FLAIR sin representación en otras secuencia. Atrofia cerebral y medular marcada, no hay mielitis. Paraclínicos: - 26.09.2020: Líquido cefalorraquídeo con 1 leucocito, glucosa 49 mg/dL, proteínas 33 mg/dL, PCR múltiple negativo, estudios microbiológicos directos negativos. Estudios: - 29.09.2020: Neuroconducciones con polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal.

Paciente femenina, adulta joven, quien se encuentra hospitalizada por cuadro clínico de lupus eritematoso sistémico con múltiples complicaciones neurológicas y particularmente con flare e infección concomitante dada por sepsis de tejidos blandos. Fue valorada por nuestra especialidad ante sospecha de mielitis transversa que fue descartada con resonancia contrastada de neuroeje. Además, punción lumbar descarta la presencia de neuroinfección. Se realizó también neuroconducciones que son compatibles con polineuropatía. La paciente ha recibido manejo previamente con rituximab e inmunoglobulina. Previamente habíamos sugerido realizar electroencefalograma ante la posibilidad diagnóstica de descartar fenómenos no convulsivos. No obstante, paciente con leve tendencia a la mejoría, no hay nuevo déficit, no ha presentado crisis epilépticas. **Por parte de nuestra especialidad, no requiere realizar electroencefalograma hospitalario ante la presencia de diaforesis y agitación, este puede programarse ambulatorio tras privación de sueño. Se sugiere control por neurología con un electroencefalograma. Por neurología no requiere intervenciones adicionales. Se cierra interconsulta.**

- Electroencefalograma ambulatorio - Control ambulatorio por neurología - Se cierra interconsulta

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 27.10.2020

Hora Registro: 07:50:27

Responsable: CORAL HERNANDEZ, ADRIANA MARIA

NUTRICION

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.10.2020

Hora Registro: 11:02:57

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). RECIBE ACTUALMENTE Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere encontrarla en regulares condiciones generales, anoche presentó un alza térmica. Adicionalmente refiere dificultad para conciliar el sueño desde hace 2 noches. Niega movimientos anormales u otra sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 37.8 FC 156 FR 18 TA 101/61 TAM 74 SAT 95% En aceptables codiciones generales, luce tranquila, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin agregados, abdomen con gastrostomia funcional, limpia. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: Lenguaje no fluido, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada, fija la mirada, no obedece órdenes.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 27.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 141.4 Potasio 4.6 3.85 2.98 3.97 Cloro Magnesio 2.02 2.13 2.03 Calcio Fosforo 4.19 2.21 FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 ANtiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas 25.10.20 Hemocultivos negativos a la fecha 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricúspidea ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imagenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios

en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativos. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefaloraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Se inició manejo antibiótico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Llama la atención la persistencia de febrículas y taquicardia, no parece relacionarse con efectos medicamentosos ni con actividad lúpica. Se documentó sinusitis se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocariograma TE normal. Respecto a úlcera sacra ha sido llevada a lavados por cirugía general, última el 23.10.20 con recambio de VAC, pendiente programar nueva intervención. Fue revalorada por infectología quienes consideraron suspender pauta antimicrobiana y observar. **Neurología indicó que el EEG puede realizarse de forma ambulatoria con privación de sueño y control por consulta externa.** Actualmente paciente en aceptables condiciones generales, con mayor interacción con el medio, **anoche presentó nuevamente alza térmica documentada en 38.9 °C.** Tiene paraclínicos de control del día de hoy que **evidencian resolución de la hipokalemia.** Se **ajusta dosis de Levomepromazina por persistencia de trastorno del sueño.** Por el momento se continúa igual manejo, se indica curva térmica y vigilancia clínica. Se explica a la familiar.

Levomepromazina 10 gotas noche Curva térmica dejar LEV con potasio periférico de mantenimiento

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.10.2020

Hora Registro: 12:02:47

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación DIAGNÓSTICO

MÉDICO: 1. Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, un poco alterada, en estable condición. Inmovilizada en miembros superiores. En compañía de madre, quien refiere que **el día de ayer continuo hablando. Se realiza actividad estimulación producción oral automatismos, logrando estos con apoyo constante;** además **se trabaja seguimiento órdenes verbales**, sin lograr continuar porque **la paciente se altera un poco, repitiendo constantemente "saquéme de aquí".** Se brindan pautas de estimulación a la madre de seguimiento órdenes verbales de dos acciones e intención comunicativa; la madre refiere comprender y aceptar. Queda estable. -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Terapia de fonoaudiología.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.10.2020

Hora Registro: 16:21:17

Responsable: BERMEO CARDONA, MARIBETH

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1. Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Activación

Encuentro paciente somnolienta bajo efectos de sedación por agitación motora y alteración en el sueño, refiere la madre que llevaba dos días sin lograr conciliar el sueño. **Realiza contacto visual durante cortos periodos de tiempo sin establecer interacción verbal.** Tolerando aire ambiente. **En compañía de la madre quien refiere ha suministrado pequeñas cantidades de alimento, en ocasiones realiza deglución, en otras la rechaza.** Se continua con trabajo de estimulación sensorial intraoral para favorecer la activación del mecanismo de la deglución. Se le explica a la madre que el estímulo gustativo se hará sólo bajo supervisión de fonoaudiología. Refiere comprender y aceptar. Se comenta

con la jefe de turno. Queda estable. -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Estímulos orales por fonoaudiología Continuar terapias

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 27.10.2020

Hora Registro: 16:25:29

Responsable: CORAL HERNANDEZ, ADRIANA MARIA

NUTRICION 1. POR SONDA DE GASTROSTOMIA , FORMULA NUTREN 1,5 ESQUEMA BOLOS ASI, GRAVITACIONAL: -A LAS 6 Y 18 PASAR 250 MILILITROS EN 3 HORAS -A LAS 12 HORAS PASAR 500 MILILITROS EN 4 HORAS. -Tiene formulación Mipres 20201024193023885435 - La madre debe practicar

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.10.2020

Hora Registro: 18:05:25

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 Paciente nuevamente desorganizada, ansiosa, angustiada, insomne. Tolero el uso de quetiapina. Se le retiro el lorazepam.

En cama, desorganizacion, ansiosa, mutista. Alerta.

Paciente ansiosa, psicótica, angustiada. Se ajusta la medicación psiquiátrica.

1. Lorazepam tableta 1mg: una cada 8 horas 2. Quetiapina tableta 25mg: una - una - tres

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.10.2020

Hora Registro: 11:07:42

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre mejoría de diarrea con retiro de ion K. Durmio mejor. No fiebre. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 36.7 FC 142 FR 20 TA 86/64 TAM 71.33 SAT 97% En aceptables codiciones generales, luce tranquila, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin agregados, abdomen con

gastrostomía funcional, con escasa filtración. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: Mutista, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada, fija la mirada, no obedece órdenes.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 ANtiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 27.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 141.4 Potasio 4.6 3.85 2.98 3.97 Cloro Magnesio 2.02 2.13 2.03 Calcio Fosforo 4.19 2.21 25.10.20 Hemocultivos negativos a la fecha 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricúspide ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativos. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefaloraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Se inició manejo antibiótico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología -ya finalizo esquema- Se documentó sinusitis se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocariograma TE normal. Respecto a úlcera sacra ha sido llevada a lavados por cirugía general, última el 23.10.20 con recambio de VAC -proximo intervencion el viernes-. Neurología indicó que el EEG puede realizarse de forma ambulatoria con privación de sueño y control por consulta externa. Actualmente paciente estable clínicamente, **durmió mejor con el ajuste realizado en la dosis de Levomepromazina, no ha presentado nuevas alzas térmicas en las últimas 24 horas.** Se encuentra con **escaso filtrado por gastrostomía por lo que se indica realizar curaciones.** Si bien la hipokalemia resolvió persiste con potasio limitrofe por lo que se deja sol K periférico de **mantenimiento.** Por el momento se continúa igual manejo y vigilancia a la espera de próximo lavado de úlcera sacra el 30.10.20 **-segun hallazgos se planteara posible traslado a betania-**. Se explica a la familiar.

Continuar Sol K periférico de mantenimiento Curva térmica Curaciones gastrostomía por enfermedad jefe Próximo lavado por parte de cirugía el 30.10.20

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.10.2020

Hora Registro: 11:44:18

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 823 Edad: 20 AÑOS Diagnósticos: 1- Úlcera por presión en región sacra y glútea ** POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 -

16/10/2020-23.10.2020 2. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 3.Mielitis transversa? 4. Fiebre de origen central
SUBJETIVO Madre refiere ver paciente en aceptables condiciones generales, por momentos se torna ansiosa y no duerme.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes durante el estado de emergencia de salud publica por la actual pandemia COVID-19 se evalua la paciente: OBJETIVO Paciente en cama, en compañía de madre, no responde preguntas formuladas por entrevistador. Inmovilización de dos puntos, sin facies algicas, sin signos de dificultad respiratoria ni soporte de oxígeno, hidratada y afebril al tacto. SIGNOS VITALES: HORA Temp FC FR TAS TAD TAM SaO2% 28.10.2020 08:00:00 36,70 142,00 20,00 86,00 64,00 71,33 97,00 28.10.2020 04:00:00 37,20 150,00 20,00 87,00 56,00 66,33 92,00 28.10.2020 00:00:55 37,20 150,00 19,00 99,00 56,00 70,33 96,00 27.10.2020 20:00:00 35,60 140,00 20,00 105,00 65,00 78,33 97,00 27.10.2020 16:00:00 36,00 150,00 21,00 91,00 52,00 65,00 95,00 27.10.2020 12:00:00 35,90 161,00 21,00 110,00 70,00 83,33 99,00 27.10.2020 06:00:00 37,80 156,00 18,00 101,00 61,00 74,33 95,00 27.10.2020 00:39:01 35,80 167,00 18,00 99,00 51,00 67,00 97,00 Cabeza: Normocefálica. Escleras anictericas. Mucosas húmedas, pálidas. Cuello simétrico Torax: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin sobreagregados. Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, sin soplos. Abdomen: Blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, sin masas ni megalias palpables. Sistema VAC ubicado en región lumbosacra funcional. Genitourinario: Sonda vesical con orina clara. Extremidades: móviles, sin edemas, llenado capilar < 2 seg SNC: Alerta, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. vac funcional sin fugas PARACLÍNICOS: 27.10.2020: SODIO 141.40 POTASIO 3.97 MAGNESIO 2.03 FOSFORO 2.21 26.10.2020: hemocultivos del 24.10.2020 reporte final negativo. 25.10.2020: hb 5.9 hto 19.8 leucocitos 7240 N82% L 11,3% plaquetas354000 LDH 257 Bilirrubina total 0.25 bilirrubina directa 0.19 PCR 6.5 23.10.2020 HEMATOCRITO 23.90 HEMOGLOBINA 6.80 LEUCOCITOS 14.19 NEUTROFILOS # 13.07(%92.10) LINFOCITOS # 0.66 (% 4.70) PLAQUETAS 371000 VSG 38 CREATININA 0.20 SODIO 144.20 PROTEINA C REACTIVA 18.90 POTASIO 2.98 20.10.20 Leucos 5310 Neutros 4130 Linfos 740 HB 7.6 Hto 25.4 Plat 312. PCR 6.7 15.10.2020 VSG 21 Na 138.5 K 3.1 Cl 105.4 Mg 1.9 Ca 8.58 P 2.87 PCR 17.38 FR 11.9 UROANALISIS COLOR AMARILLOLIGERMENTE TURBIA NITRITOS NEGATIVOS PROTEINAS NEGATIVAS GLUCOSA NORMAL CUERPOS CETONICOS 5 SU: leucos 50 xc Bacterias escasas celuilas epiteliales <1 Cp Moco+ cristal amorfo + Celulas transicionales <1xc 14.10.2020 Na 137 Mg 1.77 P 2.67 K 2.67 13.10.2020: hb: 8.4 plq: 402.000 leucos: 11030 N: 10140 (91%) LINFOCITOS: 370 Eosinofilos: 0 , c3: 92 c4: 18 PCR: 1.6 ferritina: 79 nitritos negativos, esterasa l: negativa prots: 150 eritrocitos: 160/cpa leucos: 29/cpa bacterias escasas, cel epiteliales <1, K: 2.85 20/10/2020 Eco TE: sin vegetaciones 13.10.20: TAC SENOS PARANASALES: SINUSOPATÍA FRONTAL, ETMOIDAL Y MAXILAR DERECHAS. CAMBIOS POR PÉRDIDA DE VOLUMEN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL PROCEDIMIENTOS: 23.10.2020: lavado mas desbridamiento y cambio de VAC de escara sacra. -16/10/2020:Lavado y desbridamiento sistema de succion disfuncioan y contaminado con materia fecal, encontraron ulcera de 10x8cm con tejido de granulacion incipiente, realizacon curetaje de tejido desvitalizado. PACIENTE EN DECUBITO SUPINO ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS EN REGION GLUTEA COLOCACION DE CAMPOS QX RETIRO DE SISTEMA DE SUCCION CURETAGE DE TEJIDO DESVITALIZADO LATERAL PROFUNDO LAVADO CON 1 LT DE SALINA SE DEJA ESPUMA SMALL ,AFRONTAMIENTO DE PIEL CON VICRYL 1 BARREARA LISA DE 20 CM ALREDEDOR PLASTICO ADHERENTE Y SENSATRACK QUE SE CONECTA A CANISTER ANTIGUO A PR 100 MMHG INTERMITENTE 10/2 MIN NO OTROS -08.10.20 : Lavado y desbridamiento: Escara sacra de fondo limpio sin necrosis ni infección, se tallan colgajos permitiendo afrontamiento de ángulos en rombo logrando cierre de un 70% del defecto. - 04.10.20: Lavado y desbridamiento: ulcera por decubit opresacra y glutea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital ,tejido de granulacion incipiente zonas de presion trocatericas ya resueltas - 26.09.2020: ESCARECTOMÍA + L +D ÚLCERA SACRA: Úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hemopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glúteo izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocatericas izquierda de aprox 5 cm y der de aprox 3 cm.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunologico, hematologico (PTI), Hospitalizada actualmente por deficit neurologico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiatrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejo cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizo procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativo-. RMN del neuroeje con hallazgo patologico de perdida de volumen del parenquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefalica aguda. Signos sugestivos de realce meningeo nodular difuso, con liquido cefaloraquideo negativo para infección (PCR multiple y TB negativo). Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronalisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmuosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Recibe manejo antibiotico con imipenem, vancomcina y caspofungina por infectologia infectología indicó dar 2 semanas desde el 9.10.20. sin embargo suspendio antibioticos hace 2 días. LLevada a sustitución de dispositivo VAC el 23.10.2020 sin complicaciones. Hoy paciente se encuentra con evolución estacionaria, ha vuelto a presentar picos febriles durante la noche asociado a taquicardia. Sistema VAC funcionando, sin embargo por ubicación, dispositivo tiende a perder sello. Se comenta el caso con la Dra. Maria Josefa Franco, Cirujana general tratante y se recomienda dejar VAC a succion intermitente; se programa nueva revisión y cambio de dispositivo para el día viernes 30.10.2020. Se le explica a la madre.

-Continuar hospitalizada a cargo de medicina interna y reumatología -En seguimiento por psiquiatría -Sistema VAC a succion intermitente -Curaciones por enfermera de TEO, -Pendiente lavado y revisión VAC para el día viernes 30.10.2020.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.10.2020

Hora Registro: 15:03:04

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 Paciente mas tranquila, durmio bien. Sin agitacion. Aun psicotica, persiste con desorganizacion.

En cama, mas tranquila, menos desorganizada, alerta, juicio alterado.

Paciente mas tranquila, durmio bien, aun psicotica. Dejo igual manejo por el momento. Se evaluara respuesta.

1. Lorazepam tableta 1mg: una cada 8 horas 2. Quetiapina tableta 25mg: una - una - tres

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.10.2020

Hora Registro: 07:59:06

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

Evolución Cirugía general LUISA IZASA 20 años DX: Úlcera por presión en región sacra y glútea POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 2. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. Mielitis transversa? Fiebre de origen central SUBJETIVO: **La madre refiere que empeoró respecto ayer, comenta que esta más intranquila, que pudo no dormir bien y presentar deposiciones blandas. Presenta dolor en la region de la ulcera y mal olor.**

OBJETIVO: Se encuentra paciente postrada en cama, acompañada de la madre. Luce en regulares condiciones generales, sin fascies algicas, hemodinamicamente estable y sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES: FC:148 , FR: 24 , PA:83/56 , PAM: 65, T:36 , PESO: 48 Cabeza: Escleras anictericas. Mucosas húmedas, pálidas. Cuello sin mas Torax: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin sobreagregados. Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, sin soplos. Abdomen: Blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, sin masas ni megalias palpables. Sistema VAC ubicado en región lumbosacra fucional, drenó 270cc en las últimas 24 horas Genitourinario: Sonda vesical con orina clara. Extremidades: móviles, sin edemas, llenado capilar < 2 seg SNC: Alerta, plegía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. PARACLÍNICOS: 27.10.2020: Na: 141.4, K: 3.97, Mg: 2.03, P: 2.21 25.10.2020: hb 5.9 hto 19.8 leucocitos 7240 N82% L 11,3% plaquetas 354000 LDH 257 Bilirrubina total 0.25 bilirrubina directa 0.19 PCR 6.5 23.10.2020: HTO: 23.90, HB: 6.80, LEU: 14.19, N: 13.07(%92.10), L: 0.66 (% 4.70), PLTAS 371000, VSG: 38, CR: 0.20, Na: 144.20, PCR: 18.90, K: 2.98 20.10.20: Leucos: 5310, N: 4130, L: 740, HB: 7.6 Hto: 25.4, Pltos: 312. PCR 6.7 15.10.2020: VSG 21 Na 138.5 K 3.1 Cl 105.4 Mg 1.9 Ca 8.58 P 2.87 PCR 17.38 FR 11.9 Uroanálisis: color amarilloligermente turbia nitritos negativos proteinas negativas glucosa normal cuerpos cetonicos 5. SU: leucos 50 xc Bacterias escasas celuilas epiteliales <1 Cp Moco+ cristal amorfo + Celulas transicionales <1xc 14.10.2020 Na 137 Mg 1.77 P 2.67 K 2.67 13.10.2020: hb: 8.4 plq: 402.000 leucos: 11030 N: 10140 (91%) LINFOCITOS: 370 Eosinofilos: 0 , c3: 92 c4: 18 PCR: 1.6 ferritina: 79 nitritos negativos, esterasa l: negativa prots: 150 eritrocitos: 160/cpa leucos: 29/cpa bacterias escasas, cel epiteliales <1, K:2.85 IMÁGENES: 20.10. 2020 Eco TE: sin vegetaciones 13.10.20: TAC senos paranasales: sinusopatía frontal, etmoidal y maxila derechas. Cambios por pérdida de volumen del parénquima cerebral PROCEDIMIENTOS: - 23.10.2020: lavado mas desbridamiento y cambio de VAC de escara sacra. - 16.10.2020: Lavado y desbridamiento sistema de succion disfuncioan y contaminado con materia fecal, encontraron ulcera de 10x8cm con tejido de granulacion incipiente, realizacon curetaje de tejido desvitalizado. Paciente en decubito supino asepsia y antisepsia con yodados en region glutea colocacion de campos qx retiro de sistema de succion curetaje de tejido desvitalizado lateral profundo lavado con 1 lt de salina se deja espuma small ,afrontamiento de piel con vicryl 1 barrear a lisa de 20 cm alrededor plastico adherente y sensatrack que se conecta a canister antiguo a pr 100 mmhg intermitente 10/2 min. -08.10.20 : Lavado y desbridamiento: Escara sacra de fondo limpio sin necrosis ni infección, se tallan colgajos permitiendo afrontamiento de ángulos en rombo logrando cierre de un 70% del defecto. - 04.10.20: Lavado y desbridamiento: ulcera por decubito opresaca y glutea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital, tejido de granulacion incipiente zonas de presion trocantericas ya resueltas - 26.09.2020: ESCARECTOMÍA + L +D ÚLCERA SACRA: Úlcera por decúbito presaca de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hemopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glút izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocantéricas izquierda de aprox 5 cm y der aprox 3 cm.

ANALISIS: Paciente con antecedente de LES con compromiso inmunologico y hematologico (PTI), quien se encuentra hospitalizada por sospecha de mielitis transversa por deterioro neurológico. Debido a que se encontraba en situación

de postración, desarrolla una escara sacra, manejada con piperacilina tazobactam y el 25.09.20 se realizo procedimiento por cx plastica y toma de cultivos profundos. Durante hospitalización con alzas térmicas y taquicardia recurrente, con cultivos negativos. Por lo anterior, asociado a su inmunosupresión de base y evolución tórpida, infectología da manejo antibiótico con imipenem, vancomicina, caspofungina, pauta finalizada el 24.10.2020. Ha sido llevada a múltiples escarectomías+lavado y desbridamiento + sistema VAC, último el 23.10.2020, con un cierre de más del 70%, sin embargo, por ubicación de la escara, ha presentado en múltiples ocasiones disfunción del sistema por lo que se comenta con Dra. Fraco quien deja succión intermitente. Actualmente paciente en regulares condiciones, taquicardica y taquipneica, con episodios diarreicos, con VAC funcional que drenó 270cc las últimas 24 horas, en los paracéntricos se observa anemia (5.9) por lo que se comenta a medicina interna. Se continua manejo por cirugía general por ulcera sacra, se solicita seguimiento por terapia enterostomal y cuidados VAC. **Se programa para nueva escarectomía + lavado y desbridamiento** para el viernes 30.10.2020. Se explica a la madre, quien refiere entender y aceptar

PLAN: -Continuar hospitalizada a cargo de medicina interna -Sistema VAC a succión intermitente -Cuidados del soporte VAC -Seguimiento por TEO -Seguimiento por psiquiatría -Pendiente lavado y revisión VAC para el día viernes 30.10.2020.

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.10.2020

Hora Registro: 10:13:26

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 Paciente sin agitacion, menos ansiosa. Aun desorganizada, negativista. **No duerme bien. Con actitud alucinatoria. No se describen efectos adversos de la medicación psiquiátrica. La madre esta preocupada por episodios de alucinaciones y "dice cosas raras". Gran parte del tiempo permanece mutista**

En cama, mas tranquila, desorganizada, alerta, juicio alterado.

Paciente sin agitacion, pero aun desorganizada, con actitud alucinatoria, desorganizacion de la conducta e insomnio. Se ajusta la dosis de quetiapina.

1. Lorazepam tableta 1mg: una cada 8 horas 2. Quetiapina tableta 25mg: una - una - cinco (aumento)

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.10.2020

Hora Registro: 11:59:00

Responsable: MINAYO VARGAS, DIANA LORENA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Activación

Paciente que se encontró en condiciones clínicas adecuadas, despierta, en compañía de familiar, apertura ocular, **refiere tener sed, con nutrición por gastrostomía. se realizan ejercicios de función faríngea**, trabajo de elongación, se establece coordinación, manejo de sus propias secreciones, orales, sin requerimiento de aspiración, **se asiste agua a petición de la paciente logrando ingesta sin dificultad, con movimiento laríngeo completo, sin signos o síntomas de alarma**, por el momento se establece que **no presenta trastorno, su dificultad es nivel cognitivo y alteraciones de funciones superiores, se establece cerrar manejo por fonoaudiología y se habilitan estímulos como compotas yogurt según requerimiento de la paciente**. Se comenta con la jefe de turno. Queda estable. -----

-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

se habilita vía oral para compotas, yogurt am/pm se cierra manejo por fonoaudiología

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.10.2020

Hora Registro: 12:27:38

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, refiere que el día de ayer presentó 4 deposiciones acuosas. Niega fiebre u otra sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 36.3 FC 130 FR 20 TA 98/59 TAM 72 SAT 96% En aceptables codiciones generales, luce tranquila, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin agregados, abdomen con gastrostomia funcional, con escasa filtración. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: Mutista, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada, fija la mirada, no obedece órdenes.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 AntiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 27.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 141.4 Potasio 4.6 3.85 2.98 3.97 Cloro Magnesio 2.02 2.13 2.03 Calcio Fosforo 4.19 2.21 25.10.20 Hemocultivos negativos a la fecha 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspidea ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imagenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativos. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefaloraquideo negativo para infección (PCR multiple y TB negativo). Neurología indica descartar

actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Se inició manejo antibiótico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología -ya finalizó esquema- Se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocariograma TE normal. Respecto a úlcera sacra ha sido llevada a lavados por cirugía general, última el 23.10.20 con recambio de VAC -próxima intervención el viernes-. Neurología indicó que el EEG puede realizarse de forma ambulatoria con privación de sueño y control por consulta externa. Actualmente paciente estable clínicamente, tranquila, no ha presentado nuevas alzas térmicas en las últimas 48 horas sin embargo **persiste con deposiciones acuosas por lo que se inicia hidróxido de aluminio. Por el momento debe continuar vigilancia a la espera de próximo lavado de úlcera sacra el día de mañana -según hallazgos se planteará posible traslado a Betania-**. Se explica a la familiar.

Hidróxido de aluminio 10 cc cada 8 horas Curva térmica Curaciones gastrostomía por enfermera jefe Próximo lavado por parte de cirugía el 30.10.20

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 29.10.2020

Hora Registro: 13:27:27

Responsable: PEREA RODRIGUEZ, LEIDY DAHYANA

NUTRICION

NUTRICION 1. POR SONDA DE GASTROSTOMIA , FORMULA NUTREN 1,5 ESQUEMA BOLOS ASI, GRAVITACIONAL: -A LAS 6 Y 18 PASAR 250 MILILITROS EN 3 HORAS -A LAS 12 HORAS PASAR 500 MILILITROS EN 4 HORAS.

fonoaudiología se habilita via oral para compotas, yogurt am/pm se cierra manejo por fonoaudiología

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.10.2020

Hora Registro: 10:53:59

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: La paciente se traslado a procediiento por cx general. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 36.2 FC 154 FR 22 TA 95/58 TAM 70.33 SAT 94% En aceptables codiciones generales, luce tranquila, hidratada, OJOS: pupilas normo-reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin agregados, abdomen con gastrostomia funcional, con escasa filtración. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18.

PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: Mutista, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada, fija la mirada, no obedece órdenes.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 AntiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 27.10.20 30.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 141.4 137.4 Potasio 4.6 3.85 2.98 3.97 3.62 Cloro 106.1 Magnesio 2.02 2.13 2.03 2.14 Calcio 7.97 Fosforo 4.19 2.21 2.84 25.10.20 Hemocultivos negativos a la fecha 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricúspidea ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalizada actualmente por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Por situación de postración, fiebre y cambios inflamatorios en escara sacra se dejó cubrimiento ATB con piperacilina tazobactam y el 25.9.20 se realizó procedimiento por cx plástica y toma de cultivos profundos - hasta ahora hemocultivos de ingreso negativos. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefaloraquídeo negativo para infección (PCR multiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades, que están pendientes. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. En último desbridamiento donde describen que se ha logrado cierre de aprox 70% del defecto, con fondo limpio, continua con sistema de succión continua. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Se inició manejo antibiótico con imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología -ya finalizó esquema- Se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocariograma TE normal. Respecto a úlcera sacra ha sido llevada a lavados por cirugía general, última el 23.10.20 con recambio de VAC -próxima intervención hoy-. Neurología indicó que el EEG puede realizarse de forma ambulatoria con privación de sueño y control por consulta externa. Actualmente paciente estable clínicamente, tranquila, no ha presentado nuevas alzas térmicas y han disminuido en frecuencia las deposiciones blandas. Por el momento **debe continuar vigilancia a la espera de próximo lavado de úlcera sacra el día de hoy y según hallazgos se planteará posible traslado a Betania. La paciente se traslado a procedimiento por equipo de Cx general.**

Lavado por parte de cirugía HOY Curva térmica

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.10.2020

Hora Registro: 10:58:04

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación DIAGNÓSTICO

MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, n estable condición. Inmovilizada en miembros superiores. En compañía de madre, quien refiere que **ha continuado pidiendo agua de forma verbal. Se realiza actividad estimulación producción oral automatismo de nombre y números, sin lograr producción oral alguna; se estimula seguimiento órdenes verbales de una acción, sin lograr ejecución de la orden.** Se brindan pautas de estimulación a la madre de seguimiento órdenes verbales de una acción e intención comunicativa; la madre refiere comprender y aceptar. Queda estable. -----
-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Terapia de fonoaudiología.

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.10.2020

Hora Registro: 12:18:51

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

Evolución Cirugía general LUISA IZASA 20 años DX: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central **SUBJETIVO:** Madre refiere paciente se encuentra en mejores condiciones, sin episodios diarreicos desde ayer.

OBJETIVO: Se encuentra paciente postrada en cama, hemodinámicamente estable sin signos de dificultad respiratoria
SIGNOS VITALES: FC:120 , FR: 21 , PA:100/52 ,T:36.2 , PESO: 48 Cabeza: Escleras anictericas. Mucosas húmedas, pálidas. Cuello sin mas Torax: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin sobreagregados. Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, sin soplos. Abdomen: Blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, sin masas ni megalias palpables. Sistema VAC ubicado en región lumbosacra fucional, drenó 185cc en las últimas 24 horas Genitourinario: Sonda vesical con orina clara. Extremidades: móviles, sin edemas, llenado capilar < 2 seg SNC: Alerta, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes.
PARACLÍNICOS: 29.10.2020: NA 137.4 K 3,62 CL 106.1 MG 2.14 CA 7.97 P 2.84 **PROCEDIMIENTOS:** - 26.09.2020: **ESCALECTOMÍA + L +D ÚLCERA SACRA:** Úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hemopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glút izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocantéricas izquierda de aprox 5 cm y der aprox 3 cm. - 23.10.2020: lavado mas desbridamiento y cambio de VAC de escara sacra. - 16.10.2020: Lavado y desbridamiento sistema de succion disfuncionan y contaminado con materia fecal, encontraron ulcera de 10x8cm con tejido de granulacion incipiente, realizacon curetaje de tejido desvitalizado. Paciente en decubito supino asepsia y antisepsia con yodados en region glutea colocacion de campos qx retiro de sistema de succion curetaje de tejido desvitalizado lateral profundo lavado con 1 lt de salina se deja espuma small ,afrontamiento de piel con vicryl 1 barrea lisa de 20 cm alrededor plastico adherente y sensatrack que se conecta a canister antiguo a pr 100 mmhg intermitente 10/2 min. -08.10.20 : Lavado y desbridamiento: Escara sacra de fondo limpio sin necrosis ni infección, se tallan colgajos permitiendo afrontamiento de ángulos en rombo logrando cierre de un 70% del defecto. - 04.10.20: Lavado y desbridamiento: ulcera por decubit opresacra y glutea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital, tejido de granulacion incipiente zonas de presion trocantéricas ya resueltas

ANALISIS: Paciente con antecedente de LES con compromiso inmunologico y hematologico (PTI), quien se encuentra hospitalizada por sospecha de mielitis transversa por deterioro neurológico. Debido a que se encontraba en situación de postración, desarrolla una escara sacra. Ha sido llevada a múltiples escarectomías+lavado y desbridamiento + sistema VAC, último el 26.10.2020, con un cierre de más del 70%, ahora en succión intermitente por Dra. Franco. Debido a tamaño actual de escara, el VAC esta siendo cambiado por TEO, ayer último cambio. Hoy en mejores condiciones, VAC fundional. **Hoy manejo en quirófano, posterior se solicita seguimiento por terapia enterostomal y cuidados VAC.** Se explica a la madre, refiere entender y aceptar

PLAN: -Continuar hospitalizada a cargo de medicina interna -LEV -Sistema VAC a succión intermitente -Cuidados del soporte VAC -Seguimiento por TEO para manejo y cuidado del VAC -Seguimiento por psiquiatría

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.10.2020

Hora Registro: 12:38:54

Responsable: BERSH TORO, SONIA CONSTANZA

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRÍA LUISA IZASA 20 años DX: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central - sd catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) IA PACIENTE CONTINÚA CON SD CATATÓNICO: Mutista, negativista y

con inmovilidad/ rigidez. Fue manejada inicialmente solo con benzodicepinbas, como se recomienda manejar la catatonía de cualquier etiología. sin embargo en vista de no respuesta y de comportamiento francamente psicótico le iniciaron Quetiapina. En el momento recibe los siguientes medicamentos psicotrópicos. Quetiapina 25-25-150 Lorazepam 1 mg TID Levomepromazina 8 mg/d Reinterrogamos a la madre quien reconfirma que previo al inicio de la enf actual NUNCA ANTES presentó cambios en el comportamiento. Refiere que ocasionalmente la habla, principalmente en la madrugada y le dice que la suelte (está inmovilizada) y que se la lleve de aquí; o pide agua o comida. Le dijo en una oportunidad que la estaban violando, y simultáneamente hizo movimientos "coitales", lo cual desconcertó mucho a su madre y la ha hecho pensar que la paciente esté siendo "poseída". Se hacen las aclaraciones del caso, sin embargo la madre está muy confundida al respecto. La paciente continúa alerta, poco contacto visual. Mutista. negativista. Afecto plano. Con retardo p/m, rigidez y ocasionales movimientos estereotipados (con los dedos, o se frota la nariz de forma ritualizada. No responde a órdenes simples. En algunos momentos presenta negativismo activo. Le pido que baje sus brazos que mantiene flexionados en ángulo recto con la cama, y hace una oposición activa al movimiento que se le indica. No es posible evaluar el contenido el pensamiento, la s/p ni el sensorio por el cuadro catatónico. A/ paciente con LES con probable compromiso del SNC, mielitis transversa (?). En ese contexto presenta un síndrome catatónico, con catatonía completa, persistente a lo largo de 2 meses/ resistente al manejo psicofarmacológico. NO tiene historia ni personal ni familiar de enfermedad mental. Se comenta con el Dr Lasso, médeico tratante, quien quizo una opinión adicional. Se comenta con él y conjuntamente se decide: Suspender neurolépticos (que pueden aumentar el bloqueo dopaminérgico) y una vez más intentar manejo con dosis altas de Lorazepam; se irá aumentando la dosis progresivamente hasta donde el nivel de conciencia, la TA y FR lo permitan. Debe estar con cabecera de camilla a 30 grados. SS/ CPK, BUN y Creatinina Se continúa seguimiento por psiquiatría diariamente. Si no hay mejoría pronto con este manejo, se recomendará Terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación.

.

.

.

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 30.10.2020

Hora Registro: 20:43:45

Responsable: FRANCO FLOREZ, MARIA JOSEFA

Tipo de herida :

Contaminada

Descripcion de la prestación :

SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SU

Hallazgos :

ULCERA PRESACRA CON TEIDO DE GRANULACION BIEN PERFUNDIDO, AUN EXPOCISON DE LIGAMENTOS SACROS, MAYOR RETRACCION

Descripción procedimiento :

PACIENTE EN DECUBITO PRONO CON DEFECTO PRESACRO Y SISTEMA VAC SMALL, CONTMAINACION LOCAL DE MATERIA FECAL INFERIOR SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS LAVADO CON SALINA 1 LT ,AFRONTMAIENTO CON VICRYL 1 PUNTOS SEPARADOS A EXTREMOS EN PIEL COLOCACION DE NUEVO SISTEMA DE SUCCION AL VACIO ESPUMA NEGRA PEQUEÑA CON BARRERA LISA ALREDEDOR , PLASTICO ADHERENTE Y SENSATRACK QUE SE CONECTA A CANISTER DE 1 LT A PR INTERMITENTE ,INTENSIDAD MEDIA

Complicaciones :

NO

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.10.2020

Hora Registro: 12:18:51

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y

prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresa a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-40 °C, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Ha tenido insomnio, la familia niega nuevos síntomas o picos febriles, fue llevada a cirugía ayer. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 36.9 FC 140 FR 21 TA 90/57 TAM 68 SAT 98% En aceptables condiciones generales, luce tranquila, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin agregados, abdomen con gastrostomía funcional, con escasa filtración. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: Mutista, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada, fija la mirada, no obedece órdenes.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 ANtiDNA Proceso Uroanálisis esterase Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 27.10.20 30.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 141.4 137.4 Potasio 4.6 3.85 2.98 3.97 3.62 Cloro 106.1 Magnesio 2.02 2.13 2.03 2.14 Calcio 7.97 Fosforo 4.19 2.21 2.84 FECHA 31.10.20 BUN 11.8 Creatinina 0.22 CPK 44 25.10.20 Hemocultivos negativos a la fecha 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricúspide ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización previa por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa en junio/20, ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto, continua con sistema de succión continua, sin embargo, tiene alto riesgo de contaminación recurrente. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indica descartar actividad epiléptica, indican EEG y EMG+VNC 4 extremidades. Neurología indicó que el EEG puede realizarse de forma ambulatoria con privación de sueño y control por consulta externa. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el

09.10.20. Finalizó esquema de imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal. Respecto a úlcera sacra ha sido llevada a lavados por cirugía general, última el 30.10.20 -pendinete nota operatoria - **según hallazgos se se ha planteado posible traslado a Betania. Psiquiatría realizó nueva valoración por catatonía completa y resistente, está haciendo manejo con dosis ascendentes de lorazepam, si no hay mejoría, recomendarán Terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación.** Atentos a evolución.

- Lavados según esquema que indique cirugía - Lorazepam con aumentos de dosis y vigilancia TA - FC - Evitar neurolépticos y debe estar con cabecera de camilla a 30 grados

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.10.2020

Hora Registro: 16:29:12

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 Paciente mas tranquila, menos desorganizada, sin agitacion, duerme bien. Ha tolerado el incremento del lorazepam. Hay mayor produccion ideoverbal.

En cama, mas tranquila, menos desorganizada, alerta, juicio alterado.

Hay mejoría, mayor dialogo con la madre, menos ansiedad. Dejo igual manejo.

1. Lorazepam tableta 2mg: una cada 8 horas

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.11.2020

Hora Registro: 11:37:46

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente con madre. Ha estado mas tranquila. Mejor patron de sueño. Informa habla con compañera de habitacion. Sensacion de sed. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: Afebril FC 120 FR 18 TA 98/50 SAT 98% En aceptables codiciones generales, luce tranquila, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin agregados, abdomen con gastrostomía funcional, con escasa filtración. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: Mutista, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada, fija la mirada, no obedece órdenes.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830

Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22

VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 AntiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 27.10.20 30.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 141.4 137.4 Potasio 4.6 3.85 2.98 3.97 3.62 Cloro 106.1 Magnesio 2.02 2.13 2.03 2.14 Calcio 7.97 Fosforo 4.19 2.21 2.84 FECHA 31.10.20 BUN 11.8 Creatinina 0.22 CPK 44 25.10.20 Hemocultivos negativos a la fecha 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización previa por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa en junio/20, ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto, continua con sistema de succión continua, sin embargo, tiene alto riesgo de contaminación recurrente. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefaloraquídeo negativo para infección (PCR multiple y TB negativo). Neurología indicó que el EEG puede realizarse de forma ambulatoria con privación de sueño y control por consulta externa. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Finalizó esquema de imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal. Respecto a úlcera sacra ha sido llevada a lavados por cirugía general, última el 30.10.20 -pendinete descripción qx - Psiquiatría realizó nueva valoración por catatonía completa y resistente, está haciendo manejo con dosis ascendentes de lorazepam, **si no hay mejoría, recomendarán Terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación. Dado lo anterior se difiere posibilidad de traslado a betania.** Se indicaran paraclínicos de control para el martes 3.11.20

...

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.11.2020

Hora Registro: 16:10:58

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA LUISA ISAZA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020- 23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central - sd catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) SEGUIMIENTO 01.11.2020 Encuentro a la paciente en compañía de su madre. En el momento se encuentra dormida. La madre refiere que la observa en mejores condiciones generales, más activa y ha empezado a realizar algunas actividades de su cuidado diario (cepillarse los dientes, por ej.). Niegan episodios de agitación. Hay producción IV.

Paciente en cama, más tranquila, menos desorganizada, dormida, juicio alterado.

Paciente con evolución que tiende hacia la mejoría. Establece mayor contacto con el entorno y se comunica un poco más con la madre. Se reporta menos ansiedad. Dejo igual manejo.

CONTINUAR Lorazepam tableta 2mg: una cada 8 horas

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.11.2020

Hora Registro: 11:28:47

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores eincontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Informa madre tos y movilizacion de secreciones. me niega fiebre. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: Afebril FC 120 FR 18 TA 98/50 SAT 98% En aceptables codiciones generales, luce tranquila, hidratada, OJOS: pupilas normo-reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicularCON MOVILIZACION DE SECRECIONES. abdomen con gastrostomia funcional, con escasa filtración. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: Mutista, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada, fija la mirada, no obedece órdenes.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 11.10.20 12.10.20 13.10.20 16.10.20 17.10.20 Leucos 8660 11030 6830 Neutros 7520 10140 6390 Linfos 510 370 240 HB 8.3 8.4 8 Hto 28.7 29.6 27.3 Plat 372. 402 243.000 PCR 1.64 13.22 VSG 29 BUN 4.2 Creatinina 0.25 LDH 267 Ferritina 79.1 Procal 0.147 Sodio: 142 140 141 Potasio 3.29 3.69 4.1 4.28 Cloro 105 105 Magnesio 2.17 Calcio 8.5 8.89 7.95 Fosforo 1.88 2.46 2.02 IgG 11.42 C3 92 C4 18 ANtiDNA Proceso Uroanálisis esterasa Neg Proteínas 150 G.R. 160 G.B. 29 Nitritos Neg Moco + Bact. Escasas FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 27.10.20 30.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 141.4 137.4 Potasio 4.6 3.85 2.98 3.97 3.62 Cloro 106.1 Magnesio 2.02 2.13 2.03 2.14 Calcio 7.97 Fosforo 4.19 2.21 2.84 FECHA 31.10.20 BUN 11.8 Creatinina 0.22 CPK 44 25.10.20 Hemocultivos negativos a la fecha 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventriculo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales.Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventriculo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspidea ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imagenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalizació previa por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa en junio/20, ahora con componente

neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto, continua con sistema de succión continua, sin embargo, tiene alto riesgo de contaminación recurrente. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indicó que el EEG puede realizarse de forma ambulatoria con privación de sueño y control por consulta externa. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Finalizó esquema de imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal. Respecto a úlcera sacra ha sido llevada a lavados por cirugía general, última el 30.10.20 -pendiente descripción qx - Psiquiatría realizó nueva valoración por catatonía completa y resistente, está haciendo manejo con dosis ascendentes de lorazepam, si no hay mejoría, recomendarán Terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación. Dado lo anterior se difiere posibilidad de traslado a betania. Movilización de secreciones y tos, se indica reactantes de fase aguda y rx de torax. **Se le ha explicado previamente a madre de la paciente no dar alimentos por vía oral (al parecer da agua y café?).**

...

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.11.2020

Hora Registro: 15:11:39

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA LUISA ISAZA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020 - 23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central - sd catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) SEGUIMIENTO 01.11.2020 Encuentro a la paciente en compañía de su madre. se encuentra realizando terapia física, **la madre refiere que la ha notado mas despierta durante el día, por momentos se moviliza en su cama "ella se acomoda".**

Paciente valorada en su habitación, acostada en cama, se encuentra realizando terapia física, alerta, afecto restringido, catatonica.

Paciente con evolución clínica hacia la mejoría, ha estado interactuando mas con el medio, por lo pronto se considera continuar igual manejo.

CONTINUAR Lorazepam tableta 2mg: una cada 8 horas.

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.11.2020

Hora Registro: 10:09:03

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación DIAGNÓSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, en estable condición. Inmovilizada en miembros superiores, en compañía de madre. **Ubicada en persona, más no en tiempo ni en espacio. Se realiza actividad estimulación producción oral automatismo de nombre y números, logrando respuesta de nombre, pero no se logra producción de números ni con apoyo; realiza producciones espontáneas solicitando agua y preguntando por amiga (Yuli). Se observa incoherente con lo que sucede a su alrededor. Se brindan pautas de estimulación a la madre de producción automatismos, intención comunicativa y ponerle la música que le gustaba (salsa, merengue); la madre refiere comprender y aceptar. La madre pregunta si se le puede suministrar agua, se comenta con Fonoaudióloga de Deglución, quien despejará dudas a la madre. Queda estable. -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.**

Seguimiento Fonoaudiología Lenguaje.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 03.11.2020

Hora Registro: 11:30:18

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#3. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE
-PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO DIAGNOSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --Post operatorio escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 -08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central -Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE QUE ENCUENTRO EN DECUBITO LATERAL, DESPIERTA, ESTABLE, INMOVILIZADA EN SUS EXTREMIDADES SUPERIORES, CON LA MADRE. DESDE DECUBITO SUPINO, SE PROMUEVE LAS RESPUESTAS MOTORAS EN MIEMBROS SUPERIORES, SE BRINDA ESTÍMULO PROPIOCEPTIVO, SE EVOCAN PATRONES FUNCIONALES. SE OBSERVA RESISTENCIA AL INCIOA, LUEGO LEVE PARTICIPACION, INTERMITENTE, REQUIERE REFORZAMIENTO VERBAL CONSTANTE, HOY NOHACE SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES, SE DEJA ESTABLE NUEVAMENTE EN DECUBITO LATERAL. SE OBSERVA A LA MADRE CON LABILIDAD AFECTIVA Y LLANTO FACIL, SE BRINDA APOYO EMOCIONAL. SE COMENTA A MEDICO DE PISO.

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.11.2020

Hora Registro: 11:33:53

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere encontrarla más inquieta, con dificultad para conciliar el sueño. Niega diarrea, fiebre u otra sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T: 35, FC: 138, FR: 20, TA: 107/67, TAM: 80,33, SAT: 97% En aceptables codiciones generales, luce tranquila, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO:

no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. abdomen con gastrostomía funcional, con escasa filtración. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: Mutista, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada, fija la mirada, no obedece órdenes.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 27.10.20 30.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 141.4 137.4 Potasio 4.6 3.85 2.98 3.97 3.62 Cloro 106.1 Magnesio 2.02 2.13 2.03 2.14 Calcio 7.97 Fosforo 4.19 2.21 2.84 FECHA 31.10.20 03.11.20 Leucos 5620 Neutros 3880 Linfos 830 Monocitos 500 Eosinófilos 0 HB 6.4 Hto 22.4 Plat 515. PCR 7.97 VSG BUN Creatinina LDH Ferritina Procal Sodio 140.2 Potasio 4.59 Cloro Magnesio Calcio Fosforo BUN 11.8 Creatinina 0.22 0.36 CPK 44 ALT 19.5 AST 14 25.10.20 Hemocultivos negativos a la fecha 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación (CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización previa por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa en junio/20, ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto, continua con sistema de succión continua, sin embargo, tiene alto riesgo de contaminación recurrente. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). **Neurología indicó que el EEG puede realizarse de forma ambulatoria con privación de sueño y control por consulta externa.** Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Finalizó esquema de imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal. Respecto a úlcera sacra ha sido llevada a lavados por cirugía general, última el 30.10.20. **Psiquiatría realizó nueva valoración por catatonia completa y resistente, está recibiendo manejo con dosis ascendentes de Lorazepam, si no hay mejoría, recomendarán Terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación.** Dado lo anterior se difiere posibilidad de traslado a Betania. Por movilización de secreciones y tos se tomaron paraclínicos sin elevación significativa de reactantes de fase aguda, **radiografía de tórax con infiltrados intersticiales**, sin consolidaciones ni derrames, sin mayores cambios respecto a previas, pendiente lectura oficial. Actualmente **sin alzas térmicas, sin otros signos de respuesta inflamatoria sistémica.** Por el momento se continúa vigilancia clínica. Se le ha explicado previamente a madre de la paciente no dar alimentos por vía oral.

-Curva térmica -Pendiente lectura radiografía de tórax -Seguimiento por psiquiatría y cirugía general

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 03.11.2020

Hora Registro: 20:42:46

Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR

FONOAUDIOLOGÍA SE AUTORIZA TOMA DE AGUA EN FORMA DOSIFICADA A LIBRE DEMANDA SE CONTINUA CON ESTÍMULOS ORALES CON COMPOTA O YOGURT AM-PM SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGÍA

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.11.2020

Hora Registro: 20:48:16
 Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR
 Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
 Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Revaloración

SE RESPONDE INTERCONSULTA. SE ATIENDE LLAMADO DE DOCTORA MURCIA QUIEN REFIERE QUE **LA MAMÁ DE LA PACIENTE NO TIENE CLARIDAD EN QUE ALIMENTOS SUMINISTRARLE A LA PACIENTE**. ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, DESPIERTA, **RESPONDE EN POCAS OCASIONES A PREGUNTAS SENCILLAS CON MOVIMIENTOS DE CABEZA SI/NO**. **INMOVILIZADA EN MIEMBROS SUPERIORES**. **ALIMENTACION ALTERNA**. EN COMPAÑÍA DE LA MADRE SE REALIZA **ACTIVACION DE MUSCULATURA OROFACIAL Y ACTIVACION DE MECANISMO DE DEGLUCION CON AGUA**. **REALIZA ANTICIPACION AL ESTIMULO**, **ADOSE LABIAL AL INSTRUMENTO (VASO)**, LEVE LATENCIA EN DESENCADENAR PARA DESENCADENAR REFLEJO. **ASCENSO LARINGEO PALPABLE**. SIN PRESENCIA DE TOS, AHOGO O ATORO. SE DAN INDICACIONES A FAMILIAR PARA CONTINUAR SUMINISTRANDO LIQUIDOS CLAROS O SORBETES, SEGUN LA SOLICITUD DE LA PACIENTE. SE RECOMIENDA POSICIONAMIENTO, DOSIFICAR CANTIDAD, VERIFICAR DEGLUCION COMPLETA EN CADA PORCION SUMINISTRADA, DICE ENTENDER Y ACEPTAR SE COMENTA CON JEFE DE TURNO QUEDA ESTABLE -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

SE AUTORIZA TOMA DE AGUA EN FORMA DOSIFICADA A LIBRE DEMANDA SE CONTINUA CON ESTIMULOS ORALES CON COMPOTA O YOGURT AM-PM SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.11.2020
 Hora Registro: 11:32:39
 Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO
 Especialidad: REUMATOLOGIA
 Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folic tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere encontrarla inquieta, con dificultad para conciliar el sueño, comenta picos febriles en la noche, Niega diarrea u otra sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T: 36.4 FC: 114, FR: 20, TA: 87/50 TAM: 62, SAT: 95% Presentó pico febril a media noche 38.6°C En aceptables condiciones generales, luce tranquila, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular CON MOVILIZACION DE SECRECIONES. abdomen con gastrostomia funcional, con escasa filtración. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: presencia de escara en trocanter izquierdo. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: Mutista, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad

generalizada, fija la mirada, no obedece órdenes.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 27.10.20 30.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 141.4 137.4 Potasio 4.6 3.85 2.98 3.97 3.62 Cloro 106.1 Magnesio 2.02 2.13 2.03 2.14 Calcio 7.97 Fosforo 4.19 2.21 2.84 FECHA 31.10.20 03.11.20 Leucos 5620 Neutros 3880 Linfos 830 Monocitos 500 Eosinófilos 0 HB 6.4 Hto 22.4 Plat 515. PCR 7.97 VSG BUN Creatinina LDH Ferritina Procal Sodio 140.2 Potasio 4.59 Cloro Magnesio Calcio Fosforo BUN 11.8 Creatinina 0.22 0.36 CPK 44 ALT 19.5 AST 14 02.11.20 Radiografía de tórax: sin consolidaciones ni derrames 25.10.20 Hemocultivos negativos a la fecha 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización previa por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa en junio/20, ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto, continua con sistema de succión continua, sin embargo, tiene alto riesgo de contaminación recurrente. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefaloraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indicó que el EEG puede realizarse de forma ambulatoria con privación de sueño y control por consulta externa. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Finalizó esquema de imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal. Respecto a úlcera sacra ha sido llevada a lavados por cirugía general, última el 30.10.20. Psiquiatría realizó nueva valoración por catatonía completa y resistente, está recibiendo manejo con dosis ascendentes de Lorazepam, si no hay mejoría, recomendarán Terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación. Dado lo anterior se difiere posibilidad de traslado a Betania. Por movilización de secreciones y tos se tomaron paraclínicos sin elevación significativa de reactantes de fase aguda, radiografía de tórax con infiltrados intersticiales, sin consolidaciones ni derrames, sin mayores cambios respecto a previas, pendiente lectura oficial. **Ha presentado picos febriles, se evidencia nuevas escaras a nivel de trocánter izquierdo, posiblemente fiebre y reactantes de fase aguda en ascenso secundarias a estas lesiones**, se solicita valoración por TEO, paraclínicos de control para mañana. Fonoaudiología autorizó toma de agua y estímulos con compota.

-Valoración por TEO -Paraclínicos de control mañana -Pendiente lectura radiografía de tórax -Seguimiento por psiquiatría y cirugía general

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 04.11.2020

Hora Registro: 11:36:27

Responsable: ARIAS RAMIREZ, DANIELA

VALORACIÓN POR TEO - **Escara trocántica izquierda**

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 04.11.2020

Hora Registro: 13:30:16

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#4. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE
-PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO
DIAGNOSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --Post operatorio escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 -08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central -Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

LUISA SE ENCUENTRA DESPIERTA Y ESTABLE EN CAMA ACOMPAÑADA DE LA MADRE, EN INTERVENCIÓN CONJUNTA CON FISIOTERAPIA, SE PROMUEVE LA MOVILIDAD Y LA TRANSICIÓN ACCIDENTE EN BORDE CAMA, LA CUAL ES DE FORMA ASISTIDA, REQUIERE APOYO CONSTANTE, DEBIDO A QUE SU CONTROL POSTURAL ES POBRE, TIENDE A LATERALIZARSE HACIA EL LADO IZQUIERDO, POR LO QUE REQUIERE APOYO PROPIOCEPTIVO CONSTANTE, DE FORMA ASISTIDA SE EVOCAN LOS PATRONES FUNCIONALES DE MOVIMIENTO, REQUIERE REFORZAMIENTO VERBAL CONSTANTE, DEBIDO A QUE MUESTRA RESISTENCIA, CON EL APOYO LOGRA TOLERAR, SE DEJA NUEVAMENTE EN DECUBITO LATERAL, SE AJUSTA POSTURALMENTE Y SE DEJA ESTABLE EN SU CONDICIÓN.

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.11.2020

Hora Registro: 17:04:51

Responsable: ANGARITA LUGO, MONICA ASTRID

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL Paciente ya conocida por la especialidad, le hemos estado realizando lavados de lesiones ulceradas en piel con sistema VAC, el último lavado de la lesión en región sacra fue el 30 de octubre, ya hay abundante tejido de granulación. Debido a esto y a que la paciente tiene una vía aérea difícil la conducta es no llevarla más a cirugía, se le debe retirar el vac y realizar curación (solo lavado con SSN).

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.11.2020

Hora Registro: 10:16:44

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

Evolución Cirugía general LUISA IZASA 20 años DX: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central SUBJETIVO: Madre refiere paciente se encuentra en mejores condiciones, sin disnea, conecta con el entrevistador a través de pobre contacto, no se relaciona con el medio

OBJETIVO: Se encuentra paciente postrada en cama, en compañía de madre, hemodinámicamente estable sin signos de dificultad respiratoria SIGNOS VITALES: HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 08:00:00 35,90 120,00 22,00 104,00 65,00 78,00 98,00 04:00:00 35,60 96,00 19,00 145,00 75,00 98,33 96,00 00:01:47 36,30 19,00 90,00 100,00 60,00 73,33 96,00 20:00:00 36,40 100,00 19,00 97,00 62,00 73,67 99,00 Cabeza: Escleras anictéricas. Mucosas húmedas, pálidas. Cuello sin mas Torax: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin sobreagregados. Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, sin soplos. Abdomen: Blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, sin masas ni megalias palpables. Sistema VAC ubicado en región lumbosacra fucional, drenó 185cc en las últimas 24 horas Genitourinario: Sonda vesical con orina clara. Extremidades: móviles, sin edemas, llenado capilar < 2 seg SNC: Alerta, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. PARACLÍNICOS: 29.10.2020: NA 137.4 K 3.62 CL 106.1 MG 2.14 CA 7.97 P 2.84 PROCEDIMIENTOS: -30.10.2020: PACIENTE EN DECUBITO PRONO CON DEFECTO PRESACRO Y SISTEMA VAC SMALL, CONTMAINACION LOCAL DE

MATERIA FECAL INFERIOR SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS LAVADO CON SALINA 1 LT ,AFRONTAMIENTO CON VICRYL 1 PUNTOS SEPARADOS A EXTREMOS EN PIEL COLOCACION DE NUEVO SISTEMA DE SUCCION AL VACIO ESPUMA NEGRA PEQUEÑA CON BARRERA LISA ALREDEDOR , PLASTICO ADHERENTE Y SENSATRACK QUE SE CONECTA A CANISTER DE 1 LT A PR INTERMITENTE ,INTENSIDAD MEDIA - 26.09.2020: ESCARECTOMÍA + L +D ÚLCERA SACRA: Úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hemopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glút izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocánticas izquierda de aprox 5 cm y der aprox 3 cm. - 23.10.2020: lavado mas desbridamiento y cambio de VAC de escara sacra. - 16.10.2020: Lavado y desbridamiento sistema de succion disfuncionan y contaminado con materia fecal, encontraron ulcera de 10x8cm con tejido de granulacion incipiente, realizacon curetaje de tejido desvitalizado. Paciente en decubito supino asepsia y antisepsia con yodados en region glutea colocacion de campos qx retiro de sistema de succion curetaje de tejido desvitalizado lateral profundo lavado con 1 lt de salina se deja espuma small ,afrontamiento de piel con vicryl 1 barrea lisa de 20 cm alrededor plastico adherente y sensatrack que se conecta a canister antiguo a pr 100 mmhg intermitente 10/2 min. -08.10.20 : Lavado y desbridamiento: Escara sacra de fondo limpio sin necrosis ni infección, se tallan colgajos permitiendo afrontamiento de ángulos en rombo logrando cierre de un 70% del defecto. - 04.10.20: Lavado y desbridamiento: ulcera por decubito opresacra y glutea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital, tejido de granulacion incipiente zonas de presion trocatericas ya resueltas

ANALISIS: Paciente con antecedente de LES con compromiso inmunologico y hematologico (PTI), quien se encuentra hospitalizada por sospecha de mielitis transversa por deterioro neurológico. Debido a que se encontraba en situación de postración, desarrolla una escara sacra. Ha sido llevada a múltiples escarectomias+lavado y desbridamiento + sistema VAC, último el 30.10.2020 por Dra. Franco. En el momento estable hemodinámicamente, sin signos de dificultad respiratoria, postrada. Se evidencia abundante tejido de granulación. Debido a esto y a que la paciente tiene una vía aérea difícil la conducta es no llevarla más a cirugía, se le debe retirar el vac y realizar curación por parte de TEO (solo lavado con SSN).

PLAN: -Continuar hospitalizada a cargo de medicina interna -LEV -Sistema VAC a succión intermitente -Cuidados del soporte VAC -Retirar el vac una vez sea disfuncional y realizar curación por parte de TEO (solo lavado con SSN). -Seguimiento por psiquiatría

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.11.2020

Hora Registro: 11:05:36

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores eincontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomia (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: GO Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere encontrarla en mejores condiciones, sin nuevos picos febriles, Niega diarrea u otra sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T: 35.9 FC: 120 FR: 22, TA: 104/65 TAM: 78, SAT: 98%, sin picos febriles En aceptables condiciones generales, luce tranquila, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicularCON MOVILIZACION DE SECRECIONES. abdomen con gastrostomia funcional, con escasa filtración. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18.

PIEL: presencia de escara en trocater izquierdo. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: Mutista, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada, fija la mirada, no obedece órdenes.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 27.10.20 30.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 141.4 137.4 Potasio 4.6 3.85 2.98 3.97 3.62 Cloro 106.1 Magnesio 2.02 2.13 2.03 2.14 Calcio 7.97 Fosforo 4.19 2.21 2.84 FECHA 31.10.20 03.11.20 05.11.20 Leucos 5620 8510 Neutros 3880 6630 Linfos 830 900 Monocitos 500 480 Eosinófilos 0 10 HB 6.4 6.4 Hto 22.4 21.8 Plat 515. 530. PCR 7.97 13.02 VSG BUN Creatinina LDH Ferritina Procal Sodio 140.2 Potasio 4.59 Cloro Magnesio Calcio Fosforo BUN 11.8 Creatinina 0.22 0.36 CPK 44 ALT 19.5 AST 14 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 25.10.20 Hemocultivos negativos a la fecha 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización previa por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa en junio/20, ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto, continua con sistema de succión continua, sin embargo, tiene alto riesgo de contaminación recurrente. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indicó que el EEG puede realizarse de forma ambulatoria con privación de sueño y control por consulta externa. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Finalizó esquema de imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal. Psiquiatría realizó nueva valoración por catatonia completa y resistente, está recibiendo manejo con dosis ascendentes de Lorazepam, si no hay mejoría, recomendarán Terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación. Dado lo anterior se difiere posibilidad de traslado a Betania. Respecto a úlcera sacra ha sido llevada a lavados por cirugía general, última el 30.10.20, en última valoración consideran no llevarla más a procedimientos quirúrgicos e indican retiro de vac. **Ha presentado picos febriles, se evidencia nuevas escaras a nivel de trocater izquierdo, con reactantes de fase aguda en ascenso posiblemente secundarias a estas lesiones**, pendiente valoración por TEO, Fonoaudiología autorizó toma de agua y estímulos con compota. Continuamos atentos a evolución.

-Valoración por TEO -Seguimiento por psiquiatría

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 05.11.2020

Hora Registro: 13:24:27

Responsable: PEREA RODRIGUEZ, LEIDY DAHYANA

NUTRICION

NUTRICION 1. POR SONDA DE GASTROSTOMIA , FORMULA NUTREN 1,5 ESQUEMA BOLOS ASI, GRAVITACIONAL: -A LAS 6 Y 18 PASAR 250 MILILITROS EN 3 HORAS -A LAS 12 HORAS PASAR 500 MILILITROS EN 4 HORAS. 2. VIGILAR SINTOMAS GASTROINTESTINALES ADVERSOS. 3. ESTIMULOS CON COMPOTAS INDICADOS POR FONOAUDIOLOGIA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.11.2020

Hora Registro: 17:49:47
 Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN
 Especialidad: PSIQUIATRIA
 Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA LUISA ISAZA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020- 23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central - sd catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) SEGUIMIENTO Con fiebre, se observ decaída. Durmio bien. Sin agresividad. Persiste negativista, mutista.

En cama, sin agitacion, negativista, mutista, alerta.

Paciente sin agitacion, pero persiste negativista. Se comentara con el grupo de psiquiatria, en junta, para definir manejo.

Lorazepam tableta 2mg: (una- una - una y media)

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.11.2020
 Hora Registro: 09:52:17
 Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA
 Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
 Tipo de Evolución: Evolución
 Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación DIAGNÓSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, en estable condición. Inmovilizada en miembros superiores, en compañía de madre. Ubicada en persona y espacio, más no en tiempo. Se realiza actividad estimulación producción oral automatismos (nombre y números), logrando adecuado desempeño; fluidez verbal semántica y fonológica, requiriendo apoyo semántico; seguimiento órdenes verbales de dos acciones, logrando adecuada ejecución. Se brindan pautas de estimulación a la madre de producción automatismos, intención comunicativa y fluidez verbal; la madre refiere comprender y aceptar. Queda estable. -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Seguimiento Fonoaudiología Lenguaje.

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.11.2020
 Hora Registro: 11:37:05
 Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO
 Especialidad: REUMATOLOGIA
 Tipo de Evolución: Manejo diario
 REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferioes eincontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se tornna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0

Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere encontrarla en mejores condiciones, con mayor producción verbal. Refiere que presentó alza térmica el día de ayer. Niega otra sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T: 36.8 FC: 157 FR: 21, TA: 103/66 TAM: 78, SAT: 97%, En aceptables condiciones generales, luce tranquila, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. abdomen con gastrostomía funcional, con escasa filtración. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: presencia de escara en trocater izquierdo. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: Alerta, orientada, lenguaje fluido, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 27.10.20 30.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 141.4 137.4 Potasio 4.6 3.85 2.98 3.97 3.62 Cloro 106.1 Magnesio 2.02 2.13 2.03 2.14 Calcio 7.97 Fosforo 4.19 2.21 2.84 FECHA 31.10.20 03.11.20 05.11.20 06.11.20 Leucos 5620 8510 15260 Neutros 3880 6630 12650 Linfos 830 900 1070 Monocitos 500 480 890 Eosinófilos 0 10 0 HB 6.4 6.4 6.7 Hto 22.4 21.8 23.2 Plat 515. 530. 514. PCR 7.97 13.02 VSG Procalcitonina 0.126 BUN Creatinina LDH Ferritina Procal Sodio 140.2 Potasio 4.59 Cloro Magnesio Calcio Fosforo BUN 11.8 Creatinina 0.22 0.36 CPK 44 ALT 19.5 AST 14 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 25.10.20 Hemocultivos negativos a la fecha 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricúspidea ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación (CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización previa por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa en junio/20, ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto, continua con sistema de succión continua, sin embargo, tiene alto riesgo de contaminación recurrente. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indicó que el EEG puede realizarse de forma ambulatoria con privación de sueño y control por consulta externa. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Finalizó esquema de imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal. Psiquiatría realizó nueva valoración por catatonia completa y resistente, está recibiendo manejo con dosis ascendentes de Lorazepam, si no hay mejoría, recomendarán Terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación. Dado lo anterior se difiere posibilidad de traslado a Betania. Respecto a úlcera sacra ha sido llevada a lavados por cirugía general, última el 30.10.20, en última valoración consideran no llevarla más a procedimientos quirúrgicos e indican retiro de VAC. **La paciente persiste con picos febriles y aumento de los reactantes de fase aguda con hemocultivos hasta la fecha negativos, se solicita concepto de infectología. Neurológicamente paciente con mayor producción de lenguaje e interacción con el medio. Tiene RMN cerebral del 25.09.20 con realce meníngeo nodular difuso. Se solicita RMN cerebral y anti DNA de control para evaluar posibilidades de tratamiento inmunomodulador.** Fonoaudiología autorizó toma de agua y estímulos con compota, hasta el momento bien tolerados. Continuamos atentos a evolución.

-RMN cerebral contrastada -AntiDNA -Valoración por infectología -Seguimiento por psiquiatría

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.11.2020

Hora Registro: 12:04:34

Responsable: CASTILLO MARTINEZ, ALEJANDRO

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Luisa Fernanda Gonzales Isaza. 20 años. Diagnósticos: Úlcera por presión en región sacra y glútea. POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020-04.10.2020 Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. Mielitis transversa (?) Fiebre de origen central. Síndrome catatónico orgánico Tratamiento Lorazepam de 2 mg :4mg/día Lorazepam de 1 mg . 3 mg / día Subjetivo: Luisa refiere encontrarse bien el día de hoy, refiere sensación de dolor "en el chichi", refiere no haber tenido buen sueño, sin embargo, la madre refiere que se encuentra en mejores condiciones y que ha estado durmiendo más, también refiere que el día de hoy se ha comunicado más. Refiere presencia de voces que le dicen que se suicide. Objetivo: Apariencia y actitud: Paciente adulta joven, en cama, inmovilizada, se encuentra acompañada por su madre, hay buen autocuidado, se evidencian signos de enfermedad crónica. No establece contacto visual con el entrevistador, actitud perpleja. Sensorio: Alerta, orientada en persona, pero no en espacio ni tiempo, hay Distractibilidad intrapsíquica, memoria comprometida, no es posible evaluar calculo, abstracción no evaluable. Actividad motora: se encuentra paciente inmovilizada de MMSS, no se evidencian tics, movimientos adaptativos, ni otras alteraciones. Afecto: Pobremente modulado, paratimia en partes de la entrevista. Tono ansioso. Lenguaje: No tiene lenguaje fluido, tono de voz bajo, intervalo pregunta respuesta muy prolongado, comprende, obedece a ordenes sencillas. Pensamiento: Curso coherente, relevante, lacónica. Contenido: no hay ideas suicidas, delirios, sin otras alteraciones. Forma: Autista. Sensopercepción: Luce alucinada con alucinaciones auditivas imperativas complejas. Juicio y raciocinio: Comprometido. Introspección: Ausente. Prospección: Incierta. Análisis: Paciente adulta joven que se encuentra hospitalizada en el contexto de Lupus+ mielitis transversa, continua negativista con síntomas catatónicos, pero hoy se evidencia la presencia de alucinaciones auditivas imperativas, por lo que se considera pertinente iniciar manejo antipsicótico a dosis bajas e ir evaluando la respuesta. Plan: Clozapina 25mg en las noches.

*

*

*

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 06.11.2020

Hora Registro: 16:41:16

Responsable: CORDOBA SALAZAR, DIANA CAROLINA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#5. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE -PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO DIAGNOSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --Post operatorio escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 -08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central -Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN SU CUARTO, ACOMPAÑADA POR SU FAMILIAR, LA ENCUENTRO CON ACTITUD PERPLEJA, JUICIO Y RACIOCINIO COMPROMETIDO, ALUCINACIONES AUDITIVAS, FUGA DE IDEAS, NEGATIVISTA, DEBIDO A SU CONDICIÓN DE SALUD MENTAL PRESENTA DIFICULTAD EN ADHERIRSE A LA TERAPIA, SESIÓN SE TRABAJA ACTIVIDAD TERAPEUTICA EN CAMA EN POSICIÓN SUPINO CON EL OBJETIVO DE PROMOVER SEGUIMIENTO DE UNA INSTRUCCIÓN SIMPLE CON RESPUESTA DE TIPO MOTOR, PRESENTA DIFICULTAD MARCADA EN SEGUIR INSTRUCCIONES. SE MOVILIZAN MIEMBROS SUPERIORES CON OPOSICIÓN Y RESISTENCIA A ELLO. DEJO ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.11.2020

Hora Registro: 16:54:35
 Responsable: SERPA SERPA, JOSE MAURICIO
 Especialidad: FISIATRÍA
 Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

FISIATRÍA: 20 años, FEMENINO - Úlcera por presión en región sacra y glútea - POP escarectomía + lavado + desbridamiento - Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. - **POLINEUROPATIA MOTORA Y SENSITIVA DE PREDOMINIO AXONAL** - Fiebre de origen central Familiar refiere decubito permanente. dependiente en movilidad y autocuidado. **refier dolor en región sacra moviliza extremidades superiores, moviliza poco extremidades inferiores**

despierta, desorientada **no comprende las ordenes** **hipotrofia muscular generalizada** moviliza extremidades superiores con fuerza regular, ROT +++ bicipital, estiloradia y tricipital, patrones funcionales incompletos, amas limitador en hombros, codos. **fuerza muscular muy disminuida en miembros inferiores con tono muscular bajo, hiporeactiva a estímulos sensitivos** **limitación severa para la movilidad**

Paciente con deficiencia de sistema inmunológico, neuromuscular, de la piel, se recomienda continuar proceso rehabilitador para mejorar movilidad en AVD y evitar complicaciones por decubito

Terapia física neurológica para: - movilidad articular - estiramiento muscular - estimular sensibilidad superficial y profunda - reeducación motora - entrenamiento en transiciones - control de tronco - medidas antiescaras - educación a cuidadora terapia ocupacional para: - estimulación neurosensorial - estimular funciones mentales superiores - mejorar movilidad en AVD

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.11.2020

Hora Registro: 09:17:04

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresna a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolucion cosnistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurologico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, no ha vuelto a presentar fiebre, habla más, sin embargo con alucinaciones. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* 35,50 96,00 20,00 96,00 61,00 72,67 95,00 EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T: 35.5 FC: 97 FR: 21, TA: 97/61 TAM: 72, SAT: 95%, En aceptables condiciones generales, luce tranquila, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. abdomen con gastrostomía funcional, con escasa filtración. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tincl: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: presencia de escara en trocanter izquierdo. SISTEMA VAC FUNCIONADO. NEUROLÓGICO: Alerta, orientada, lenguaje fluido, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 27.10.20 30.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 141.4 137.4 Potasio 4.6 3.85 2.98 3.97 3.62 Cloro 106.1 Magnesio 2.02 2.13 2.03 2.14 Calcio 7.97 Fosforo 4.19 2.21 2.84 FECHA 31.10.20 03.11.20 05.11.20 06.11.20 Leucos 5620 8510 15260 Neutros 3880 6630 12650 Linfos 830 900 1070 Monocitos 500 480 890 Eosinófilos

0 10 0 HB 6.4 6.4 6.7 Hto 22.4 21.8 23.2 Plat 515. 530. 514. PCR 7.97 13.02 VSG Procalcitonina 0.126 BUN Creatinina LDH Ferritina Procal Sodio 140.2 Potasio 4.59 Cloro Magnesio Calcio Fosforo BUN 11.8 Creatinina 0.22 0.36 CPK 44 ALT 19.5 AST 14 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 25.10.20 Hemocultivos negativos a la fecha 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización previa por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa en junio/20, ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto, continua con sistema de succión continua, sin embargo, tiene alto riesgo de contaminación recurrente. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefaloraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indicó que el EEG puede realizarse de forma ambulatoria con privación de sueño y control por consulta externa. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Finalizó esquema de imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal. Psiquiatría realizó nueva valoración por catatonia completa y resistente, está recibiendo manejo con dosis ascendentes de Lorazepam, si no hay mejoría, recomendarán Terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación. Dado lo anterior se difiere posibilidad de traslado a Betania. Respecto a úlcera sacra ha sido llevada a lavados por cirugía general, última el 30.10.20, en última valoración consideran no llevarla más a procedimientos quirúrgicos e indican retiro de VAC y curaciones por terapia enterostomal. Hace 2 días con picos febriles, se tomaron hemocultivos que vienen negativos, pendiente revaloración por infectología, sin embargo en las últimas 48 horas sin nuevos picos febriles. A nivel neurológico con mayor producción de lenguaje e interacción con el medio, sin embargo con alucinaciones, psiquiatría indicó manejo con antipsicótico. Dado que tiene RMN cerebral del 25.09.20 con realce meníngeo nodular difuso. **Se solicita RMN cerebral y anti DNA y complemento de control para evaluar posibilidades de tratamiento inmunomodulador;** están pendientes. **Con estos resultados se determinará conducta terapéutica.**

-RMN cerebral contrastada pte -AntiDNA y complemento en proceso -Valoración por infectología -Seguimiento por psiquiatría

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.11.2020

Hora Registro: 11:06:28

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Paciente : LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ Identificación : - CC: 1107531724 Edad : 20 AÑOS Sexo : FEMENINO

DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Púrpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarotomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10). Tratamiento antibiotico previo - Imipenem: 09.10.2020- 24 10 2020 - Meropenem: 04.10.2020 - 09.10.2020 - Vancomicina: 05.10.2020 -09.10.2020 - Ampicilina sulbactam: 28.09.2020 - 05.10.2020. - Clindamicina: 25.09.2020 - 26.09.2020. - Piperacilina tazobactam: 25.09.2020 - 28.09.2020. - Vancomicina oral: 29.09.2020 - 01.10.2020. Aislamientos previos *Staphylococcus hominis* hemocultivo 2 (14 101 2020) 01.10.2020 Carbapenemasas: P aeruginosa positiva de cultivo 9270648. 29.09.2020 *Clostridium difficile*: GDH No detectada; A/B No detectada. 27.09.2020 Hisopado rectal: P aeruginosa positiva para carbapenemasas. 27.09.2020 Urocultivo: negativo 27.09.2020 Hemocultivos 1 y 2: Negativos.

26.09.2020 Cultivo úlcera sacra: Escherichia coli BLEE negativo, Proteus mirabilis, Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium. 25.09.2020 Hemocultivo 1: Proteus mirabilis multi sensible, Imipenem int. 25.09.2020 Hemocultivo 2: Negativo. Paciente quien ha presestado picos febriles, último anoche, al momento sin tratamiento antibiotico, con presencia de paraclínicos del 06.11.2020 que evidencian leucocitosis (leucos 15260), procalcitonina 0.126 y hemocultivos negativos hasta el momento. Al examen físico sus signos vitales son : FC 96, FR 20, TA 96/61, Sao2 95%. **Al examen físico con presencia de signos inflamatorios en úlcera a nivel de trocater mayor izquierdo, familiar refiere aumento del rubor y calor,** con aumento de secreción, **desde infectología a la espera de resultados de hemocultivos,** por el momento atentos a evolución clínica

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.11.2020

Hora Registro: 11:21:47

Responsable: RIVAS NIETO, JUAN CARLOS

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRÍA. SE ATENDIÓ SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DE SALUD PÚBLICA PARA LA ATENCIÓN DURANTE LA EPIDEMIA POR COVID19. LA ENCONTRÉ EN COMPAÑÍA DE LA MADRE. LA HAN NOTADO MEJOR, ANOCHÉ DURMIÓ BIEN Y ON ESTUVO AGITADA. **ESTÁ TRATANDO DE RELACIONARSE UN POCO MÁS CON LA MADRE.**

EN CAMA. SIN INMOVILIZACIÓN. MUTISTA, NEGATIVISTA.

MEJOR,

IGUAL MANEJO.

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.11.2020

Hora Registro: 12:40:06

Responsable: TORRES DELGADO, MONICA PATRICIA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

Evolución Cirugía general LUISA IZASA 20 años DX: 1. Úlcera por presión en región sacra y glútea --POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 2. Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. 3. Mielitis transversa? 4. Fiebre de origen central
SUBJETIVO: Madre refiere paciente pasa mala noche por dolor, no especifica en donde, además de alzas térmicas durante la noche, estado ánimo decaído, pobre contacto con el medio.

OBJETIVO: Se encuentra paciente postrada en cama, en compañía de madre, hemodinámicamente estable sin signos de dificultad respiratoria SIGNOS VITALES: HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 04:00:00 36,50 146,00 22,00 89,00 57,00 67,67 95,00 22:00:00 36,70 164,00 20,00 103,00 54,00 70,33 94,00 20:00:00 35,50 122,00 19,00 114,00 71,00 85,33 95,00 16:00:00 36,60 138,00 20,00 102,00 69,00 80,00 95,00 11:24:19 35,90 137,00 20,00 95,00 71,00 79,00 99,00 07:57:11 36,80 157,00 21,00 103,00 66,00 78,33 97,00 04:00:00 36,00 142,00 20,00 91,00 60,00 70,33 92,00
Cabeza: Escleras anictéricas. Mucosas húmedas, pálidas. Cuello sin masas. Torax: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin sobreagregados. Ruidos cardíacos rítmicos y regulares, sin soplos. Abdomen: Blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, sin masas ni megalias palpables. Sistema VAC ubicado en región lumbosacra funcional, drenó 10cc en las últimas 24 horas Genitourinario: Sonda vesical con orina clara. Extremidades: móviles, sin edemas, llenado capilar < 2 seg SNC: Alerta, plejía de miembros inferiores. No fija mirada, no tiene contacto con entrevistador. No responde ni obedece órdenes. PARACLÍNICOS: 05.11.2020: Leucos 15.260, neutrófilos 12650 (83%), Linfocitos 1070 (7%), Hemoglobina 6.7, Hcto 23.20, MCV 82, Plt 514, Procalcitonina 0.128 (0-0.04) 04.11.2020: Leucocitos 8510, Neutrófilos 6630 (77%), Linfocitos 900 (10%), hemoglobina 6.4, Hcto 21.8, MCV 82, Plt 530, PCR 13. 29.10.2020: NA 137.4 K 3.62 CL 106.1 MG 2.14 CA 7.97 P 2.84 PROCEDIMIENTOS: -30.10.2020: PACIENTE EN DECUBITO PRONO CON DEFECTO PRESACRO Y SISTEMA VAC SMALL, CONTMAINACION LOCAL DE MATERIA FECAL INFERIOR SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS LAVADO CON SALINA 1 LT ,AFRONTAMIENTO CON VICRYL 1 PUNTOS SEPARADOS A EXTREMOS EN PIEL COLOCACION DE NUEVO SISTEMA DE SUCCION AL VACIO ESPUMA NEGRA PEQUEÑA CON BARRERA LISA ALREDEDOR , PLASTICO ADHERENTE Y SENSATRACK QUE SE CONECTA A CANISTER DE 1 LT A PR INTERMITENTE, INTENSIDAD MEDIA - 26.09.2020: ESCARECTOMÍA + L +D ÚLCERA SACRA: Úlcera por decúbito presacra de aprox 6 cm de diámetro en piel con secreción hemopurulenta hacia glúteo izquierdo y con necrosis de tejido subcutáneo hacia glút izq y con profundidad hasta músculo glúteo mayor fibras superficiales mal olor zonas de presión trocantéricas izquierda de aprox 5 cm y der aprox 3 cm. - 23.10.2020: lavado mas desbridamiento y cambio de VAC de escara sacra. - 16.10.2020: Lavado y desbridamiento sistema de succion disfuncioan y contaminado con materia fecal, encontraron ulcera de 10x8cm con

tejido de granulación incipiente, realiza con curetaje de tejido desvitalizado. Paciente en decúbito supino aseptia y antisepsia con yodados en región glútea colocación de campos qx retiro de sistema de succión curetaje de tejido desvitalizado lateral profundo lavado con 1 lt de salina se deja espuma small ,afrontamiento de piel con vicryl 1 barraera lisa de 20 cm alrededor plástico adherente y sensatrack que se conecta a canister antiguo a pr 100 mmhg intermitente 10/2 min. -08.10.20 : Lavado y desbridamiento: Escara sacra de fondo limpio sin necrosis ni infección, se tallan colgajos permitiendo afrontamiento de ángulos en rombo logrando cierre de un 70% del defecto. - 04.10.20: Lavado y desbridamiento: úlcera por decúbit opresora y glútea bilateral aprox 15 cm diámetro con sistema vac medio presenta necrosis superficial de ligamentos sacros ,resto de tejido vital, tejido de granulación incipiente zonas de presión trocánterica por resacas

Paciente con antecedente de LES con compromiso inmunológico y hematológico (PTI), quien se encuentra hospitalizada por sospecha de mielitis transversa por deterioro neurológico. Debido a que se encontraba en situación de postración, desarrolla una escara sacra. Ha sido llevada a múltiples escarectomías+lavado y desbridamiento + sistema VAC, último el 30.10.2020 por Dra. Franco. En el momento estable hemodinámicamente, sin signos de dificultad respiratoria, postrada. Se evidencia abundante tejido de granulación. Debido a esto y a que la paciente tiene una vía aérea difícil la conducta es no llevarla más a cirugía, se le debe retirar el vac y realizar curación por parte de TEO (solo lavado con SSN).

PLAN: -Continuar hospitalizada a cargo de medicina interna -LEV -Sistema VAC a succión intermitente -Cuidados del soporte VAC -Retirar el vac una vez sea disfuncional y realizar curación por parte de TEO (solo lavado con SSN). -Seguimiento por psiquiatría

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.11.2020

Hora Registro: 09:51:07

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresa a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-40 c, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, anoche nuevamente con fiebre (38.3°C) *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T: 36 FC: 143 FR: 21, TA: 92/55 TAM: 67, SAT: 93%, En aceptables condiciones generales, luce tranquila, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. abdomen con gastrostomía funcional, con escasa filtración. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: presencia de escara en trocánter izquierdo. SISTEMA VAC FUNCIONANDO. NEUROLÓGICO: Alerta, orientada, lenguaje fluido, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 27.10.20 30.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procalc Sodio: 137 144.2 141.4 137.4 Potasio 4.6 3.85 2.98 3.97 3.62 Cloro 106.1 Magnesio 2.02 2.13 2.03 2.14 Calcio 7.97 Fosforo 4.19 2.21 2.84 FECHA 31.10.20 03.11.20 05.11.20 06.11.20 7.11.20 Leucos 5620 8510 15260 Neutros 3880 6630 12650 Linfos 830 900 1070 Monocitos 500 480 890 Eosinófilos 0 10 0 HB 6.4 6.4 6.7 Hto 22.4 21.8 23.2 Plat 515. 530. 514. PCR 7.97 13.02 VSG Procalcitonina 0.126 BUN

Creatinina LDH Ferritina Procal Sodio 140.2 Potasio 4.59 Cloro Magnesio Calcio Fosforo BUN 11.8 Creatinina 0.22 0.36 CPK 44 ALT 19.5 AST 14 C3 159 C4 37.6 ANTIDNA 5.5 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 25.10.20 Hemocultivos negativos a la fecha 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricúspide ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación (CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización previa por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa en junio/20, ahora con componente neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto, continua con sistema de succión continua, sin embargo, tiene alto riesgo de contaminación recurrente. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefaloraquídeo negativo para infección (PCR múltiple y TB negativo). Neurología indicó que el EEG puede realizarse de forma ambulatoria con privación de sueño y control por consulta externa. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Finalizó esquema de imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal. Psiquiatría realizó nueva valoración por catatonia completa y resistente, está recibiendo manejo con dosis ascendentes de Lorazepam, si no hay mejoría, recomendarán Terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación. Dado lo anterior se difiere posibilidad de traslado a Betania. Respecto a úlcera sacra ha sido llevada a lavados por cirugía general, última el 30.10.20, en última valoración consideran no llevarla más a procedimientos quirúrgicos e indican retiro de VAC y curaciones por terapia enterostomal. En los últimos días con picos febriles, se tomaron hemocultivos que vienen negativos, ahora febril, taquicardia con secreción purulenta por escaras pendiente revaloración por infectología. A nivel neurológico con mayor producción de lenguaje e interacción con el medio, sin embargo con alucinaciones, psiquiatría indicó manejo con antipsicótico. Dado que tiene RMN cerebral del 25.09.20 con realce meníngeo nodular difuso. **Se solicitó RMN cerebral la cual está pendiente, tiene anti DNA y complemento de control normales. Con estos resultados se determinará conducta terapéutica.**

-RMN cerebral contrastada pte -Revaloración por infectología -Seguimiento por psiquiatría

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.11.2020

Hora Registro: 10:20:05

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Paciente : LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ Identificación : - CC: 1107531724 Edad : 20 AÑOS Sexo : FEMENINO

DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Púrpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarotomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10). Tratamiento antibiotico previo - Imipenem: 09.10.2020- 24 10 2020 - Meropenem: 04.10.2020 - 09.10.2020 - Vancomicina: 05.10.2020 -09.10.2020 - Ampicilina sulbactam: 28.09.2020 - 05.10.2020. - Clindamicina: 25.09.2020 - 26.09.2020. - Piperacilina tazobactam: 25.09.2020 - 28.09.2020. - Vancomicina oral: 29.09.2020 - 01.10.2020. Aislamientos previos *Staphylococcus hominis* hemocultivo 2 (14 101 2020) 01.10.2020 Carbapenemasas: P aeruginosa positiva de cultivo 9270648. 29.09.2020 *Clostridium difficile*: GDH No detectada; A/B No detectada. 27.09.2020 Hisopado rectal: P aeruginosa positiva para carbapenemasas. 27.09.2020 Urocultivo: negativo 27.09.2020 Hemocultivos 1 y 2: Negativos. 26.09.2020 Cultivo úlcera sacra: *Escherichia coli* BLEE negativo, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus*

faecium. 25.09.2020 Hemocultivo 1: Proteus mirabilis multi sensible, Imipenem int 25.09.2020 Hemocultivo 2: Negativo. Paciente con persistencia de picos febriles, al momento sin tratamiento antibiotico, con presencia de paraclinicos con leucocitosis, procalcitonina 0.126 y hemocultivos negativos hasta el momento. Al examen fisico sus signos vitales son : FC 143, FR 21, TA 92/55, Sao2 93%. **Al examen fisico paciente con agitación, adicionalmente con presencia de signos inflamatorios en ulcera a nivel de trocanter mayor izquierdo, con aumento importante de la secreción purulenta,** fue valorada por cirugia quienes indican ue la conducta a seguir es no llevar mas a cirugia, retiro de VAC y manejo por TEO.Dada está situación **decidimos iniciar manejo con la combinación de Meropenem y Vancomicina mientras su situación se aclara.** mañana será evaluada por el Doctor José Fernando García quien la conoce previamente-

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.11.2020

Hora Registro: 14:51:29

Responsable: ANGARITA LUGO, MONICA ASTRID

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL En este momento sistema VAC funcional, las curaciones y cambios del mismo deben ser realizados por Terapia Enterostomal.

,

,

,

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 08.11.2020

Hora Registro: 14:51:36

Responsable: ANGARITA LUGO, MONICA ASTRID

CIRUGÍA GENERAL En este momento sistema VAC funcional, las curaciones y cambios del mismo deben ser realizados por Terapia Enterostomal.

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.11.2020

Hora Registro: 17:22:41

Responsable: RIVAS NIETO, JUAN CARLOS

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRÍA. SE ATENDIÓ SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DE SALUD PÚBLICA PARA LA ATENCIÓN DURANTE LA EPIDEMIA POR COVID19. LA ENCONTRÉ EN COMPAÑÍA DE LA MADRE. HA ESTADO ESTABLE, SE NORMALIZÓ EL SUEÑO. **TIENE PERÍODOS DE LLANTO Y TRATA DE COMUNICARSE CON LA MADRE.**

EN CAMA. SIN INMOVILIZACIÓN. MUTISTA, NEGATIVISTA.

ESTABLE.

ADICIONO SERTRALINA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.11.2020

Hora Registro: 11:11:54

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan,

familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con ílio adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). Ahora ingresa a consulta externa por cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre con temperaturas 39-40 °C, deterioro neurológico progresivo, ahora mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxicos-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, ha continuado con picos febriles de predominio nocturno y aumento de zonas de eritemas en áreas de presión en espalda, además de escaras conocidas. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Temp 36.5 °C hasta de 40 °C FC 147-158 TA 114/70, 82/48 TAM 59 so2 96% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. abdomen con gastrostomía funcional, con escasa filtración. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: presencia de escara en trocánter izquierdo. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, hoy sin lenguaje fluido, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 27.10.20 30.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 141.4 137.4 Potasio 4.6 3.85 2.98 3.97 3.62 Cloro 106.1 Magnesio 2.02 2.13 2.03 2.14 Calcio 7.97 Fosforo 4.19 2.21 2.84 FECHA 31.10.20 03.11.20 05.11.20 06.11.20 7.11.20 Leucos 5620 8510 15260 Neutros 3880 6630 12650 Linfos 830 900 1070 Monocitos 500 480 890 Eosinófilos 0 10 0 HB 6.4 6.4 6.7 Hto 22.4 21.8 23.2 Plat 515. 530. 514. PCR 7.97 13.02 VSG Procalcitonina 0.126 BUN Creatinina LDH Ferritina Procal Sodio 140.2 Potasio 4.59 Cloro Magnesio Calcio Fosforo BUN 11.8 Creatinina 0.22 0.36 CPK 44 ALT 19.5 AST 14 C3 159 C4 37.6 ANTIDNA 5.5 AntiDNA IFI Proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 25.10.20 Hemocultivos negativos a la fecha 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ritmo sinusal normal. Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular la presión sistólica pulmonar). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. Aorta Senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente proximal, arco aórtico y aorta descendente torácica de dimensiones normales sin evidencia de lesiones significativas. VCI/venas hepáticas No evaluadas. Derivación(CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS): Septum interauricular sin aneurisma; con Doppler Color no se documentó cortocircuito. No se observan imágenes compatibles con vegetaciones y/o abscesos valvulares.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización previa por déficit neurológico con sospecha de mielitis transversa en junio/20, ahora neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Tiene antiDNA Por EIA negativo y complemento C3 89.93 y C4 12.9, uronálisis sin proteinuria, Coombs positivo del ingreso. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto, continua con sistema de succión continua, sin embargo, tiene alto riesgo de contaminación recurrente. RMN del neuroeje con hallazgo patológico de pérdida de volumen del parénquima cerebral no esperado para la edad, prominencia del sistema ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica aguda. Signos sugestivos de realce meníngeo nodular difuso, con líquido cefalorraquídeo negativo para infección (PCR

múltiple y TB negativo). Neurología indicó que el EEG puede realizarse de forma ambulatoria con privación de sueño y control por consulta externa. Se ha considerado que hay actividad lúpica persistente, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infección de tejidos blandos, se administró inmunoglobulina sin complicaciones el 09.10.20. Finalizó esquema de imipenem, vancomicina y caspofungina por infectología. Se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal. Psiquiatría revaloró por catatonía completa y resistente, recibiendo manejo con dosis ascendentes de Lorazepam, si no hay mejoría, recomendarán Terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación. Dado que tiene RMN cerebral del 25.09.20 con realce meníngeo nodular difuso. Se solicitó RMN cerebral la cual está pendiente, tiene anti DNA y complemento de control normales. Respecto a úlcera sacra ha sido llevada a lavados por cirugía general, última el 30.10.20, en última valoración consideran no llevarla más a procedimientos quirúrgicos e indican retiro de VAC y curaciones por terapia enterostomal. **Ahora con respuesta inflamatoria sistémica, nuevos hemocultivos del 6.11.20 negativos, cambios inflamatorios en úlcera en trocánter izq, dado el foco persistente infectología reinició vancomicina-meropenem**, atentos a respuesta, se solicitan exámenes para mañana. Cirugía general revaloró ayer encontrando VAC funcional, indicaron que las curaciones y cambios del mismo deben ser realizados por Terapia Enterostomal.

-**RMN cerebral contrastada pte** -Se solicitan exámenes para mañana, **pendiente AntiDNA x IFI** -**Curaciones** por terapia enterostomal

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 09.11.2020

Hora Registro: 11:42:14

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#6. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE
-PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO
DIAGNOSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --Post operatorio escarotomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 -08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central -Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

ENCUENTRO A LUISA EN CAMA, EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, **CON APOSITO EN ULCERA EN TROCANTER IZQUIERDO**, EN COMPAÑIA DE LA MADRE, LA PACIENTE REALIZA CONTACTO VISUAL, SE ENCUENTRA TRANQUILA, ESTABLE, MUTISTA. SE LE UBICA EN DECUBITO SUPINO, SE BRINDA ESTIMULACION PROPIOCEPTIVA SE FAVORECE LA RESPUESTA MOTORA Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE CON POBRE RESULTADO, **LA PACIENTE SOLO LOGRA LEVES PRENSIONES COMO RESPUESTA A UNA ORDEN**, POR LO QUE SE EVOCA LA MOVILIDAD DE FORMA ASISTIDA, **HOY SIN RESISTENCIA**. QUEDA ESTABLE Y ALINEADA EN DECUBITO LATERAL.

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.11.2020

Hora Registro: 15:43:05

Responsable: COLINO ARIAS, HAROLD IGNACIO

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Evolución

PSIQUIATRIA ASISTO A VALORAR A LA PACIENTE PERO **SE ENCUENTRA EN REALIZACION DE RMN**.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.11.2020

Hora Registro: 16:04:00

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Paciente : LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ Identificación : - CC: 1107531724 Edad : 21 Años Sexo : FEMENINO

Fecha: 2020.Nov.09 Edad: 21 Años DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Nov.06 HEMOCULTIVOS

2020.Nov.05 HEMOCULTIVOS 2020.Oct.29 RESONANCIA MAGNÉTICA DE LA PELVIS: GRAN ESCARA SACRA - NO

EVIDENCIA DE OSTEOMIELITIS - COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL - CISTITIS 2020.Oct.24

HEMOCULTIVOS NEGATIVO 2020.Sep.27 CULTIVOS DE RASTREO PARA GÉRMINES MULTIRRESISTENTES

PSEUDOMONAS AERUGINOSA RESISTENTE A LOS CARBAPENEMS LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. Paciente quien

evaluó el 24.10.2020 durante su hospitalización por cuadro febril, nuevamente solicitaron IC por fiebre y fue evaluada por el Dr. Velez quien inició una pauta con meropenem y vancomicina, no siendo claro un proceso infeccioso activo. La

paciente tiene una condición clínica, postración, úlceras y colonización por bacterias resistentes que favorecen el

desarrollo de procesos infecciosos que condiciona el uso de antimicrobianos. Paciente ha estado nuevamente

presentando alza térmica a pesar del manejo antimicrobiano, describen el día de hoy una temperatura de 38.8,

frecuencia cardiaca de 75, frecuencia respiratoria de 19, tensión arterial de 97/68 mmHg, saturación arterial de

oxígeno de 96%. Al momento de la evaluación la paciente no se encuentra en la habitación, al parecer en un

procedimiento. Se revisa analíticas tiene para el 06.11.2020 unos leucocitos 15260, linfocitos 1070, neutrofilos 12650,

hgb 6.7 g/dl, plaquetas 514.000. Del 05.11.2020 una procalcitonina 0.126 negativa, estudios microbiológicos

hemocultivos negativos. **Le han realizado una RMN cerebral el 0.11.2020 describen realce perivascular que sugiere**

vasculopatía inflamatoria. Análisis y plan: 1. Por el momento **recomiendo mantener su pauta debe realizar toma de**

hemocultivos #3 para bacterias, realizar un **hemograma,** PCR, VES, **radiografía de torax,** **procalcitonina** y con esto

definir la continuidad de los antimicrobianos. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO

GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.11.2020

Hora Registro: 18:41:27

Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso

sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro

encefálico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Revaloracion

Paciente en cama, despierta, inmovilizada en miembros superiores. Tolerando aire ambiente. Alimentación alterna. En compañía de la madre quien informa que **la paciente pide alimentos en ocasiones y que no tiene que suministrarle.** Se

explica a familiar que **la paciente no presenta alteración en la deglución con espesos o líquidos claros,** por lo cual

puede suministrarle en forma dosificada estas consistencias a tolerancia, en sedente, verificando estado alerta.

Además se informa que al momento de requerir algún estímulo en estas consistencias solicitarle a la jefe de turno.

Dice entender y aceptar Se comenta con jefe de turno, se informa que la paciente no presenta disfagia con espesos o

líquidos claros, **no se indica dieta como tal porque en muy pocas ocasiones la paciente recibe alimentos por boca, su**

rechazo es secundario a su diagnóstico psiquiátrico, por lo cual se cierra interconsulta de deglución y **continúa con**

terapia de lenguaje. Queda estable -----NOTA DURANTE

PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente

el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de

protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

SE AUTORIZA TOMA DE AGUA EN FORMA DOSIFICADA A LIBRE DEMANDA SE CONTINUA CON ESTÍMULOS ORALES

CON COMPOTA O YOGURT AM-PM A SOLICITUD DE LA PACIENTE SE CIERRA INTERCONSULTA POR TERAPIA DE

DEGLUCION, CONTINUA CON TERAPIA DE LENGUAJE

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.11.2020

Hora Registro: 10:07:27

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación DIAGNÓSTICO MÉDICO: 1. Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, en estable condición. Inmovilizada en miembros superiores, en compañía de madre. Ubicada en persona y espacio, más no en tiempo. **Se realiza actividad estimulación producción oral automatismo de números, obteniendo buen desempeño; se trabaja estimulación habla espontánea, obteniendo respuestas coherentes al tópico comunicativo.** Se brindan pautas a la madre de estimulación habla espontánea; la madre refiere comprender y aceptar. Queda estable. -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Seguimiento Fonoaudiología Lenguaje.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 10.11.2020

Hora Registro: 15:14:35

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

NO APLICA

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO DIAGNOSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --Post operatorio escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 -08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central -Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE INESTABLE HEMODINAMICAMENTE. SE APLAZA INTERVENCION.

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.11.2020

Hora Registro: 17:37:37

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA Luisa Fernanda Isaza Documento: 1107531724 Edad: 21 años Fecha de Ingreso: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Púrpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10). TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO - Imipenem: 09.10.2020- 24 10 2020 - Meropenem: 04.10.2020 - 09.10.2020. Reinicio 08.11.2020 - ACTIVO - Vancomicina: 05.10.2020 -09.10.2020. Reinicio 08.11.2020 - ACTIVO - Vancomicina oral: 29.09.2020 - 01.10.2020. - Ampicilina sulbactam: 28.09.2020 - 05.10.2020. - Clindamicina: 25.09.2020 - 26.09.2020. - Piperacilina tazobactam: 25.09.2020 - 28.09.2020. MICROBIOLÓGICOS: 09.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha. Hemocultivo para hongos en proceso. 05.11.2020: Hemocultivos negativos. 26.10.2020: Hemocultivos negativos. 23.10.2020: Hemocultivos negativos. 01.10.2020 Carbapenemasas: P aeruginosa positiva de cultivo 9270648. 29.09.2020 *Clostridium difficile*: GDH No detectada; A/B No detectada. 27.09.2020 Hisopado rectal: P aeruginosa positiva para carbapenemasas. 27.09.2020 Urocultivo: negativo 26.09.2020 Cultivo úlcera sacra: *Escherichia coli* BLEE negativo, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*. 25.09.2020 Hemocultivo 1: *Proteus mirabilis* multi sensible, Imipenem int PARACLINICOS - 10.11.2020: PCR 15.77, pendiente Procalcitonina y hemograma de control. - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. - 05.11.2020: Procalcitonina 0.126 Imágenes: - 09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados ni proceso consolidativo. - 09.11.2020: LOS HALLAZGOS DESCRITOS EN LAS SECUENCIAS POSTCONTRASTE SUGIEREN FOCOS DE REALCE PERIVASCULAR, A CONSIDERAR COMO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES VASCULOPATÍA INFLAMATORIAS (LES, SDR. CLIPPERS, NEUROSARCOIDOSIS, VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL). CONCEPTO: Paciente con antecedentes anotados, desde hace 2 días con reaparición de picos febriles y elevación de

reactantes de fase aguda. Sin embargo, sin foco infeccioso claro; teniendo en cuenta su patología sistémica esto pudiera corresponder a fiebre de origen central. Por parte de de cirugía general se indicó continuar manejo por TEO y retiro de sistema VAC. Se inició nuevamente manejo con vancomicina / Meropenem hoy día 2, con paraclínicos de control pendientes (procalcitonina y hemograma de control), **PCR elevada** en 15. Adicional, se realizaron **hemocultivos** los cuales hasta el momento van **negativos** y **radiografía de tórax que no evidencia proceso infeccioso pulmonar**. Por lo anterior, se considera **una vez se tenga resultado de procalcitonina, se definirá continuar o no con pauta antibiótica instaurada**. Se explica a la madre conducta a seguir.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.11.2020

Hora Registro: 17:57:42

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA LUISA ISAZA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020- 23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central - sd catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) SEGUIMIENTO Acompañada por la madre, la madre me refiere desde ayer le observa mas tranquila, por momentos se comunica con ella aunque muy poco. Niega episodios de agitación o ansiedad.

En cama, sin agitación, hace contacto visual pero no se comunica, negativista, mutista, alerta.

Actualmente en manejo con clozapina, lorazepam y sertralina, recientemente iniciados. La madre hoy la observa un poco mejor. Considero **se debe esperar a mayor respuesta al manejo antes de realizar nuevos cambios**. Seguiremos atentos a su evolución, explico a la madre. Nota: para la valoración se tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas y careta durante toda la entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

igual manejo seguimiento diario

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.11.2020

Hora Registro: 19:08:47

Responsable: ARIAS MORA, FRANCISCO JOSE

Especialidad: NEUROLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

NEUROLOGÍA Luisa Fernanda Isaza, 20 años. Diagnósticos: 1. Lupus eritematoso sistémico 1.1. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, encefalopatía, neuropatía periférica. 2. Úlcera sacra 2.1. Infección de tejidos blandos y choque resuelto 1.2. Escarectomía y debridamiento No. 2 Subjetivo: Paciente en compañía de su madre, niega nuevos cambios en su estado neurológico. Persiste con clínica de trastorno mental orgánico por estado encefalopático. No refiere movimientos anormales o convulsivos, no rigidez nuchal, o aparición de déficit motor de novo.

Regulares condiciones generales, sin inestabilidad hemodinámica, no dificultad respiratoria, mutista. Signos vitales: Hora T°C FC FR PAS PAD PAM SaO2 12:00:00 36 147 20 84 50 61,33 98 16:00:00 36,3 133 18 87 49 61,67 94 16:10:00 35,6 129 19 83 50 61 97 16:15:03 36 128 20 89 56 67 97 16:30:38 36,4 122 20 91 56 67,67 99 Examen neurológico: Alerta, desorientada globalmente, no sigue órdenes. Mutista. Isocoria, pupilas reactivas, 3 mm. Reflejo fotomotor directo y consensual presentes. Simetría facial. No aparenta alteraciones en pares craneales. Fuerza conservada en cuatro extremidades, reflejos músculotendinosos +/++++ simétricos, leve hipotrofia generalizada. No retira al estímulo nociceptivo. Sin aparente síndrome cerebeloso. Imágenes: - Resonancia de cerebro contrastada (10.11.2020): Signos de pérdida de volumen no acordes con la edad. Secuencias post-contraste que sugieren focos de realce perivascular a considerar como diagnósticos diferenciales vasculopatías inflamatorias. - Tomografía de cráneo simple: Cambios involutivos con pérdida de volumen cortical mayor a lo esperado para la edad. - Resonancia de cerebro y columna contrastadas (25.05.2020): Realce leptomeníngeo, leve hiperintensidad bitemporal en FLAIR sin representación en otras secuencia. Atrofia cerebral y medular marcada, no hay mielitis. Paraclínicos: - 26.09.2020: Líquido cefalorraquídeo con 1 leucocito, glucosa 49 mg/dL, proteínas 33 mg/dL, PCR múltiple negativo, estudios microbiológicos directos negativos. Estudios: - 29.09.2020: Neuroconducciones con polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal.

Paciente femenina, adulta joven, quien se encuentra hospitalizada por cuadro clínico de lupus eritematoso sistémico con múltiples complicaciones neurológica y particularmente con flare e infección concomitante dada por sepsis de

tejidos blandos. Al ingreso a su hospitalización se realizó resonancia contrastada de neuroeje que descartó proceso encefalítico o mielítico, además de estudios de electrodiagnóstico con polineuropatía axonal tanto motora como sensitiva. Viene siendo manejada por parte de reumatología y cirugía para control de su enfermedad de base y de úlcera para la cuál fue llevada a intervención quirúrgica. Al examen neurológico, paciente persiste sin cambios, mutista, sin seguimiento de órdenes, marcado desacondicionamiento físico. Somos interconsultados nuevamente para realizar punción lumbar y toma de citometría de flujo con el fin de descartar posible infiltración meníngea de neoplasia hematolinfóide. Por parte de neurología, no consideramos que haya una alta probabilidad de dicho diagnóstico, sin embargo, se realizará procedimiento dado riesgo-beneficio para la paciente. Se deja firmado consentimiento informado y ordenados paraclínicos en líquido cefalorraquídeo. Se realizará punción lumbar mañana.

- Punción lumbar mañana - Se deja firmado consentimiento informado y solicitados paraclínicos en líquido cefalorraquídeo

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.11.2020

Hora Registro: 12:31:35

Responsable: ARIAS MORA, FRANCISCO JOSE

Especialidad: NEUROLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

NEUROLOGIA Luisa Fernanda Isaza, 20 años. Diagnósticos: 1. Lupus eritematoso sistémico 1.1. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, encefalopatía, neuropatía periférica. 2. Úlcera sacra 2.1. Infección de tejidos blandos y choque resuelto 1.2. Escarectomía y debridamiento No. 2 Subjetivo: Paciente quien esta en su habitación, en compañía de su madre. Persiste con clínica de trastorno mental orgánico por estado encefalopático. No refiere movimientos anormales o convulsivos, no rigidez nuchal, o aparición de déficit motor de novo. no hay nuevas alteraciones en su conducta o estado de consciencia.

Regulares condiciones generales, sin inestabilidad hemodinámica, no dificultad respiratoria, mutista. Signos vitales: T° C FC FR PAS PAD PAM SaO2 36.8 121 21 93 54 67 97% Examen neurológico: Alerta, desorientada globalmente, no sigue órdenes. Mutista. Isocoria, pupilas reactivas, 3 mm. Reflejo fotomotor directo y consensual presentes. Simetría facial. No aparenta alteraciones en pares craneales. Fuerza conservada en cuatro extremidades, reflejos musculotendinosos +/++++ simétricos, leve hipotrofia generalizada. No retira al estímulo nociceptivo. Sin aparente síndrome cerebeloso. Imágenes: - Resonancia de cerebro contrastada (10.11.2020): Signos de pérdida de volumen no acordes con la edad. Secuencias post-contraste que sugieren focos de realce perivascular a considerar como diagnósticos diferenciales vasculopatías inflamatorias. - Tomografía de cráneo simple: Cambios involutivos con pérdida de volumen cortical mayor a lo esperado para la edad. - Resonancia de cerebro y columna contrastadas (25.05.2020): Realce leptomeníngeo, leve hiperintensidad bitemporal en FLAIR sin representación en otras secuencia. Atrofia cerebral y medular marcada, no hay mielitis. Paraclínicos: 11/11/2020: citometría de punción lumbar: gram, tinta china y criptococo negativos, aspecto incoloro, transparente, 1 célula, leucocitos 100% (numero- 1), - 26.09.2020: Líquido cefalorraquídeo con 1 leucocito, glucosa 49 mg/dL, proteínas 33 mg/dL, PCR múltiple negativo, estudios microbiológicos directos negativos. Estudios: - 29.09.2020: Neuroconducciones con polineuropatía motora y sensitiva de predominio axonal.

Estable clínicamente desde el punto de vista neurológico, mutista, sin seguimiento de órdenes, marcado desacondicionamiento físico. se realizó punción lumbar y toma de citometría de flujo con el fin de descartar posible infiltración meníngea de neoplasia hematolinfóide, la cual según reporte de punción lumbar se puede descartar, se considera requiere cerrarse IC por neurología, se indica continuar manejo por especialidad tratante.

- se cierra interconsulta - continuar manejo por especialidad tratante.

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 11.11.2020

Hora Registro: 12:34:06

Responsable: ARIAS MORA, FRANCISCO JOSE

Especialidad: NEUROLOGIA -

Tipo de herida :

Limpia

Descripción de la prestación :

PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

PUNCIÓN LUMBAR. Familiar de paciente firma consentimiento informado. Paciente en decubito lateral izquierdo, previa asepsia y antisepsia, bajo anestesia local con lidocaina 2% sin epinefrina, con spinocat No 20 punción única a nivel de espacio L4-L5, se obtiene líquido cristal de roca, presión de apertura de 18 cm/H2O, se toman muestras para

laboratorio. Procedimiento sin complicaciones.

Complicaciones :

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.11.2020

Hora Registro: 12:40:30

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, quien refiere encontrarla en mejores condiciones generales, con mayor comunicación con familiares telefónicamente. No ha presentado nuevas alzas térmicas. Niega nueva sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 35,5, FC 121, FR 21, TA 93/54, TAM 67, SatO2 97% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES, hoy sin mal olor. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, hoy no emite lenguaje, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS, corte 19.10.20 FECHA 20.10.20 21.10.20 23.10.20 25.10.20 27.10.20 30.10.20 Leucos 5310 14190 6870 Neutros 4130 13070 5190 Linfos 740 660 980 HB 7.6 6.8 7.0 Hto 25.4 23.9 23.9 Plat 312. 371. 481. PCR 6.7 18.9 6.5 VSG 38 BUN Creatinina 0.2 LDH Ferritina Procal Sodio: 137 144.2 141.4 137.4 Potasio 4.6 3.85 2.98 3.97 3.62 Cloro 106.1 Magnesio 2.02 2.13 2.03 2.14 Calcio 7.97 Fosforo 4.19 2.21 2.84 FECHA 31.10.20 03.11.20 05.11.20 06.11.20 7.11.20 10.11.20 11.11.20 Leucos 5620 8510 15260 9230 7020 Neutros 3880 6630 12650 7930 5620 Linfos 830 900 1070 710 790 Monocitos 500 480 890 380 390 Eosinófilos 0 10 0 0 0 HB 6.4 6.4 6.7 5.6 7.4 Hto 22.4 21.8 23.2 19.5 24.3 Plat 515. 530. 514. 252. 373. PCR 7.97 13.02 VSG 25 Procalcitonina 0.126 BUN Creatinina Sodio 140.2 Potasio 4.59 Cloro Magnesio Calcio Fosforo BUN 11.8 Creatinina 0.22 0.36 CPK 44 ALT 19.5 AST 14 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 11.11.20: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrofilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR

NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Reticulocitos: 1.04%, 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO **SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO.** COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa en junio/20, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, mejoría de cambios de infección pero persistencia de lesión extensa y aparición de nuevas escaras troncantericas. Cirugía indicó que no son quirúrgicas, sin embargo han aumentado en tamaño por lo que se solicitó revaloración por cirugía general dada la sospecha de sobreinfección. - Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología dejó nuevo esquema antibiótico desde el 08.11.20. Actualmente sin nuevos picos febriles en las últimas 24 horas, paraclínicos con reactantes de fase aguda en descenso. - Estado neurológico fluctuante, catatonía resistente. Psiquiatría inició manejo con Lorazepam y Sertralina. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). **Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce, se considera más perivascular, se comenta con Dra. Granados de neuroradiología quien nos plantea considerar vasculitis asociada a LES o LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL el día de hoy para estudios de LCR incluyendo citometría de flujo.** Pendiente resultados. - Presentó severa sin sangrado evidente, se transfundió 1UGRE. Paraclínicos de hoy con ascenso de hemoglobina, LDH, bilirrubinas, carenciales normales. Pendiente Coombs directo. - **Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20.** Se ha diferido nueva inmunosupresión por la presencia de infecciones. Debe continuar control de foco infeccioso, curaciones por TEO o cirugía según lo requiera y manejo antibiótico guiado por infectología. Se explica a la madre.

- Pendiente Coombs directo - Pendiente estudios en LCR - Curaciones por terapia enterostomal, informar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.11.2020

Hora Registro: 13:06:14

Responsable: MONTOYA LEHMANN, BEATRIZ EUGENIA

Especialidad: **PSIQUIATRÍA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRÍA LUISA ISAZA CC 1107531724 20 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020- 23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central - sd catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) SEGUIMIENTO NOV 11 2020 Acompañada por la madre, la paciente se relaciona mejor con el entorno.No ha tenido episodios nuevos de agitación. **La paciente refiere que no dormido en las noche, y que le duele "el pene", la madre niega que no haya podido dormir.**

Examen mental En cama, sin agitación, **hace contacto visual responde con monosílabos, negativista, con gran pobreza ideativa, por momentos irrelevant. alerta. niega alucinaciones.**

Actualmente en manejo con clozapina, lorazepam y sertralina, recientemente iniciados.Comparativamente al examen de ayer **hoy está con mejor relacionamiento con el entorno.** Considero **se debe esperar a mayor respuesta al manejo antes de realizar nuevos cambios.** Seguiremos atentos a su evolución, explico a la madre. Nota: para la valoración se

tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas y careta durante toda la entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

igual manejo Seguimiento psiquiatria

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 11.11.2020

Hora Registro: 15:14:35

Responsable: CORDOBA SALAZAR, DIANA CAROLINA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

NO APLICA

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO DIAGNOSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --Post operatorio escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 -08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central -Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE QUE **CONTINUA INESTABLE HEMODINAMICAMENTE**. SE APLAZA INTERVENCION.

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.11.2020

Hora Registro: 15:46:10

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Paciente : LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ Identificación : - CC: 1107531724 Edad : 21 Años Sexo : FEMENINO Fecha: 2020.Nov.11 Edad: 21 Años DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Nov.11 PUNCION LUMBAR: GRAM, CULTIVO EN PROCESO 2020.Nov.06 HEMOCULTIVOS 2020.Nov.05 HEMOCULTIVOS 2020.Oct.29 RESONANCIA MAGNÉTICA DE LA PELVIS: GRAN ESCARA SACRA - NO EVIDENCIA DE OSTEOMIEELITIS - COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL - CISTITIS 2020.Oct.24 HEMOCULTIVOS NEGATIVO 2020.Sep.27 CULTIVOS DE RASTREO PARA GÉRMINES MULTIRRESISTENTES PSEUDOMONAS AERUGINOSA RESISTENTE A LOS CARBAPENEMS LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. Paciente con una condición clínica muy compleja, quien tiene secuelas relacionadas a un LES, con compromiso inmunológico, hematológico y del SNC, quien tiene una postración, y esto ha condicionado escaras importantes, así como procesos infecciosos. La paciente se encuentra en una pauta de meropenem y vancomicina. Ha estado tranquila, su mama quien le acompaña no evidencia un deterioro clínico. Ha estado afebril, tiene una temperatura de 37, frecuencia cardiaca d 120, frecuencia respiratoria de 19, tensión arterial de 102/72 mmHg, saturación arterial de 99%. NO tiene signos de flebitis, examen sin cambios. Tiene analíticas para el 11.11.2020 donde se documenta leucocitos 7020, linfocitos 790*, hgb 7.4 g/dl, plaquetas 373.000, Lactico deshidrogenasa 185 U/L, albumina 2.13 g/dl, Coombs positivo, proteína C reactiva 9.74 mg/dL, **Tiene cultivos de una secreción sacra donde se documenta proteus mirabilis, flora mixta, hemocultivos negativos. En mi concepto es difícil establecer si los aislamientos están en relación a un proceso de infección activo o no**, al reinterrogar a la familiar me comenta que **lo que le ha limitado es la cefalea que ha presentado, que esto esta mejor**, la fiebre, es el contexto de su enfermedad que ha estado presente a lo largo de la hospitalización y que es fluctuante y que su familiar reconoce como algo habitual, y posiblemente relacionado a la enfermedad inmunológica de base. **Tiene unas escaras sacras que es de esperar estén colonizadas**, y su manejo este es direccionado al manejo por terapia enterostomal. Han realizado una PL, se han solicitado unos directos y gran, esperare estos resultados para definir la continuidad del antimicrobiano. Por el momento sin cambios. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.11.2020

Hora Registro: 12:11:32

Responsable: PEÑA GARCIA, MARIO ALBERTO

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Seguimiento a interconsulta. Paciente que se encuentra hospitalizada con los siguientes diagnósticos de trabajo anotados en la historia clínica: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --POP escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 - 08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central - sd catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) Paciente que se encuentra en la cama de su habitación, acompañada por la madre, comenta la situación que vive actualmente la hija, indica que "ha estado un poco intranquila", la paciente intenta comunicarse, llama al psiquiatra pero cuando se le pregunta por su intención presenta bloqueo del pensamiento, es notorio el monto de ansiedad flotante que existe en el momento.

Examen mental Paciente acostada en cama, con inmovilización preventiva de dos puntos, inquieta, sin agitación, hace contacto visual, llama al psiquiatra, responde con monosílabos ocasionalmente, negativista, persiste con gran pobreza ideativa, alerta. Introspección: nula. Prospección: incierta. Juicio y raciocinio: comprometidos.

Paciente que está en manejo farmacológico con clozapina, lorazepam y sertralina. Hay marcada ansiedad flotante por lo que se indica aumentar la dosis de lorazepam que está recibiendo.

Se sugiere incrementar lorazepam a 1 miligramo 1-1-3, continuar clozapina y sertralina iguales. Se valorará posteriormente para determinar requerimiento de otros ajustes de la medicación en función de la respuesta.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 12.11.2020

Hora Registro: 12:41:14

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION/TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

NO APLICA

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO DIAGNOSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --Post operatorio escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 -08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central -Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

SE HACEN TRES VISITAS A LA PACIENTE, QUIEN SE ENCUENTRA OCUPADA Y EN PROCEDIMEINTOS.

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.11.2020

Hora Registro: 12:46:01

Responsable: OCAMPO PIRAQUIVE, VANESSA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

Paciente con lupus eritematoso con actividad severa en sistema nervioso central, imágenes compatibles con vasculitis de distribución diversa y gran compromiso neurológico fluctuante, con limitación para uso pulso de esteroide por escaras sobreinfectadas extensas. Dado el compromiso neurológico y la posibilidad de ofrecer una mejoría funcional en la paciente, se discute su caso y se decide administrar inmunoglobulina humana G 1 gr/k/d x 2 dias. SE DILIGENCIA MIPRES INDICACION UNIRS: 20201112192024292491 SE DEJA CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO EN EL SERVICIO

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.11.2020

Hora Registro: 12:48:06

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, refiere encontrarla en buenas condiciones generales, con inquietud motora. No ha presentado nuevas alzas térmicas u otra sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 36,8, FC 130, FR 20, TA 98/54, TAM 68, SatO2 99% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular CON MOVILIZACION DE SECRECIONES. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BIALTERALES, hoy sin mal olor. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, hoy no emite lenguaje, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS, corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 Leucos 9450 Neutros 6870 Linfos 1620 HB 9.1 Hto 31.8 Plat 564. PCR 5.99 VSG BUN Creatinina LDH Ferritina Procal Sodio: Potasio Cloro Magnesio Calcio Fosforo INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrofilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Reticulocitos: 1.04%, 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL

INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricúspide ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa en junio/20, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, mejoría de cambios de infección pero persistencia de lesión extensa y aparición de nuevas escaras trocántéricas. Cirugía indicó que no son quirúrgicas, sin embargo dada la sospecha de sobreinfección se tomaron nuevos cultivos de escara trocántérica los cuales son positivos para Proteus mirabilis. - Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología dejó nuevo esquema antibiótico desde el 08.11.20. Actualmente sin nuevos picos febriles, paraclínicos con reactantes de fase aguda en descenso. - Estado neurológico fluctuante, catatonía resistente. Psiquiatría inició manejo con Lorazepam y Sertralina. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce, se considera más perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, directos y cultivos en LCR negativos, pendiente citometría de flujo. - Presentó anemia severa sin sangrado evidente, se transfundió 1UGRE. Se solicitaron paraclínicos que descartan hemólisis. Hemoglobina de control estable. - Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico y según hallazgos en nueva RMN compatibles con vasculitis, se considera necesario velar por la funcionalidad de la paciente y evitar mayor daño neurológico. La primera opción sería pulsar y posteriormente usar un inmunomodulador como la Ciclofosfamida. Sin embargo, debido a la persistencia de infecciones activas la única opción en el momento es usar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días. Debe continuar control de foco infeccioso, curaciones por TEO y manejo antibiótico guiado por infectología. Se explica a la madre.

- Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días - Pendiente citometría LCR - Curaciones por terapia enterostomal, informar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.11.2020

Hora Registro: 22:24:30

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA Luisa Fernanda Isaza Documento: 1107531724 Edad: 21 años Fecha de Ingreso: 24.09.2020

DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Púrpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10). TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO - Meropenem 2 gr / 8 h (FI:08.11.2020 - ACTIVO) - Vancomicina 1 gr/12 h (FI: 08.11.2020 - ACTIVO) MICROBIOLOGICOS: 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: Proteus mirabilis, cultivo de LCR pendiente. 09.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha. Hemocultivo para hongos en proceso. 05.11.2020: Hemocultivos negativos. PARACLINICOS - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. - 05.11.2020: Procalcitonina 0.126 Imágenes: - 09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados ni proceso consolidativo. - 09.11.2020: LOS HALLAZGOS DESCRITOS EN LAS SECUENCIAS POSTCONTRASTE SUGIEREN FOCOS DE REALCE PERIVASCULAR, A CONSIDERAR COMO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES VASCULOPATÍA INFLAMATORIAS (LES, SDR. CLIPPERS, NEUROSARCOIDOSIS, VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL). CONCEPTO: Paciente con una condición clínica muy compleja, quien tiene secuelas relacionadas a un LES, con compromiso inmunológico, hematológico y del SNC, quien tiene una postración, y esto ha condicionado escaras importantes, así como procesos

infecciosos. En este momento se encuentra en manejo antibiótico con vancomicina + meropenem hoy día 4; sin nuevos episodios de picos febriles ni elevación de reactantes de fase aguda. Adicional, por cuadro de cefalea persistente el día de ayer se realizó punción lumbar con citoquímico que no sugiere proceso infeccioso y gram negativo, cultivos finales pendientes hasta el momento; tinta china y KOH negativo. Por lo anterior, **se considera que muy posiblemente los picos febriles sean de origen central, en este momento no hay foco infeccioso activo por lo cual se indica suspender manejo antibiótico.** Se explica. Reevaluaremos el proximo 17.11.2020

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.11.2020

Hora Registro: 11:19:37

Responsable: CASTILLO MARTINEZ, ALEJANDRO

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Luisa Isaza 20 años Diagnóstico: Síndrome catatonico orgánico (en el contexto de vasculitis SNC)

Tratamiento: sertralina 50 MG EN EL DIA Clozapina 25 mg al día Lorazepam 1 MG (1-1-3) Subjetivo: Paciente adulta joven, en el momento hospitalizada, acompañada de la madre que refiere "no pasó buena noche, se despierta a las 12 de media noche y no logra volver a conciliar el sueño". La paciente refiere sentirse mal. Ha estado mnarcadamente inquieta, luchando con la inmovilización en miembros superiores, a pesar del ajuste que se realizó ayer aumentando la BZP. La madre describe adicionalmente perisitir con lenguaje incoherente, en ocasiones heteroagresiva. Al Examen mental: Paciente se encuentra alerta, responde a estímulos verbales. No se logra evaluar la orientación ya que la paciente no responde durante la entrevista. Se encuentra hipoprosexica. Memoria, calculo , abstracción y funcionamiento intelectual no es posible evaluarse. Paciente en tercera década de la vida, se encuentra hospitalizada, acompañada de la madre. Encuentro a la paciente con inmovilización de miembros superiores, protección en los codos y acceso venoso en mano derecha. Paciente de complexión delgada, luce enferma, se encuentra con bata y pañal. La edad aparente es menor a la edad cronológica. La paciente no saluda, no realia contacto visual con el entrevistador durante la entrevista, poco colaboradora, no da información. Actitud retraída, indiferente. Actividad motora ligeramente aumentada (hiperquinética), con presencia de movimientos estereotipados. Afecto hipomodulado, con incongruencia ideoafectiva. Lenguaje, habla con dificultad, no es capaz de sostener el discurso, parece no entender lo que se le dice, tono alto, con intervalo pregunta respuesta prolongado y presencia de ecolalia. Pensamiento, curso de pensamiento incoherente e irrelevante, contenido lacónica, pensamiento de forma autista. Sensopercepción aparentemente no presencia de alucinaciones ni delirios. Juicio de realidad: comprometido Introspección: negativa Prospección: incierta Análisis: Paciente en hospitalización prolongada por exacerbación de su enfermedad de base, **actualmente cursando con un cuadro de vasculitis en SNC, lo que le genera síndrome catatonico orgánico.** Presenta **episodios de agitación psicomotora, por lo que permanece gran parte del tiempo con inmovilización de los miembros superiores.** Infecto y Cx decidieron suspender pauta antibiotica, dado que se considera que el reporte de cultivo **corresponde a colonización.** Por lo tanto decido aumentar la Clozapina, para el control de **la alteraciones comportamentales que persisten.** Plan: Continuar hospitalización con acompañante Vigilancia continua por episodios de agitación. Aumentar dosis de clonazepam a 50 mg / día Continuar manejar farmacológico

*

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.11.2020

Hora Registro: 12:33:41

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2

sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 °C, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, refiere encontrarla en regulares condiciones generales, con insomnio del despertar temprano y agitación motora. No ha presentado nuevas alzas térmicas u otra sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 36,7, FC 100, FR 19, TA 115/70, TAM 85, SatO2 96% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES, hoy sin mal olor. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, hoy no emite lenguaje, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS, corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 Leucos 9450 Neutros 6870 Linfos 1620 HB 9.1 Hto 31.8 Plat 564. PCR 5.99 VSG BUN Creatinina LDH Ferritina Procalcitonina Sodio: Potasio Cloro Magnesio Calcio Fosforo INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrófilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Ácido fólico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 pH 8.0 Serología LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR múltiples gérmenes: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Reticulocitos: 1.04%, 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricúspide ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia

severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, mejoría de cambios de infección pero persistencia de lesión extensa y aparición de nuevas escaras trocántericas. Cirugía indicó que no son quirúrgicas, dada la sospecha de sobreinfección se tomaron nuevos cultivos de escara trocántérica los cuales son positivos para Proteus mirabilis. Infectología considera que se trata de colonización. - Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología dejó nuevo esquema antibiótico desde el 08.11.20. Paciente sin nuevos picos febriles desde el 09.11.20, paraclínicos con reactantes de fase aguda en descenso. Infectología considera que se trata de fiebre de origen central y deciden suspender esquema antibiótico. Solicitaron Procalcitonina la cual está pendiente de tomar nuevamente. - Estado neurológico fluctuante, catatonía resistente. Psiquiatría inició manejo con Lorazepam y Sertralina. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. - Presentó anemia severa sin sangrado evidente, se transfundió 1UGRE. Se solicitaron paraclínicos que descartan hemólisis. Hemoglobina de control estable. - Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis, y ante sospecha de infección se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días, hoy día 1 sin complicaciones. **Tiene pendiente toma de Procalcitonina con lo cual se definirá si se pueden usar terapias adicionales con el fin de velar por la funcionalidad de la paciente y evitar mayor daño neurológico.** Se explica a la madre.

- Inmunoglobulina G IV hoy día 1 de 2 - Pendiente Procalcitonina - Curaciones por terapia enterostomal, informar cambios

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 13.11.2020

Hora Registro: 13:00:28

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#7. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE
-PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO
DIAGNOSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --Post operatorio escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 -08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central -Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE LUISA, SE ENCUENTRA EN CAMA EN DECUBITO LATERAL, ALERTA, ESTABLE, **HOY CON MAYOR CONTACTO CON LA REALIDAD, RESPONDE EL SALUDO CON GESTO FACIAL, SE ANTICIPA DE FORMA VERBAL LA ACTIVIDAD CON COMANDOS E INDICACIONES SIMPLES Y SENCILLAS DE UN PASO Y DOS, LA PACIENTE ASIENTE CON LA CABEZA, SE AISTE TRANSICION A SEDENTE EN BORDE DE CAMA, SE OBSERVA MEJOR CONTROL MOTOR, REQUIERE APOYO, BUEN CONTROL CEFALICO, DURANTE LA INTEREVNCION LOGRA SEGUIR DE FORMA INTERMITENTE INDICACIONES SIMPLES, CON APOYO Y REFOEZAMIENTO VERBAL, SE DISTRAE FACILMENTE Y SE SOBRE ESTIMULA, REQUIEREIENDO CONTENCIÓN Y MODULACION. LOGRA MANTENERSE, SE OBSERVA SIALORREICA, A LO QUE SE FAVORECE LA ACTIVIDAD PROPOSITIVA DE LIMPIARSE LA BOCA, LOGRA EL PATRON FUNCIONAL, SE FATIGA RAPIDAMENTE, POR LO QUE SE DEJA ESTABLE EN DECUBITO.**

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 13.11.2020

Hora Registro: 15:24:27

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFI LUZ

NUTRICION

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.11.2020

Hora Registro: 10:19:48

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistemica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, la ha notado agitada, hiperquinética. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Taquicardica en monitoria en el momento Signos vitales: T 35.9, FC 168, FR 20, TA 98/69, TAM 78, SatO2 97% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular CON MOVILIZACION DE SECRECIONES. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BIALTERALES, hoy sin mal olor. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, hoy no emite lenguaje, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS, corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 Leucos 9450 Neutros 6870 Linfos 1620 HB 9.1 Hto 31.8 Plat 564. PCR 5.99 VSG BUN Creatinina LDH Ferritina Procal Sodio: Potasio Cloro Magnesio Calcio Fosforo INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 14.11: procalcitonina 6.9 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrofilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Reticulocitos: 1.04%, 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI:

dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventriculo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, mejoría de cambios de infección pero persistencia de lesión extensa y aparición de nuevas escaras troncantéricas. Cirugía indicó que no son quirúrgicas, dada la sospecha de sobreinfección se tomaron nuevos cultivos de escara trocantérica los cuales son positivos para Proteus mirabilis. - Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología dejó nuevo esquema antibiótico desde el 08.11.20. Paciente sin nuevos picos febriles desde el 09.11.20, paraclínicos con reactantes de fase aguda en descenso. Infectología considera que se trata de fiebre de origen central y deciden suspender esquema antibiótico. Solicitaron Procalcitonina que está elevada y preocupa que presenta marcada taquicardia, purulencia en escaras, se solicita revalorar por infectología recinició de atb, ha recibido antipiréticos, tras la infusión de igg se indica suspenderlos para evaluar fiebre. - Estado neurológico fluctuante, catatonía resistente. Psiquiatría inició manejo con Lorazepam y Sertralina. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. - Presentó anemia severa sin sangrado evidente, se transfundió 1UGRE. Se solicitaron paraclínicos que descartan hemólisis. Hemoglobina de control estable. - Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. **Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis, y ante sospecha de infección se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días, hoy día 2/2, se indica infusión lenta previa premedicación,** informar cambios.

- Inmunoglobulina G IV hoy día 2 de 2 - Ss. hemograma y pcr, **revalorar por infectología** - Curaciones por terapia enterostomal, informar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.11.2020

Hora Registro: 10:55:07

Responsable: PEÑA GARCIA, MARIO ALBERTO

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Seguimiento a interconsulta. Luisa Isaza 20 años Diagnóstico: Síndrome catatonico orgánico (en el contexto de vasculitis SNC) Tratamiento: Sertralina 50 MG 1-0-0 Clozapina 25 mg 0-0-2 Lorazepam 1 MG (1-1-3)

Subjetivo: Seguimiento 14/11/2020. Paciente valorada en su habitación, en compañía de su madre, **la paciente refiere "me suele la barriga, me siento maluca", madre de la paciente reporta que la ha visto en mejores condiciones "me pide cosas que antes no, como que le cepille los dientes", así mismo dice que la paciente duerme mejor en la noche "durmió por periodos largos, se despertó pocas veces y se quedaba dormida", en el día no ha presentado somnolencia, por momentos agresiva hacia terceros, aunque la madre resalta que "ya es más con palabras".**

Examen mental: Paciente acostada en cama de su habitación, conciente, alerta, orientada en persona, desorientada en lugar y tiempo, hipoprosexica; memorias: no comprometidas. **Actividad motora: incrementada (hiperquinética). Afecto: de fondo ansioso, restringido, con incongruencia ideo-afectiva. Lenguaje: irrelevante, incoherente, ilógico.** Sensopercepción: sin alteración aparente. Introspección: nula. Prospección: incierta. Juicio y raciocinio: comprometidos por la patología de base.

Paciente en hospitalización prolongada por exacerbación de su enfermedad de base, **actualmente cursando con un cuadro de vasculitis en Sistema Nervioso Central (SNC), lo que le generó síndrome catatonico orgánico, durante su estancia ha presentado episodios de agitación psicomotora, por lo que permanece gran parte del tiempo con**

inmovilización de los miembros superiores, en las noches había presentado dificultades para conciliar y mantener el sueño, debido a esto el día de ayer se decide realizar incremento en dosis de clonazepam tras lo cual su comportamiento y patrón de sueño mejoran.

* Continuar hospitalización con acompañante. * Vigilancia continua por riesgo de agitación. Mantener la medicación como la viene recibiendo. Se valorará posteriormente para determinar requerimiento de otros ajustes de la medicación.

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.11.2020

Hora Registro: 11:24:05

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA Luisa Fernanda Isaza Documento: 1107531724 Edad: 21 años Fecha de Ingreso: 24.09.2020

DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10). TRATAMIENTO

ANTIBIÓTICO - Meropenem 2 gr / 8 h (FI:08.11.2020 - ACTIVO) - Vancomicina 1 gr/12 h (FI: 08.11.2020 - ACTIVO)

MICROBIOLOGICOS: 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: *Proteus mirabilis*, cultivo de LCR pendiente. 09.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha. Hemocultivo para hongos en proceso. 05.11.2020: Hemocultivos negativos. PARACLINICOS - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) .

- 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. - 05.11.2020: Procalcitonina 0.126 Imágenes: -

09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados ni proceso consolidativo. - 09.11.2020: LOS HALLAZGOS DESCRITOS EN LAS SECUENCIAS POSTCONTRASTE SUGIEREN FOCOS DE REALCE PERIVASCULAR, A CONSIDERAR COMO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES VASCULOPATÍA INFLAMATORIAS (LES, SDR. CLIPPERS, NEUROSARCIDOSIS, VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL). Paciente previamente conocida por

doctor José Fernando García, que hoy presenta taquicardia mayor de 50 lpm. Ligera polipnea y sin hipotensión. No obstante a la valoración clínica no luce séptica, tiene dren con función apropiada o sin otros signos de respuesta inflamatoria sistémica diferentes a taquicardia. No hay sudoración, no hay foco infeccioso aparente. Paciente

bradipsíquica. Se indica por lo pronto reiniciar tratamiento antibiótico previa toma hemocultivos. No obstante es importante descartar causas de taquicardia y tendencia hipotensión, se sugiere solicitar cortisol probable insuficiencia suprarrenal. Solicitar además hemocultivos, gases arteriales, ácido láctico. PCR procalcitonina. Continuar manejo por

reumatología, quien opina pronóstico global de paciente es incierto, compromiso sistémico, en relación a enfermedad de base. Estaremos atentos a resultado de laboratorios. Énfasis en descartar Insuficiencia suprarrenal. Atentamente,

Dr. Pablo Andrés Moncada Vallejo. Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas.

.

.

.

Informe Preanestesia

Fecha Registro: 14.11.2020

Hora Registro: 12:22:10

Responsable: LAVERDE MARTINEZ, LUIS FELIPE

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Enfermedad actual :

PREANESTESIA Luisa Fernanda Isaza Documento: 1107531724 Edad: 21 años Fecha de Ingreso: 24.09.2020

DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10). TRATAMIENTO

ANTIBIÓTICO - Meropenem 2 gr / 8 h (FI:08.11.2020 - ACTIVO) - Vancomicina 1 gr/12 h (FI: 08.11.2020 - ACTIVO) PARACLINICOS - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . ANALISIS

Y PLAN Paciente con antecedentes descritos, sin condiciones cardiacas activas, regulaes condiciones generales. Se puede pasar a procedimiento. Se informa a familiares y se firma consentimiento informado.

Preparación general - observaciones :

Preparación general - ayuno recomendado :

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 14.11.2020

Hora Registro: 21:05:31
Responsable: FRANCO FLOREZ, MARIA JOSEFA

Tipo de herida :
Contaminada

Descripción de la prestación :
COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO A

Hallazgos :
Úlcera por decubito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aprox 12cm de diametro, limpia-sistema vac úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente **-apósitos escara TROCANTERICA DER** DE ARPOX 1.5 CM GII CON DUODERM FONDO LIMPIO

Descripción procedimiento :
paciente en decubito prono asepsia y antisepsia de gluteos y CADERAS colocacion de campos qx previo retiro de sistema vac se talla colgajos de piel y subcutaneo de gluteos con electrobisturi avanzando a linea media , lavado de cavidad y cierre parcial con puntosseparados al subcutaneo quese fijan a fascia presacra con pds 1 y puntos en piel en "u" de prolene 1 separados se deja defecto deaprox 3 cm de diametro , se protege piel con barrera lisa de 20 cm alrededor , espuma small de sistema vac in situ ,plastico adherente,sensatrack **se procede a desbridamiento de escara trocanterica izq** con electrobisturi de tejido desvitalizado, lavado con salina cierrecon sistema vac medio ,plastico adherente y sensatrack que se conecta en "y" con presacro a canister antiguo de 1 lt a pr de 125 mmhg continuo intensidad media se deja segmento de barrera lisa en úlcera de trocanter der cubierta con plastico adherente

Complicaciones :
no

Evolución Médica
Fecha Registro: 15.11.2020
Hora Registro: 07:59:35
Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES
Especialidad: INFECTOLOGIA
Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA Luisa Fernanda Isaza Documento: 1107531724 Edad: 21 años Fecha de Ingreso: 24.09.2020
DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10). TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO - Meropenem 2 gr / 8 H (FI:08.11.2020 - ACTIVO) - Vancomicina 1 gr/12 h (FI: 08.11.2020 - ACTIVO) MICROBIOLÓGICOS: 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: Proteus mirabilis, cultivo de LCR pendiente. 09.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha. Hemocultivo para hongos en proceso. 05.11.2020: Hemocultivos negativos. PARACLÍNICOS 14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto; 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. - 05.11.2020: Procalcitonina 0.126 Imágenes: - 09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados ni proceso consolidativo. - 09.11.2020: LOS HALLAZGOS DESCRITOS EN LAS SECUENCIAS POSTCONTRASTE SUGIEREN FOCOS DE REALCE PERIVASCULAR, A CONSIDERAR COMO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES VASCULOPATÍA INFLAMATORIAS (LES, SDR. CLIPPERRS, NEUROSARCOIDOSIS, VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL). Analisis y plan: Paciente previamente conocida por doctor José Fernando García, que el día de ayer presenta taquicardia mayor de 50 lpm, ligera polipnea y sin hipotensión. No obstante a la valoración clínica no luce séptica, tiene dren con función apropiada o sin otros signos de respuesta inflamatoria sistémica diferentes a taquicardia. No hay sudoración, no hay foco infeccioso aparente. Paciente bradipsíquica. Se solicitaron hemocultivos los cuales estan en proceso, e **inicio de manejo antibiotico** con Meropenem. Al examen físico paciente taquicardica, afebril, no luce septica, se solicita cortisol para descartar probable insuficiencia suprarrenal. Por porte de infectologia continuar cubrimiento antibiotico pendiente resultado de hemocultivos, cortisol y procalcitonina. Por el momento **debe continuar manejo por reumatología, quien considera que el pronóstico global de paciente es incierto, compromiso sistémico, en relación a enfermedad de base**. Atentos a evolucion. Atentamente, Dr. Pablo Andrés Moncada Vallejo. Maria Juliana Varela M. Medicina Interna. Residente de Medicina Interna Enfermedades Infecciosas.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 15.11.2020

Hora Registro: 11:04:27

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFI LUZ

NUTRICION

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.11.2020

Hora Registro: 11:05:46

Responsable: ANGARITA LUGO, MONICA ASTRID

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION CIRUGIA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años Fecha de Ingreso:

24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 14.11.2020).

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO - Meropenem 2 gr / 8 H (FI:08.11.2020 - ACTIVO) - Vancomicina 1 gr/12 h (FI: 08.11.2020 - ACTIVO) S: La madre refiere que la paciente ha estado agitada, no logra dormir bien, tiene inmovilización de miembros superiores. Refiere que la paciente dice que tiene prurito en glúteos. Tolerancia nutrición por gastrostomía. Diuresis y deposiciones positivas.

EXAMEN FISICO: *Examinó a la paciente con todos los EPP para su protección y la mía bajo los protocolos institucionales y contexto de pandemia por Covid-19* Paciente en regulares condiciones generales, luce crónicamente enferma, pálida, no se comunica con el entrevistador. Inmovilización de miembros superiores, tranquila en el momento. SIGNOS VITALES: FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SAO2 15.11.2020 08:00:00 36,00 150,00 20,00 92,00 51,00 64,67 95,00 15.11.2020 04:00:00 36,50 158,00 20,00 84,00 47,00 59,33 91,00 15.11.2020 00:00:20 36,30 114,00 20,00 99,00 66,00 77,00 94,00 14.11.2020 20:00:00 36,00 126,00 19,00 101,00 62,00 75,00 96,00 14.11.2020 16:00:00 36,20 127,00 19,00 105,00 67,00 79,67 99,00 ORL: Mucosas pálidas y húmedas. Tórax: Normoexpandible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara sacra cubierta con espuma y sensatrack conectada a VAC funcional. Escara trocantérica izquierda con espuma negra y sensatrack conectada a mismo reservorio de VAC. Producción de 100 cc en últimas 24 horas de líquido serohemático. Extremidades: Móviles, sin edema. SNC: Déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS 14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto: 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, ácido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 7.47, PCO2: 34.9, PO2: 94, BE: -0.3, HCO3: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. - 05.11.2020: Procalcitonina 0.126 MICROBIOLOGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: *Proteus mirabilis*, cultivo de LCR pendiente. 09.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha. Hemocultivo para hongos en proceso. 05.11.2020: Hemocultivos negativos. PROCEDIMIENTOS: -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Hallazgos: úlcera por decubito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aprox 12cm de diámetro, limpia-sistema vac úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 - 15 cm , de bursa y fascia lata adyacente -apósitos escara TROCANTERICA DER DE ARPOX 1.5 CM GII CON DUODERM FONDO LIMPIO Descripción quirúrgica: paciente en decubito prono asepsia y antisepsia de glúteos y CADERAS colocación de campos qx previo retiro de sistema vac se talla colgajos de piel y subcutáneo de glúteos con electrobisturi avanzando a línea media , lavado de cavidad y cierre parcial con puntos separados al subcutáneo que se fijan a fascia presacra con pds 1 y puntos en piel en "u" de prolene 1 separados se deja defecto de aprox 3 cm de diámetro , se protege piel con barrera lisa de 20 cm alrededor , espuma small de sistema vac in situ ,plástico adherente,sensatrack se procede a desbridamiento de escara trocantérica izq con electrobisturi de tejido desvitalizado, lavado con salina cierre con sistema vac medio ,plástico adherente y sensatrack que se conecta en "y" con presacro a canister antiguo de 1 lt a pr de 125 mmhg continuo intensidad media se deja segmento de barrera lisa en úlcera de trocánter der cubierta con plástico adherente IMAGENES: - 09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados ni proceso consolidativo. - 09.11.2020: LOS HALLAZGOS DESCRITOS EN LAS SECUENCIAS POSTCONTRASTE SUGIEREN FOCOS DE REALCE PERIVASCULAR, A CONSIDERAR COMO **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES VASCULOPATÍA INFLAMATORIAS (LES, SDR. CLIPPERS, NEUROSARCOIDOSIS, VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL).**

ANÁLISIS: Paciente de 20 años con antecedentes descritos quien ha tenido seguimiento por nuestro servicio desde el ingreso con respecto a úlceras por presión sacra y trocantérica izquierda. En seguimiento y curaciones también por **TEO quienes hace 2 días informan olor fétido de las escaras por lo cual el día de ayer es llevada de nuevo a lavado y desbridamiento de estas encontrando úlcera por decubito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aproximadamente 12cm de diámetro limpia y úlcera trocantérica izquierda de aproximadamente 5 cm en piel con**

necrosis grasa en extensión de aproximadamente 12 a 15 cm de bursa y fascia lata adyacente, y dejan defectos cubiertos con espuma y sistema VAC. **Hasta el momento con evolución favorable del post-operatorio, se observa VAC funcionando adecuadamente, sin filtraciones y piel perilesional íntegra sin signos inflamatorios.** La paciente ha estado taquicárdica y polipnéica por lo cual reumatología solicitó paraclínicos, entre ellos cortisol para descartar probable insuficiencia suprarrenal. Por parte de infectología se indicó toma de hemocultivos y continuar tratamiento antibiótico establecido hasta el momento. Seguimos atentos a evolución clínica. Se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

-Continuar hospitalización a cargo de reumatología -Continuar seguimiento por infectología -Seguimiento por TEO
-Cuantificación de drenaje sistema VAC -Control de signos vitales -Avisar cambios a cirujano de turno

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.11.2020

Hora Registro: 11:09:28

Responsable: PEÑA GARCIA, MARIO ALBERTO

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Seguimiento a interconsulta. Luisa Isaza 20 años Diagnóstico: Síndrome catatonico orgánico (en el contexto de vasculitis SNC) Tratamiento: Sertralina 50 MG 1-0-0 Clozapina 25 mg 0-0-2 Lorazepam 1 MG (1-1-3) Seguimiento 15/11/2020. Paciente valorada en su habitación, en compañía de su madre, **la paciente el día de hoy no establece contacto verbal con su entrevistador cuando se trata del residente de psiquiatría, al psiquiatra lo saluda y le refiere que "estoy mejor doctor", la madre refiere que la paciente ha estado con mejor patrón de sueño y mejor comportamiento "ayer estuvo mucho mejor, durmio muy bien, se despertó una vez cuando entro la enfermera y se durmio rapido cuando esta se fue". Ha tenido que permanecer con inmovilización preventiva de dos puntos para evitar el retiro de los accesos venosos.**

Examen mental: Paciente acostada en cama de su habitación, con inmovilización preventiva de dos puntos, conciente, alerta, orientada en persona, desorientada en lugar y tiempo, hipoprosexica; memorias: no comprometidas. Actividad motora: incrementada (hiperquinética). Afecto: de fondo ansioso, restringido, con incongruencia ideo-afectiva. Lenguaje: de escasa producción. **Pensamiento: arcaico, incoherente, ilógico.** Sensopercepción: sin alteración aparente. Introspección: nula. Prospección: incierta. Juicio y raciocinio: comprometidos por la patología de base.

Paciente en hospitalización prolongada por exacerbación de su enfermedad de base, **actualmente cursando con un cuadro de vasculitis en Sistema Nervioso Central (SNC), lo que le generó síndrome catatonico orgánico,** durante su estancia **ha presentado episodios de agitación psicomotora, ante lo cual ha requerido contención física** y se indicó manejo farmacológico, con el ajuste realizado hace dos días la paciente mejoró su comportamiento diurno y su patrón de sueño, la madre ha manifestado verla en mejores condiciones (desde el punto de vista Psiquiátrico), por lo pronto se continua igual manejo.

* Continuar hospitalización con acompañante. * Vigilancia continua por riesgo de agitación. Mantener la medicación como la viene recibiendo. Se valorará posteriormente para determinar requerimiento de otros ajustes de la medicación.

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.11.2020

Hora Registro: 12:02:12

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos

control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, nota leve distensión abdominal, la paciente refiere dolor, está realizando deposición diarias. Niega fiebre, hay control de agitación e hiperquinesia que tuvo ayer. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 36.0, FC 140, FR 20, TA 94/51, TAM 60, SatO2 94% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. Abdomen con gastrostomía funcional, LEVE DISTENSIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. **PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES, hoy sin mal olor.** SISTEMA VAC FUNCIONANDO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, hoy no emite lenguaje, no focalización, fuerza 4/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS, corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 14.11.20 Leucos 9450 8300 Neutros 6870 6260 Linfos 1620 1120 HB 9.1 7.7 Hto 31.8 26.4 Plat 564. 447. PCR 5.99 6.41 Procalcitonina 6.9 Ac lactico 1.33 VSG BUN 18 Creatinina 0.39 LDH Ferritina Procal Sodio: 134 Potasio 3.71 Cloro Magnesio Calcio Fosforo 4.47 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrófilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Ácido fólico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocanterica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germenes: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 9.11.20 Rx torax: No consolidaciones ni derrames 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Reticulocitos: 1.04%, 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus, ultimo el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocantericas, la izquierda

con necrosis grasa y extension de aprox 15 cm, continua con vac y curación. - Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología dejó nuevo esquema antibiótico desde el 08.11.20. Paciente sin nuevos picos febriles desde el 09.11.20. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, se ordenó cortisol que está pendiente y se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20). - Estado neurológico fluctuante, catatonía resistente. Psiquiatría inició manejo con Lorazepam y Sertralina, hay mejoría, hoy emite respuestas sencillas. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. - Presentó anemia severa sin sangrado evidente, se transfundió 1 UGRE. Se solicitaron paraclínicos que descartan hemólisis. Hemoglobina de control con leve descenso, se indica vigilancia. - Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. **Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis, y ante sospecha de infección se consideró iniciar Inmunoglobulina** G IV 1g/k/día por 2 días, buena tolerancia, atentos a respuesta.

- Ss. exámenes mañana, pendiente cortisol - Curaciones por terapia enterostomal, indicaciones de cirugía, informar cambios

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 15.11.2020

Hora Registro: 12:28:16

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFÍ LUZ

NUTRICION 1. POR Sonda de GASTROSTOMIA , FORMULA NUTREN 1,5 ESQUEMA BOLOS ASI, GRAVITACIONAL: -A LAS 6 Y 18 PASAR 250 MILILITROS EN 3 HORAS -A LAS 12 HORAS PASAR 500 MILILITROS EN 4 HORAS. 2. VIGILAR SINTOMAS GASTROINTESTINALES ADVERSOS. 3. ESTIMULOS CON COMPOTAS POR FONOAUDIOLOGIA. 4.MIPRES ACTUAL 20201115186024342686

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.11.2020

Hora Registro: 14:30:32

Responsable: OCAMPO PIRAQUIVE, VANESSA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA CORRECCION MIPRES INMUNOGLOBULINA G HUMANA: PACIENTE CON LUPUS REFRACTARIO, VASCULITIS ASOCIADA E INFECCION SEVERA PERSISTENTE, **REQUIERE MANEJO INMUNOMODULADOR, POR SU REFRACTARIEDAD SE INICIÓ MANEJO CON INMUNOGLOBULINA G HUMANA** 45 GRS/D X 2 DIAS. **Se diligenció mipres con indicación unir, se diligencia nuevo mipres por solicitud administrativa,** nuevo número mipres: 20201115168024344261 EL CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO SE ENCUENTRA EN EL SERVICIO

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.11.2020

Hora Registro: 10:26:46

Responsable: PEÑA GARCIA, MARIO ALBERTO

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Seguimiento a interconsulta. Luisa Isaza 20 años Diagnóstico de trabajo por psiquiatría: Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis SNC) Tratamiento: Sertralina 50 MG 1-0-0 Clozapina 25 mg 0-0-2 Lorazepam 1 MG (1-1-3) Seguimiento 16/11/2020. Paciente valorada en su habitación, en compañía de su madre, quien refiere que **la paciente ha estado inquieta en la noche, no logra conciliar el sueño, por momentos hostil. La paciente hoy no se relaciona con el entrevistador ni realiza contacto visual.**

Examen mental: Paciente acostada en cama de su habitación, con inmovilización preventiva de dos puntos, conciente, alerta, orientada en persona, desorientada en lugar y tiempo, hipoprosexica; Actividad motora: incrementada (hiperquinética). Afecto: de fondo ansioso, restringido, con incongruencia ideo-afectiva. Lenguaje: de escasa

producción. Pensamiento: arcaico, incoherente, ilógico. Sensopercepción: sin alteración aparente. Introspección: nula. Prospección: incierta. Juicio y raciocinio: comprometidos por la patología de base.

Paciente en hospitalización prolongada por exacerbación de su enfermedad de base, con vasculitis en Sistema Nervioso Central (SNC), lo que le generó síndrome catatonico orgánico, durante su estancia ha presentado episodios de agitación psicomotora, en los últimos días se había logrado mejoría parcial del cuadro clínico, en especial del insomnio, sin embargo en la noche de ayer la paciente se torna inquieta, durmiendo intervalos cortos, se considera necesario adicionar levomepromazina al manejo, por lo demás no se modifica esquema.

* Continuar hospitalización con acompañante permanente. * Vigilancia continua por riesgo de agitación. * Sertralina 50 MG 1-0-0 * Clozapina 25 mg 0-0-2 * Lorazepam 1 MG (1-1-3) Iniciar: * Levomepromazina sln 4%, 5 gotas via oral en la noche. Se valorará posteriormente para determinar requerimiento de otros ajustes de la medicación.

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.11.2020

Hora Registro: 12:08:39

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGIA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años Fecha de Ingreso: 24.09.2020

DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 14.11.2020).

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO - Meropenem 2 gr / 8 H (FI:08.11.2020 - ACTIVO) - Vancomicina 1 gr/12 h (FI: 08.11.2020 - ACTIVO) S: La madre refiere que la paciente pasó mala noche, estuvo inquieta y no logró conciliar el sueño. Dice que la paciente manifiesta prurito a nivel de glúteos. Tolerancia alimentación por gastrostomía. Diuresis y deposiciones sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa el paciente: Paciente en regulares condiciones generales, luce crónicamente enferma, pálida, lenguaje incoherente. Inmovilización de miembros superiores, tranquila en el momento. SIGNOS VITALES: FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SAO2 16.11.2020 07:31:42 37,20 135,00 19,00 104,00 63,00 76,67 93,00 16.11.2020 04:00:37 36,90 138,00 19,00 92,00 62,00 72,00 96,00 16.11.2020 00:00:36 36,60 120,00 18,00 91,00 55,00 67,00 96,00 15.11.2020 20:00:00 37,60 110,00 21,00 99,00 63,00 75,00 94,00 15.11.2020 16:00:00 37,90 117,00 20,00 101,00 67,00 78,33 96,00 15.11.2020 12:00:00 36,50 20,00 100,00 99,00 70,00 79,67 96,00 15.11.2020 08:00:00 36,00 150,00 20,00 92,00 51,00 64,67 95,00 15.11.2020 04:00:00 36,50 158,00 20,00 84,00 47,00 59,33 91,00 c/c: Mucosas pálidas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara sacra cubierta con espuma y sensatrack conectada a VAC funcional. Escara trocantérica izquierda con espuma negra y sensatrack conectada a mismo reservorio de VAC. Producción de 100 cc en últimas 24 horas de líquido serohemático. Extremidades: Móviles, sin edema. SNC: Déficit neurológico ya conocido. PARACLÍNICOS -16.11.2020: Corisol basal 23.8 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto: 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, ácido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 4.7, PCO2: 34.9, PO2: 94, BE: -0.3, HCO3: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. - 05.11.2020: Procalcitonina 0.126 MICROBIOLÓGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: *Proteus mirabilis*, cultivo de LCR pendiente. 09.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha. Hemocultivo para hongos en proceso. 05.11.2020: Hemocultivos negativos. PROCEDIMIENTOS: -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Hallazgos: úlcera por decubito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aprox 12cm de diámetro, limpia-sistema vac úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente -apósitos escara TROCANTERICA DER DE ARPOX 1.5 CM GII CON DUODERM FONDO LIMPIO Descripción quirúrgica: paciente en decubito prono asepsia y antisepsia de glúteos y CADERAS colocación de campos qx previo retiro de sistema vac se talla colgajos de piel y subcutáneo de glúteos con electrobisturi avanzando a línea media , lavado de cavidad y cierre parcial con puntos separados al subcutáneo que se fijan a fascia presacra con pds 1 y puntos en piel en "u" de prolene 1 separados se deja defecto de aprox 3 cm de diámetro , se protege piel con barrera lisa de 20 cm alrededor , espuma small de sistema vac in situ ,plástico adherente,sensatrack se procede a desbridamiento de escara trocantérica izq con electrobisturi de tejido desvitalizado, lavado con salina cierre con sistema vac medio ,plástico adherente y sensatrack que se conecta en "y" con presacro a canister antiguo de 1 lt a pr de 125 mmhg continuo intensidad media se deja segmento de barrera lisa en úlcera de trocater der cubierta con plástico adherente IMAGENES: - 09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados ni proceso consolidativo. - 09.11.2020: LOS HALLAZGOS DESCRITOS EN LAS SECUENCIAS POSTCONTRASTE SUGIEREN FOCOS DE REALCE PERIVASCULAR, A CONSIDERAR COMO

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES VASCULOPATÍA INFLAMATORIAS (LES, SDR. CLIPPERRS, NEUROSARCOIDOSIS, VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL).

Paciente femenina de 20 años, con antecedentes descritos, quien ha tenido seguimiento por nuestro servicio desde el ingreso con respecto a úlceras por presión sacra y trocantérica izquierda. En seguimiento y curaciones también por TEO quienes hace 2 días informan olor fétido de las escaras, por lo cual el día de ayer es llevada de nuevo a lavado y desbridamiento de estas encontrando úlcera por decúbito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aproximadamente 12cm de diámetro, limpia y úlcera trocantérica izquierda de aproximadamente 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aproximadamente 12 a 15 cm de bursa y fascia lata adyacente, y dejan defectos cubiertos con espuma y sistema VAC. Hasta el momento con evolución favorable del post-operatorio, se observa VAC funcionando adecuadamente, con drenaje de 100 cc en la últimas 24 horas de contenido serohemático, sin filtraciones y piel perilesional íntegra sin signos inflamatorios. La paciente ha estado taquicárdica y polipnéica por lo cual continua en seguimiento por reumatología quienes sospechan probable insuficiencia suprarrenal. Por parte de infectología se indicó toma de hemocultivos, negativos hasta la fecha y continuar tratamiento antibiótico establecido hasta el momento. Seguimos atentos a evolución clínica. Se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

-Continuar hospitalización a cargo de reumatología -Seguimiento por TEO -Cuantificación de drenaje sistema VAC
-Control de signos vitales -Avisar cambios al Médico hospitalario de turno

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.11.2020

Hora Registro: 12:11:46

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmáferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, mejoría de dolor abdominal, sin deposición ayer, la nota más conectada y con mayor producción verbal. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Se observa hoy más conectada, obedece órdenes y responde preguntas sencillas. Signos vitales: T 37.2, 2 elevaciones hasta 37.9 FC 135, FR 20, TA 106/60, TAM 65, SatO2 94% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normo- reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. Abdomen con gastrostomía funcional, LEVE DISTENSIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinell: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTÉRICAS BILATERALES, hoy sin mal olor. SISTEMA VAC FUNCIONANDO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 Leucos 9450 8300 7240 Neutros 6870 6260 4740 Linfos 1620 1120 1740 HB 9.1 7.7 6.8 Hto 31.8 26.4 23 Plat 564. 447. 385. PCR 5.99 6.41 17.1 Procalcitonina 6.9 0.88

Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 VSG BUN 18 10.6 Creatinina 0.39 LDH Ferritina Procal Sodio: 134 135 Potasio 3.71 3.66 Cloro 103.3 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrófilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germenes: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 9.11.20 Rx torax: No consolidaciones ni derrames 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosas y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Reticulocitos: 1.04%, 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspidea ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus, ultimo el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocatericas, la izquierda con necrosis grasa y extension de aprox 15 cm, continua con vac y curación. - Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología dejó nuevo esquema antibiótico desde el 08.11.20. Paciente sin nuevos picos febriles desde el 09.11.20. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20). - Estado neurológico fluctuante, catatonía resistente. Psiquiatría inició manejo con Lorazepam y Sertralina, ajuste de hipnótico, hoy notoria mejoría en producción verbal, responde a preguntas sencillas. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. - Presentó anemia severa sin sangrado evidente, se transfundió 1UGRE, coombs 1+, sin evidencia hemólisis. Hemoglobina viene con leve descenso, especialmente después de última cirugía el 14.11.20, se indica vigilancia para mañana incluyendo nuevo perfil de hemólisis. - Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), buena tolerancia, hoy notoria mejoría neurológica en producción verbal, se hace énfasis en rehabilitación integral y curación o lavados según indique cirugía.

- Exámenes para mañana, vigilancia de hemólisis - Terapia física y ocupacional - Curaciones por terapia enterostomal, indicaciones de cirugía, informar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.11.2020

Hora Registro: 11:11:10

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGIA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años Fecha de Ingreso: 24.09.2020

DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 14.11.2020).

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO - Meropenem 2 gr / 8 H (FI:08.11.2020 - ACTIVO) - Vancomicina 1 gr/12 h (FI: 08.11.2020 - ACTIVO) S: La paciente pasa mejor noche, con mejor conciliación del sueño, continua prurito a nivel de glúteos, con mejor control del dolor. tolerando alimentación por gastrostomía. Diuresis y deposiciones presentes y sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa el paciente: Paciente en regulares condiciones generales, luce crónicamente enferma, pálida, lenguaje incoherente. Inmovilización de miembros superiores, tranquila en el momento. SIGNOS VITALES: FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SAO2 17.11.2020 08:00:00 36,50 143,00 25,00 96,00 58,00 70,67 96,00 17.11.2020 04:00:00 37,00 138,00 19,00 87,00 49,00 61,67 96,00 17.11.2020 00:05:00 37,90 149,00 18,00 98,00 50,00 66,00 95,00 16.11.2020 20:00:00 36,60 131,00 20,00 98,00 58,00 71,33 99,00 16.11.2020 16:06:01 37,90 115,00 20,00 101,00 56,00 71,00 95,00 16.11.2020 12:00:00 38,80 160,00 21,00 119,00 65,00 83,00 96,00 16.11.2020 07:31:42 37,20 135,00 19,00 104,00 63,00 76,67 93,00 c/c: Mucosas pálidas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara sacra cubierta con espuma y sensatrack conectada a VAC funcional. Escara trocantérica izquierda ya sin sistema VAC, con tejido de granulación adecuado, sin signos de inflamación. Producción de 56 cc en últimas 24 horas de líquido serohemático. Extremidades: Móviles, sin edema. SNC: Déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periférica: Normales en número, no se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilocitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos +, hipocromia +. -16.11.2020: Corisol basal 23.8 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto: 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, ácido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 4.7, PCO2: 34.9, PO2: 94, BE: -0.3, HCO3: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. - 05.11.2020: Procalcitonina 0.126 MICROBIOLÓGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: *Proteus mirabilis*, cultivo de LCR pendiente. 09.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha. Hemocultivo para hongos en proceso. 05.11.2020: Hemocultivos negativos. PROCEDIMIENTOS: -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Hallazgos: úlcera por decubito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aprox 12cm de diámetro, limpia-sistema vac úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente -apósitos escara TROCANTERICA DER DE ARPOX 1.5 CM GII CON DUODERM FONDO LIMPIO Descripción quirúrgica: paciente en decubito prono asepsia y antisepsia de glúteos y CADERAS colocación de campos qx previo retiro de sistema vac se talla colgajos de piel y subcutáneo de glúteos con electrobisturi avanzando a línea media , lavado de cavidad y cierre parcial con puntos separados al subcutáneo que se fijan a fascia presacra con pds 1 y puntos en piel en "u" de prolene 1 separados se deja defecto de aprox 3 cm de diámetro , se protege piel con barrera lisa de 20 cm alrededor , espuma small de sistema vac in situ , plástico adherente, sensatrack se procede a desbridamiento de escara trocantérica izq con electrobisturi de tejido desvitalizado, lavado con salina cierre con sistema vac medio , plástico adherente y sensatrack que se conecta en "y" con presacro a canister antiguo de 1 lt a pr de 125 mmhg continuo intensidad media se deja segmento de barrera lisa en úlcera de trocánter der cubierta con plástico adherente IMAGENES: - 09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados ni proceso consolidativo. - 09.11.2020: LOS HALLAZGOS DESCRITOS EN LAS SECUENCIAS POSTCONTRASTE SUGIEREN FOCOS DE REALCE PERIVASCULAR, A CONSIDERAR COMO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES VASCULOPATÍA INFLAMATORIAS (LES, SDR. CLIPPERS, NEUROSARCOIDOSIS, VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL).

Paciente femenina de 20 años, con antecedentes descritos, quien ha tenido seguimiento por nuestro servicio desde el ingreso con respecto a úlceras por presión sacra y trocantérica izquierda. En seguimiento y curaciones también por TEO quienes hace 4 días informan olor fétido de las escaras, por al día siguiente es llevada de nuevo a lavado y desbridamiento de estas encontrando úlcera por decúbito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aproximadamente 12cm de diámetro, limpia y úlcera trocantérica izquierda de aproximadamente 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aproximadamente 12 a 15 cm de bursa y fascia lata adyacente, y dejan defectos

cubiertos con espuma y sistema VAC. Ya se retiro espuma de lesion trocanterica izquierda. Hasta el momento con evolución favorable del post-operatorio, se observa VAC funcionando adecuadamente, con drenaje de 56 cc en la últimas 24 horas de contenido serohemático, sin filtraciones y piel perilesional íntegra sin signos inflamatorios, Ulcera trocanterica izquierda sin espuma y con adecuado tejido de cicatrización. La paciente ha estado taquicárdica y polipnéica por lo cual continua en seguimiento por reumatología, quienes sospechan probable insuficiencia suprarrenal. Por parte de infectología se indicó toma de hemocultivos, negativos hasta la fecha y continuar tratamiento antibiótico establecido hasta el momento. Consideramos que la paciente puede continuar seguimiento de la ulcera por el servicio de terapia enterostomal con los cuidados respectivos. Se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

-Continuar hospitalización a cargo de reumatología -Seguimiento por TEO -Cuantificación de drenaje sistema VAC
-Control de signos vitales -Avisar cambios al Medico hospitalario de turno

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.11.2020

Hora Registro: 13:40:38

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación DIAGNÓSTICO

MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopénica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefálico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, en estable condición, en cama, inmovilizada en miembros superiores, en compañía de madre. Ubicada en persona y espacio, más no en tiempo. Se realiza actividad estimulación habla espontánea, logrando producciones coherentes y asertivas, pobre en longitud de las frases; se realiza actividad cálculo simple, obteniendo buen desempeño con latencia en sus respuestas. Se brindan pautas a la madre de estimulación habla espontánea; la madre refiere comprender y aceptar. **La madre pregunta si es posible suministrarle a la paciente jugos, agua, compotas, yogurt, cremas, lo cual se comenta con Fonoaudióloga de Deglución, quien refiere que para Luisa la**

indicación es que se puede suministrar estos alimentos a demanda de la paciente. Se comenta de nuevo con la madre quien refiere comprender y aceptar. Queda estable. -----NOTA

DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Seguimiento Fonoaudiología Lenguaje. Fonoaudiología Deglución: La paciente no presenta alteración en la deglución con espesos o líquidos claros, por lo cual se le puede suministrar en forma dosificada estas consistencias a tolerancia, en sedente, verificando estado alerta. Por lo tanto se autoriza toma de agua en forma dosificada a libre demanda; se continúa con estímulos orales con compota o yogurt am-pm a solicitud de la paciente. Al momento de requerir algún estímulo en estas consistencias, se le debe solicitar al Jefe de turno.

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.11.2020

Hora Registro: 15:10:06

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopénica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos

control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, se comunica con el entrevistador, con estreñimiento. No dolor. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 36.5 FC 143 FR 25 PA 96/58 PAM 70 SPO2 96%, Picos febriles hasta 38.8°C Paciente que obedece órdenes y responde preguntas sencillas. Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, sin sobreagregados. Abdomen con gastrostomía funcional, LEVE DISTENSIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinell: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES, hoy sin mal olor. SISTEMA VAC FUNCIONANDO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 Neutros 6870 6260 4740 5200 Linfos 1620 1120 1740 1750 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 Plat 564. 447. 385. 400. PCR 5.99 6.41 17.1 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 VSG BUN 18 10.6 Creatinina 0.39 0.31 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 Potasio 3.71 3.66 3.91 Cloro 103.3 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 14.11: ESP sin blastos, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos + 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrófilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Ácido fólico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 15.11.20 cirugía: Úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serología LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR múltiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 9.11.20 Rx torax: No consolidaciones ni derrames 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Reticulocitos: 1.04%, 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricúspidea ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos

con proteus, ultimo el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocantericas, la izquierda con necriss grasa y extension de aprox 15 cm, continua con vac y curación. - Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología dejó nuevo esquema antibiótico desde el 08.11.20. Paciente sin nuevos picos febriles desde el 09.11.20. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20). - Estado neurológico fluctuante, catatonía resistente. Psiquiatría inició manejo con Lorazepam y Sertralina, ajuste de hipnótico, hoy notoria mejoría en producción verbal, responde a preguntas sencillas. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. - Presentó anemia severa sin sangrado evidente, se transfundió 1UGRE, coombs 1+, sin evidencia hemólisis. Hemoglobina viene con leve descenso, especialmente después de última cirugía el 14.11.20, hoy hb en 6.3, se indica control de hemograma para mañana. - Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), buena tolerancia, con **notoria mejoría neurológica en producción verbal, se hace énfasis en rehabilitación integral y curación o lavados según indique cirugía para manejo de escaras.**

- Hemograma de control mañana - Terapia física y ocupacional - Curaciones por terapia enterostomal, indicaciones de cirugía, informar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.11.2020

Hora Registro: 15:27:42

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años Fecha de Ingreso: 24.09.2020

DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Púrpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 14.11.2020). TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO - Meropenem 2 gr / 8 H (FI: 14.11.2020 - ACTIVO) - Vancomicina 1 gr/12 h (FI: 08.11.2020 - 12.11.2020) MICROBIOLÓGICOS: -15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha. -14.11.2020: Urocultivo: En proceso -11.11.2020: Cultivo de secreción úlcera sacra: Se observa crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis* y *Proteus mirabilis* sin predominio de ningún morfotipo. -10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: *Proteus mirabilis* Cultivo de LCR: Negativo para bacterias. Baciloscopia negativo, KOH negativo, tinta china negativo, -09.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha. Hemocultivo para hongos en proceso. -05.11.2020: Hemocultivos negativos. PARACLÍNICOS -17.11.2020: Leucocitos: 7.870 N: 66.1% L: 22.2% Hemoglobina: 6.3 Hematocrito: 21.4 Plaquetas: 400.000 BD: 0.13 BI: 0.03 LDH: 196 Sodio: 135 Potasio: 3.91 Extendido de sangre periférica: SERIE NUCLEADA Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. SERIE ERITROIDE Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos + Poikilocitosis leve a expensas de Dacriocitos y Ovalocitos + Hipocromía +. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales. -16.11.2020: Cortisol II basal: 23.8 -16.11.2020: Leucocitos: 7.240 N: 65.6% L: 24% Hemoglobina: 6.8 Hematocrito: 23 Plaquetas: 385.000 BD: 0.13 BI: 0.03 LDH: 196 Sodio: 135 Potasio: 3.91 Cortisol II basal: 26.3 Procalcitonina: 0.88 BUN: 10.6 Sodio: 135 Potasio: 3.6 PCR: 17 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto; 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, -12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. -10.11.2020: PCR 15.77 -09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. -05.11.2020: Procalcitonina 0.126 Imágenes: -09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados ni proceso consolidativo. -09.11.2020: LOS HALLAZGOS DESCRITOS EN LAS SECUENCIAS POSTCONTRASTE SUGIEREN FOCOS DE REALCE PERIVASCULAR, A CONSIDERAR COMO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES VASCULOPATÍA INFLAMATORIAS (LES, SDR. CLIPPERS, NEUROSARCOIDOSIS, VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL). ANÁLISIS/PLAN Paciente femenina de 21 años con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Además con úlceras por presión sacra y trocantérica izquierda con aislamiento de *Proteus mirabilis*, *E. coli* y *E. faecalis*, que por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos. Inicialmente recibió manejo con Piperacilina/Tazobactam, y después con Vancomicina + imipenem + caspofungina (hasta el 08.11.2020). Además en curaciones por TEO, y manejo por cirugía general con lavados, el último lavado + desbridamiento el 14.11.2020 encontrando úlcera presacra con tejido de granulación bien perfundido, limpia, y úlcera trocantérica izquierda con necrosis grasa en extensión de aproximadamente 12 a 15 cm de bursa y fascia lata adyacente. Paciente que desde hace 2 días presenta taquicardia mayor de 150 lpm, ligera polipnea y sin hipotensión. Actualmente manejo con Meropenem. A la valoración clínica afebril, taquicárdica, no luce séptica,

tiene dren con función apropiada, sin otros signos de respuesta inflamatoria sistémica diferentes a taquicardia. No hay sudoración, no hay foco infeccioso aparente. Paciente bradipsíquica. Paraclínicos sin leucocitosis, disminución de la hemoglobina, plaquetas normales. Se solicitaron hemocultivos los cuales van negativos hasta la fecha u urocultivo pendiente. **Por parte de infectología se recomienda continuar con el cubrimiento antibiótico por un tiempo corto de 7 días.** Es importante tener presente que **su fiebre es de origen central en la mayoría de las ocasiones, el uso de antibióticos no ha modificado la historia del paciente, me preocupa el uso de antibióticos que condiciona selección de resistencias, y eventos adversos hematológicos.** Han iniciado manejo antibiótico por hallazgos de la escara, pero me pregunto si esto no es lo habitual, cuando las curaciones en la paciente se están realizando de forma espaciada, y este tejido desvitalizado condiciona la selección de bacterias. Por el momento se cierra seguimiento, ya concepto por infectología.

.

.

.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 17.11.2020

Hora Registro: 16:40:28

Responsable: CORDOBA SALAZAR, DIANA CAROLINA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#8. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE
-PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO
DIAGNOSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --Post operatorio escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 -08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central -Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN SU CUARTO, ACOMPAÑADA POR SU MAMÁ, INMOVILIZADA DE EXTREMIDADES SUPERIORES. EN SESIÓN SE TRABAJA ACTIVIDAD TERAPEUTICA EN CAMA EN POSICIÓN SUPINO SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES SIMPLES CON RESPUESTA DE TIPO MOTRIZ VOLUNTARIO. **LOGRA SEGUIR UNA INDICACIÓN TERAPEUTICA PARCIALMENTE, DE MANERA FLUCTUANTE Y CON SOBREUTILIZACIÓN DE TIEMPO.** SE OBSERVA ACTITUD PERPLEJA INICIALMENTE, **DE MANERA GRADUAL VA MEJORANDO EN EL SEGUIMIENTO DE INDICACIÓN TERAPEUTICA SIN EMBARGO SU RESPUESTA NO ES FUNCIONAL.** ESTA VARIA, EN OCASIONES DENTRO DE LA TERAPIA ASUME CONDUCTA PASIVA. DEJO ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.11.2020

Hora Registro: 19:33:01

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Seguimiento a interconsulta. Luisa Isaza 20 años Diagnóstico de trabajo por psiquiatría: Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis SNC) Tratamiento: Sertralina 50 MG 1-0-0 Clozapina 25 mg 0-0-2 Lorazepam 1 MG (1-1-3) Seguimiento Paciente aun psicótica, algo desorganizada, negativista, pero mas tranquila, mayor comunicacion con la familia.

En cama, por pequeños instantes se comunica con la paciente de al lado, tranquila. Juicio alterado. Negativista.

Paciente que persiste psicótica, pero menos ansiosa, con mayor comunicacion con la familiar. Se ajusta la dosis de clozapina. Se retira levomepromazina para evitar polifarmacia.

* Continuar hospitalización con acompañante permanente. * Vigilancia continua por riesgo de agitación. * Sertralina 50 MG 1-0-0 * Clozapina 100MG_ una a las 7pm * Lorazepam 1 MG (1-1-3) Se valorará posteriormente para

determinar requerimiento de otros ajustes de la medicación.

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.11.2020

Hora Registro: 11:10:12

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, ya logró hacer deposición, mejoría en el patrón de sueño, sin fiebre. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 36.6 FC 155 FR 22 PA 82/53 PAM 62 SPO2 95%, sin picos febriles en los últimos dos días. Paciente que obedece órdenes y responde preguntas sencillas. Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, sin sobreagregados. Abdomen con gastrostomía funcional, LEVE DISTENSIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BIALTERALES, hoy sin mal olor. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 Plat 564. 447. 385. 400. 397. PCR 5.99 6.41 17.1 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 VSG BUN 18 10.6 Creatinina 0.39 0.31 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 Potasio 3.71 3.66 3.91 Cloro 103.3 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 14.11: ESP sin blastos, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos + 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrofilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocanterica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH,

BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 9.11.20 Rx torax: No consolidaciones ni derrames 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Reticulocitos: 1.04%, 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventriculo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventriculo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricúspide ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus, ultimo el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocantericas, la izquierda con necrosis grasa y extension de aprox 15 cm, continua con vac y curación. Cirugia general indica continuar curaciones por parte de TEO, sin nuevas intervenciones quirúrgicas por parte de la especialidad. - Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20), Infectología indica completar esquema antibiótico por 7 días. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. - Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), buena tolerancia, con notoria mejoría neurológica en producción verbal, continua manejo con esteroide oral, se hace énfasis en rehabilitación integral. Paraclínicos de control con hemoglobina estable. **Dado que por parte de cirugía general no se harán nuevas intervenciones quirúrgicas, e indican curaciones por parte de TEO, se indica traslado a Betania para continuar rehabilitación integral**, se le explica a madre de la paciente acerca de proceso de rehabilitación a mediano y largo plazo, refiere entender y aceptar.

- **Traslado a Betania** - **Termina manejo antibiótico el 21.11.2020** - Terapia física y ocupacional - Curaciones por terapia enterostomal

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 18.11.2020

Hora Registro: 11:10:21

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

- **Traslado a Betania**

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.11.2020

Hora Registro: 16:25:01

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Seguimiento a interconsulta. Luisa Isaza 20 años Diagnóstico de trabajo por psiquiatría: Síndrome

catatonico orgánico (en el contexto de vasculitis SNC) Seguimiento Paciente que durmio bien anoche, persiste psicótica, desorganizada y negativista pero mas tranquila, sin agitacion, sin agresividad. No se reportan efectos adversos de la medicacion psiquiatrica.

En cama, por pequeños instantes se comunica con la paciente de al lado, tranquila. Juicio alterado. Negativista.

Paciente aun psicótica, ayer se ajusto la dosis de clozapina. Esta mas tranquila, durmio bien. Aun psicótica, desorganizada y negativista.

* Continuar hospitalización con acompañante permanente. * Vigilancia continua por riesgo de agitación. * Sertralina 50 MG 1-0-0 * Clozapina 100MG_ una a las 7pm * Lorazepam 1 MG (1-1-3) Se valorará posteriormente para determinar requerimiento de otros ajustes de la medicación.

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.11.2020

Hora Registro: 22:32:59

Responsable: RESTREPO CEDEÑO, ALEJANDRO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA MEDICO HOSPITALARIO LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años Fecha de Ingreso:

24.09.2020 DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 14.11.2020).

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO - Meropenem 2 gr / 8 H (FI: 14.11.2020 - ACTIVO) - Vancomicina 1 gr/12 h (FI:

08.11.2020 - 12.11.2020) MICROBIOLÓGICOS: -15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha. -14.11.2020:

Urocultivo: En proceso -11.11.2020: Cultivo de secreción úlcera sacra: Se observa crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis* y *Proteus mirabilis* sin predominio de ningún morfotipo.

-10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: *Proteus mirabilis* Cultivo de LCR: Negativo para bacterias. Baciloscopia

negativo, KOH negativo, tinta china negativo, -09.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha. Hemocultivo para

hongos en proceso. -05.11.2020: Hemocultivos negativos. PARACLÍNICOS -17.11.2020: Leucocitos: 7.870 N: 66.1% L:

22.2% Hemoglobina: 6.3 Hematocrito: 21.4 Plaquetas: 400.000 BD: 0.13 BI: 0.03 LDH: 196 Sodio: 135 Potasio: 3.91

Extendido de sangre periférica: SERIE NUCLEADA Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones

morfológicas. SERIE ERITROIDE Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos + Poiquilocitosis leve a expensas de Dacriocitos y Ovalocitos + Hipocromía +. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales.

Cualitativamente normales. -16.11.2020: Cortisol II basal: 23.8 -16.11.2020: Leucocitos: 7.240 N: 65.6% L: 24%

Hemoglobina: 6.8 Hematocrito: 23 Plaquetas: 385.000 BD: 0.13 BI: 0.03 LDH: 196 Sodio: 135 Potasio: 3.91 Cortisol II

basal: 26.3 Procalcitonina: 0.88 BUN: 10.6 Sodio: 135 Potasio: 3.6 PCR: 17 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56,

leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto; 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN:

18, Cr: 0.39, -12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020:

Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1,

blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. -10.11.2020: PCR 15.77 -09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15

mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. -05.11.2020: Procalcitonina 0.126 Imágenes: -09.11.2020: Rx de

tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados ni proceso consolidativo. -09.11.2020: LOS HALLAZGOS

DESCRITOS EN LAS SECUENCIAS POSTCONTRASTE SUGIEREN FOCOS DE REALCE PERIVASCULAR, A CONSIDERAR

COMO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES VASCULOPATÍA INFLAMATORIAS (LES, SDR. CLIPPERRS,

NEUROSARCOIDOSIS, VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL). EKG: RITMO SINUSAL, PATRO DE

TAQUICARDIA SINUSAL, SIN ALTERACION DE LA ONDA T. RR REGULAR. INTERVALO PR NORMAL, INTERVALO QT

NORMAL. ANÁLISIS/PLAN Paciente femenina de 21 años con LES diagnosticado en 2018, con compromiso

inmunológico y hematológico (PTI). Ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de

actividad lupica. Además con úlceras por presión sacra y trocantérica izquierda con aislamiento de *Proteus mirabilis*, *E.*

coli y *E. faecalis*, que por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccigeos. Inicialmente recibió manejo

con Piperacilina/Tazobactam, y después con Vancomicina + imipenem + caspofungina (hasta el 08.11.2020). Además

en curaciones por TEO, y manejo por cirugía general con lavados. Actualmente manejo con Meropenem. Se atiende

llamado de enfermería por alza termica termometrada en 39.3 asociado a FC de 180 lpm, se solicita EKG encontrando

taquicardia sinusal sin signos de isquemia, FA u otras taquiarritmias. **Paciente quien desde el ingreso ha tenido fiebre,**

con multiples ciclos de antibioticos, para lo que infectologia y reumatologia conceptuan posible fiebre de origen central,

hemocultivos negativos, baja probabilidad de proceso infeccioso. se comenta con DR ECHEVERRI reumatologo, quien

indica paracetamol endovenoso y monitoria. Se explica a la acompañante quien refiere entender y acepta.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.11.2020

Hora Registro: 11:47:36

Responsable: CASTILLO MARTINEZ, ALEJANDRO

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Luisa Isaza 20 años Diagnóstico de trabajo por psiquiatría: Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis SNC) LES con compromiso inmunológico y hematológico (PTI) Tto: * Acompañante permanente. *

Vigilancia continua por riesgo de agitación. * Sertralina 50 MG 1-0-0 * Clozapina 100MG_ una a las 7pm * Lorazepam

1 MG (1-1-3) S **La madre refiere mejoría, ha estado mas comunicativa, sin embargo refiere que ayer trato de agredirla**

al sujetarla del pelo. Ha recibido la medicación y no reporta efectos adversos. La jefe del servicio refiere que **en la**

noche se torna soes con su cuidadora, pero no ha tenido episodios de heteroagresión. O Al Ex mental Paciente en la

tercera década de la vida, acompañada de la madre, viste bata blanca de la institución, en bata hospitalaria,

inmovilizada de MMSS, contextura delgada. Poco colaboradora con la entrevista, indiferente y hostil, establece poco

contacto visual con el entrevistador. Somnolienta, alertable, ubicada en persona y tiempo parcialmente, **distractil,**

memoria difícil de evaluar **Afecto pobremente modulado, irritable, ansiosa.** IPR aumentado, con **tono de voz bajo con**

producción ideativa disminuida, irrelevante, coherente y perseverante. **Contenido idea delirante persecutoria**

pobremente sistematizada, pensamiento autista No presenta trastornos aparentes de la sensopercepción de tipo

ilusión, alucinación, pseudoalucinación o alucinaciones, Juicio: comprometido Introspección: comprometido Prospección:

insierta A/P: Paciente adulta joven, con LES + vasculitis cerebral con Síndrome catatónico que ha venido evolucionando

lentamente a la mejoría, **tolera la medicación antipsicótica, pero persiste con síntomas psicóticos productivos y**

alteraciones en el comportamiento. Se decide continuar igual manejo, se ajustó recientemente la dosis de Clozapina.

Seguimiento por el servicio. **Requiere acompañante permanente**

*

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.11.2020

Hora Registro: 13:55:33

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGIA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años Fecha de Ingreso: 24.09.2020

DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Púrpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 14.11.2020).

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO - Meropenem 2 gr / 8 h (FI:08.11.2020 - ACTIVO) - Vancomicina 1 gr/12 h (FI:

08.11.2020 - ACTIVO) S: Madre refiere que se encuentra inquieta durante la noche, presenta pico febril en 39.9 °C

asociado a taquicardia en 180, adiciona que **fiebre cede con medios físicos. con mejor control del dolor.** Tolerando

alimentación por gastrostomía. Diuresis y deposiciones presentes y sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la

actual pandemia COVID-19 se evalúa el paciente: Paciente en regulares condiciones generales, luce crónicamente enferma, pálida, lenguaje incoherente. Inmovilización de miembros superiores, tranquila en el momento. SIGNOS

VITALES: FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SAO2 19.11.2020 08:00:00 36,60 128,00 16,00 97,00 57,00 70,33

95,00 19.11.2020 04:00:00 36,00 139,00 23,00 94,00 60,00 71,33 96,00 19.11.2020 00:01:00 36,90 69,00 22,00

81,00 46,00 53,00 94,00 18.11.2020 20:00:00 38,30 185,00 18,00 107,00 66,00 79,67 100,00 18.11.2020 16:00:00

37,30 144,00 19,00 106,00 58,00 74,00 96,00 18.11.2020 11:42:31 36,00 142,00 21,00 102,00 64,00 76,67 97,00

18.11.2020 07:00:00 36,60 155,00 22,00 82,00 53,00 62,67 95,00 c/c: Mucosas pálidas y húmedas. Escleras

anictéricas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo

vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional. Blando, depresible, no

doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara sacra cubierta con espuma y

sensatrack conectada a VAC funcional. Escara trocantérica izquierda ya sin sistema VAC, con tejido de granulación

adecuado, sin signos de inflamación. Producción de 56 cc en últimas 24 horas de líquido serohemático. Extremidades:

Móviles, sin edema. SNC: Déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200,

Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91

Extensión de sangre periférica: Normales en número, no se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Neutros

73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilocitosis leve a

expensas de dacriocitos y ovalocitos +, hipocromia +. -16.11.2020: Corisol basal 23.8 -14.11.2020: Lactato: 1.33,

PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto: 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en

proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, ácido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 4.7,

PCO2: 34.9, PO2: 94, BE: -0.3, HCO3: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR

pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram

sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 -

09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. - 05.11.2020: Procalcitonina 0.126 MICROBIOLOGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: Proteus mirabilis, cultivo de LCR pendiente. 09.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha. Hemocultivo para hongos en proceso. 05.11.2020: Hemocultivos negativos. PROCEDIMIENTOS: -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Hallazgos: úlcera por decubito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aprox 12cm de diametro, limpia-sistema vac úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente -apósitos escara TROCANTERICA DER DE ARPOX 1.5 CM GII CON DUODERM FONDO LIMPIO Descripción quirúrgica: paciente en decubito prono asepsia y antisepsia de gluteos y CADERAS colocacion de campos qx previo retiro de sistema vac se talla colgajos de piel y subcutaneo de gluteos con electrobisturi avanzando a linea media , lavado de cavidad y cierre parcial con puntosseparados al subcutaneo quese fijan a fascia presacra con pds 1 y puntos en piel en "u" de prolene 1 separados se deja defecto deaprox 3 cm de diametro , se protege piel con barrera lisa de 20 cm alrededor , espuma small de sistema vac in situ ,plastico adherente,sensatrack se procede a desbridamiento de escara trocanterica izq con electrobisturi de tejido desvitalizado, lavado con salina cierrecon sistema vac medio ,plastico adherente y sensatrack que se conecta en "y" con presacro a canister antiguo de 1 lt a pr de 125 mmhg continuo intensidad media se deja segmento de barrera lisa en úlcera de trocanter der cubierta con plastico adherente IMAGENES: - 09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados ni proceso consolidativo. - 09.11.2020: LOS HALLAZGOS DESCRITOS EN LAS SECUENCIAS POSTCONTRASTE SUGIEREN FOCOS DE REALCE PERIVASCULAR, A CONSIDERAR COMO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES VASCULOPATÍA INFLAMATORIAS (LES, SDR. CLIPPERS, NEUROSARCOIDOSIS, VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL).

Paciente femenina de 20 años, con antecedentes descritos, quien ha tenido seguimiento por nuestro servicio desde el ingreso con respecto a úlceras por presión sacra y trocantérica izquierda. En seguimiento y curaciones también por TEO quienes hace 4 días informan olor fétido de las escaras, por al día siguiente es llevada de nuevo a lavado y desbridamiento de estas encontrando úlcera por decúbito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aproximadamente 12cm de diámetro, limpia y úlcera trocantérica izquierda de aproximadamente 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aproximadamente 12 a 15 cm de bursa y fascia lata adyacente, y dejan defectos cubiertos con espuma y sistema VAC. Ya se retiro espuma de lesion trocanterica izquierda. Actualmente clinicamente estable, evolución favorable, modulando dolor adecuadamente y con mejoría del prurito. VAC funcionando adecuadamente, sin filtraciones y piel perilesional íntegra sin signos inflamatorios, Úlcera trocanterica izquierda sin espuma y con adecuado tejido de cicatrizacion. Se comenta caso con Dra Franco, cirujana tratante, se considera que la paciente requiere por la extensión de las lesiones curación bajo anestesia general el proximo martes 24 de noviembre, cuidado y curación por TEO mientras se hace cambio del VAC. Se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

-Continuar hospitalización a cargo de reumatología - retiro de sistema VAC en cirugía el martes 24 de noviembre, por alto riesgo de contaminación y requerimiento de curación del VAC **se considera que no debe trasladarse a betania para continuar curaciones por TEO.**

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.11.2020

Hora Registro: 14:24:43

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES

PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, con fiebre en la noche sin recurrencia posterior *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 36.6 FC 128 FR 16 PA 97/57 PAM 70 SPO2 95%, con picos febriles en la noche. Paciente que obedece órdenes y responde preguntas sencillas. Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, sin sobreagregados. Abdomen con gastrostomía funcional, LEVE DISTENSIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: **ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES hoy sin mal olor**, SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 Plat 564. 447. 385. 400. 397. PCR 5.99 6.41 17.1 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 VSG BUN 18 10.6 Creatinina 0.39 0.31 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 Potasio 3.71 3.66 3.91 Cloro 103.3 Magnesio 1.64 Calcio Fósforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 14.11: ESP sin blastos, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos + 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrófilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Ácido fólico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 15.11.20 cirugía: Úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo *Proteus mirabilis* 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serología LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR múltiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: *Proteus mirabilis*, *E. coli*, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 9.11.20 Rx torax: No consolidaciones ni derrames 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Reticulocitos: 1.04%, 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricúspide ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de *proteus*, *e. coli* y *e. faecalis*, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con *proteus*, último el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocantéricas, la izquierda con necrosis grasa y extensión de aprox 15 cm, continua con vac y curación. Cirugía general indica continuar curaciones por parte de TEO, sin nuevas intervenciones quirúrgicas por parte de la especialidad. - Fiebre y taquicardia

persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20), Infectología indica completar esquema antibiótico por 7 días. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. - Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), buena tolerancia, con notoria mejoría neurológica en producción verbal, continua manejo con esteroide oral, se hace énfasis en rehabilitación integral. Últimos paraclínicos con hemoglobina estable, cirugía general indica no se harán nuevas intervenciones quirúrgicas, en seguimiento por TEO (última curación el día de ayer), durante la noche con picos febriles, persistencia de taquicardia, EKG con taquicardia sinusal, continua cubrimiento antibiótico y manejo con paracetamol. **Tiene pendiente traslado a Betania para continuar rehabilitación integral.**

- Traslado a Betania - Termina manejo antibiótico el 21.11.2020 - Terapia física y ocupacional - Curaciones por terapia enterostomal

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.11.2020

Hora Registro: 07:24:01

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGIA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años Fecha de Ingreso: 24.09.2020

DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO - Meropenem 2 gr / 8 H (FI:08.11.2020 - ACTIVO) - Vancomicina 1 gr/12 h (FI: 08.11.2020 - 14.11.2020) S: Madre refiere que la ve mejor, paso buena noche, sin dolor. Tolerando alimentación por gastrostomía. Diuresis y deposiciones presentes y sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa el paciente: Paciente en regulares condiciones generales, luce crónicamente enferma, pálida. Inmovilización de miembros superiores, tranquila en el momento. SIGNOS VITALES: HORA T FC FR TAS TAD TAM SAO2 05:12:03 36,50 139,00 22,00 95,00 47,00 63,00 94,00 22:56:53 36,70 134,00 22,00 95,00 68,00 77,00 99,00 20:00:00 36,20 122,00 23,00 93,00 54,00 67,00 98,00 16:00:00 36,00 119,00 22,00 97,00 65,00 75,67 98,00 c/c: Mucosas pálidas y húmedas. Escleras anictericas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara sacra cubierta con espuma y sensatrack conectada a VAC funcional. Escara trocantérica izquierda con sistema VAC funcional. Producción de 56 cc en últimas 24 horas de líquido serohemático. Úlcera por presión trocanterica derecha grado II con aposito sin secreción fetida. Alrededor de la región se observa eritema y calor. Extremidades: Hipotroficas, sin edema, Úlcera por presión grado I en tobillo izquierdo y derecho cubiertas sin secreción ni signos inflamatorios. SNC: Déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periférica: Normales en numero, n ose observan blastos ni alteraciones morfológicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilicitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos +, hipocromia +. -16.11.2020: Corisol basal 23.8 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto: 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, acido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 4.7, PCO2: 34.9, PO2: 94, BE: -0.3, HCO3: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. - 05.11.2020: Procalcitonina 0.126 MICROBIOLOGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: *Proteus mirabilis*, cultivo de LCR pendiente. 09.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha. Hemocultivo para hongos en proceso. 05.11.2020: Hemocultivos negativos. PROCEDIMIENTOS: -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Hallazgos: úlcera por decubito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aprox 12cm de diametro, limpia-sistema vac úlcera trocanterica izquierda

de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente apositos escara TROCANTERICA DER DE ARPOX 1.5 CM GII CON DUODERM FONDO LIMPIO Descripción quirúrgica: paciente en decubito prono asepsia y antisepsia de gluteos y CADERAS colocacion de campos qx previo retiro de sistema vac se talla colgajos de piel y subcutaneo de gluteos con electrobisturi avanzando a linea media , lavado de cavidad y cierre parcial con puntos separados al subcutaneo quese fijan a fascia presacra con pds 1 y puntos en piel en "u" de prolene 1 separados se deja defecto de aprox 3 cm de diametro , se protege piel con barrera lisa de 20 cm alrededor , espuma small de sistema vac in situ ,plastico adherente,sensatrack se procede a desbridamiento de escara trocanterica izq con electrobisturi de tejido desvitalizado, lavado con salina cierre con sistema vac medio ,plastico adherente y sensatrack que se conecta en "y" con presacro a canister antiguo de 1 lt a pr de 125 mmhg continuo intensidad media se deja segmento de barrera lisa en ulcera de trocanter der cubierta con plastico adherente IMAGENES: - 09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados ni proceso consolidativo. - 09.11.2020: LOS HALLAZGOS DESCRITOS EN LAS SECUENCIAS POSTCONTRASTE SUGIEREN FOCOS DE REALCE PERIVASCULAR, A CONSIDERAR COMO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES VASCULOPATÍA INFLAMATORIAS (LES, SDR. CLIPPERRS, NEUROSARCOIDOSIS, VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL).

Paciente femenina de 20 años, con antecedentes descritos, quien ha tenido seguimiento por nuestro servicio desde el ingreso con respecto a úlceras por presión sacra y trocantérica izquierda. En seguimiento y curaciones también por TEO quienes hace 4 días informan olor fétido de las escaras, por al día siguiente es llevada de nuevo a lavado y desbridamiento de estas encontrando úlcera por decúbito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aproximadamente 12cm de diámetro, limpia y úlcera trocantérica izquierda de aproximadamente 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aproximadamente 12 a 15 cm de bursa y fascia lata adyacente, y dejan defectos cubiertos con espuma y sistema VAC. Ya se retiro espuma de lesión trocanterica izquierda. Actualmente clinicamente estable, modulando dolor adecuadamente, VAC funcionando adecuadamente, sin filtraciones y piel perilesional íntegra con eritema y calor, úlcera trocanterica izquierda sin espuma y con adecuado tejido de cicatrización. **Tiene nueva curación bajo anestesia general el 24 de noviembre, por lo que se sugiere no trasladar a betania.** Continúa cuidado y curación por TEO mientras se hace cambio del VAC. Se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

-Continuar hospitalización a cargo de reumatología -Retiro de sistema VAC en cirugía el martes 24 de noviembre, por alto riesgo de contaminación y requerimiento de curación del VAC se considera que no debe trasladarse a betania para continuar curaciones por TEO.

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.11.2020

Hora Registro: 10:05:16

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 °C, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere encontrarla en mejores condiciones generales, con mayor interacción con el medio, sin nuevos episodios de fiebre o nueva sintomatología. No diarrea. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19*

EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 37,7, FC 141, FR 19, TA 111/67, TAM 81,67, SAT 96% Paciente que obedece órdenes y responde preguntas sencillas. Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, sin sobreagregados. Abdomen con gastrostomía funcional, LEVE DISTENSIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES, hoy sin mal olor. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 Plat 564. 447. 385. 400. 397. PCR 5.99 6.41 17.1 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 VSG BUN 18 10.6 Creatinina 0.39 0.31 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 Potasio 3.71 3.66 3.91 Cloro 103.3 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 14.11: ESP sin blastos, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos + 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrofilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germenes: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 9.11.20 Rx torax: No consolidaciones ni derrames 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Reticulocitos: 1.04%, 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricúspide ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus, ultimo el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocantericas, la izquierda con necrosis grasa y extension de aprox 15 cm, continua con vac y curación. Cirugia general indica continuar curaciones por parte de TEO, sin nuevas intervenciones quirúrgicas por parte de la especialidad. - Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20), Infectología indica completar esquema antibiótico por 7 días. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN

cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. - Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), buena tolerancia, con notoria mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral, se hace énfasis en rehabilitación integral. - El 18.11.2020 en la noche cursó con nuevo pico febril asociado a elevación de la frecuencia cardíaca. Se realizó EKG con evidencia de taquicardia sinusal, sin otras alteraciones. Se indicó continuar manejo antibiótico y Paracetamol IV con horario. Desde entonces sin nuevas alzas térmicas. Paraclínicos de control sin elevación de reactantes de fase aguda, con hemoglobina estable. Se decide suspender dipirone y continuar Paracetamol. **Cirugía general indicó cambio de sistema VAC el 24.11.2020 por lo que se cancela traslado a Betania.** Por el momento debe continuar curaciones por TEO y proceso de rehabilitación integral.

- **Termina manejo antibiótico el 21.11.2020** - **Cambio de VAC por cirugía el 24.11.2020** - **Curaciones** por terapia enterostomal - Terapia física y ocupacional

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 20.11.2020

Hora Registro: 16:36:28

Responsable: CORDOBA SALAZAR, DIANA CAROLINA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#9. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE -PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO DIAGNOSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --Post operatorio escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 -08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central -Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN SU CUARTO, ACOMPAÑADA POR SU MAMÁ, EN SESIÓN **SE REALIZA TRANSICIÓN DE SUPINO A SEDENTE LIBRE AL BORDE DE CAMA LOGRANDO MANTENER LA POSICIÓN PARCIALMENTE, REQUIERE APOYO PARA AJUSTARSE Y ALINEARSE POSTURALMENTE.** POR OTRO LADO TAMBIÉN SIGUE PARCIALMENTE LA INDICACIÓN SIMPLE LOGRANDO LIBERAR MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PERO SIN SER FUNCIONAL, MAYOR RIGIDEZ VOLUNTARIA CON EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PARA REALIZAR ALCANCES. PACIENTE CON AFECTO PLANO, ACTITUD MENOS PERPLEJA PERO CON POBRE RELACIÓN CON LA TERAPEUTA. DEJO ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.11.2020

Hora Registro: 16:52:31

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación DIAGNÓSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, en estable condición, en cama, en compañía de madre. Ubicada en persona y espacio, más no en tiempo. **Se realiza actividad estimulación fluidez verbal semántica, requiriendo en pocas ocasiones apoyo fonológico o semántico;** además **se trabaja evocación automatismos números, días de la semana y meses del año, logrando evocación de estos en orden directo con poco apoyo fonológico, en orden inverso, requiere apoyo constante.** **Se brindan pautas a la madre de estimulación evocación automatismos (números, días semana, meses año) en orden directo e inverso;** la madre refiere comprender y aceptar. Queda estable. -----

-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia

se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Seguimiento Fonoaudiología Lenguaje. Fonoaudiología Deglución: La paciente no presenta alteración en la deglución con espesos o líquidos claros, por lo cual se le puede suministrar en forma dosificada estas consistencias a tolerancia, en sedente, verificando estado alerta. Por lo tanto se autoriza toma de agua en forma dosificada a libre demanda; se continúa con estímulos orales con compota o yogurt am-pm a solicitud de la paciente. Al momento de requerir algún estímulo en estas consistencias, se le debe solicitar al Jefe de turno.

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.11.2020

Hora Registro: 17:42:29

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Seguimiento a interconsulta. Luisa Isaza 20 años Diagnóstico de trabajo por psiquiatría: Síndrome catatonico orgánico (en el contexto de vasculitis SNC) Seguimiento **Paciente que interactua mejor con la madre y la paciente que la acompaña. Duerme bien. Continúa con alucinaciones visuales y auditivas, delirios persecutorios y místicos.** Hay mayor movilidad. **Sin efectos adversos de la medicación psiquiátrica.**

En cama, por pequeños instantes se comunica con la paciente de al lado, tranquila. Juicio alterado. Negativista.

Mas tranquila, aun psicótica. Se aumenta la dosis de clozapina a 125mg.

* Continuar hospitalización con acompañante permanente. * Vigilancia continua por riesgo de agitación. * Sertralina 50 MG 1-0-0 * Clozapina 100MG_ una a las 7pm * Clozapina 25mg: una a las 7pm (AUMENTO) * Lorazepam 1 MG (1-1-3) Se valorará posteriormente para determinar requerimiento de otros ajustes de la medicación.

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.11.2020

Hora Registro: 07:17:58

Responsable: TASCON MOSQUERA, MARCELA LUCIA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGIA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO - Meropenem 2 gr / 8 H (FI:08.11.2020 - ACTIVO) - Vancomicina 1 gr/12 h (FI: 08.11.2020 - 14.11.2020) S: Madre refiere que la ve bien, tranquila, sin dolor. Tolerando alimentación por gastrostomía. Diuresis y deposiciones presentes y sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa el paciente: Paciente en regulares condiciones generales, luce crónicamente enferma, pálida. Inmovilización de miembros superiores, tranquila en el momento. SIGNOS VITALES: HORA T FC FR TAS TAD TAM SAO2 04:19:32 37,60 144,00 20,00 96,00 61,00 72,67 97,00 00:04:58 38,60 146,00 20,00 113,00 56,00 75,00 95,00 c/c: Mucosas pálidas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara sacra cubierta con espuma y sensatrack conectada a VAC funcional. Escara trocantérica izquierda con sistema VAC funcional. Producción de 230 cc en últimas 24 horas de líquido serohemático. Úlcera por presión trocanterica derecha grado II con apósito con secreción purulenta no fétida ni verdosa, sin cambios inflamatorios alrededor. Alrededor de la región se observa eritema y calor. Extremidades: Hipotroficas, sin edema, Úlcera por presión grado I en tobillo izquierdo y derecho cubiertas sin secreción ni signos inflamatorios. SNC: Déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periférica: Normales en numero, no se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilocitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos +, hipocromia +. -16.11.2020: Corisol basal 23.8 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto: 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, ácido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 7.4, PCO2: 34.9, PO2: 94, BE: -0.3, HCO3: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 -

09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. - 05.11.2020: Procalcitonina 0.126 MICROBIOLOGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: Proteus mirabilis, cultivo de LCR pendiente. 09.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha. Hemocultivo para hongos en proceso. 05.11.2020: Hemocultivos negativos. PROCEDIMIENTOS: -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Hallazgos: úlcera por decubito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aprox 12cm de diametro, limpia-sistema vac úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente apositos escaRA TROCANTERICA DER DE ARPOX 1.5 CM GII CON DUODERM FONDO LIMPIO Descripción quirúrgica: paciente en decubito prono asepsia y antisepsia de gluteos y CADERAS colocacion de campos qx previo retiro de sistema vac se talla colgajos de piel y subcutaneo de gluteos con electrobisturi avanzando a linea media , lavado de cavidad y cierre parcial con puntosseparados al subcutaneo quese fijan a fascia presacra con pds 1 y puntos en piel en "u" de prolene 1 separados se deja defecto deaprox 3 cm de diametro , se protege piel con barrera lisa de 20 cm alrededor , espuma small de sistema vac in situ ,plastico adherente,sensatrack se procede a desbridamiento de escara trocanterica izq con electrobisturi de tejido desvitalizado, lavado con salina cierrecon sistema vac medio ,plastico adherente y sensatrack que se conecta en "y" con presacro a canister antiguo de 1 lt a pr de 125 mmhg continuo intensidad media se deja segmento de barrera lisa en úlcera de trocanter der cubierta con plastico adherente IMAGENES: - 09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados ni proceso consolidativo. - 09.11.2020: LOS HALLAZGOS DESCRITOS EN LAS SECUENCIAS POSTCONTRASTE SUGIEREN FOCOS DE REALCE PERIVASCULAR, A CONSIDERAR COMO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES VASCULOPATÍA INFLAMATORIAS (LES, SDR. CLIPPERRS, NEUROSARCOIDOSIS, VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL).

Paciente femenina de 20 años, con antecedentes descritos, quien ha tenido seguimiento por nuestro servicio desde el ingreso con respecto a úlceras por presión sacra y trocantérica izquierda. En seguimiento y curaciones también por TEO quienes informaron olor fétido de las escaras, es llevada de nuevo a lavado y desbridamiento el 14.11.2020, encontrando úlcera por decúbito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aproximadamente 12cm de diámetro, limpia y úlcera trocantérica izquierda de aproximadamente 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aproximadamente 12 a 15 cm de bursa y fascia lata adyacente, y dejan defectos cubiertos con espuma y sistema VAC. Actualmente hemodinamicamente estable, modulando dolor adecuadamente, VAC funcional sin filtraciones sin embargo el día de hoy en la madrugada presenta pico febril y taquicardia, las cuales se han considerado de origen central, no obstante al examen físico se evidencia cambios en úlcera trocanterica izquierda, la cual presenta secreción purulenta por lo que se decide tomar hemograma y PCR para descartar proceso infeccioso. Igualmente tiene nueva intervención quirúrgica el proximo 24 de noviembre. Continúa cuidado y curación por TEO mientras se hace cambio del VAC. Se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

-Continuar hospitalización a cargo de reumatología -Se solicita hemograma, PCR -Retiro de sistema VAC en cirugía el martes 24 de noviembre, por alto riesgo de contaminación y requerimiento de curación del VAC se considera que no debe trasladarse a betania para continuar curaciones por TEO.

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.11.2020

Hora Registro: 10:51:43

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos:

Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere que en horas de la noche presneto un pico febril 38.6C. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA: 93/64 mmHg, FC: 142 lpm, FR: 19 rpm, Sat: 98% T: 36.8C Paciente que obedece órdenes y responde preguntas sencillas. Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, sin sobreagregados. Abdomen con gastrostomía funcional, LEVE DISTENSIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES, hoy sin mal olor. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 Plat 564. 447. 385. 400. 397. PCR 5.99 6.41 17.1 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 VSG BUN 18 10.6 Creatinina 0.39 0.31 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 Potasio 3.71 3.66 3.91 Cloro 103.3 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 14.11: ESP sin blastos, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos + 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrófilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Ácido fólico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocanterica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 9.11.20 Rx torax: No consolidaciones ni derrames 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Reticulocitos: 1.04%, 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus, ultimo el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocanticas, la izquierda con necrosis grasa y extension de aprox 15 cm, continua con vac y curación. Cirugía general indica continuar curaciones por parte de TEO, sin nuevas intervenciones quirúrgicas por parte de la especialidad. - Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a

las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20), Infectología indica completar esquema antibiótico por 7 días. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. - Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), buena tolerancia, con notoria mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral, se hace énfasis en rehabilitación integral. - El 18.11.2020 en la noche cursó con nuevo pico febril asociado a elevación de la frecuencia cardiaca. Se realizó EKG con evidencia de taquicardia sinusal, sin otras alteraciones. Se indicó continuar manejo antibiótico y Paracetamol IV con horario. Desde entonces sin nuevas alzas térmicas, **hasta la noche de ayer 20.11.20 con nuevo pico febril 38.6C, se decide solicitar controles de paraclínicos ya que el día de hoy finalizaba esquema antibiótico para definir conductas. De momento fue cancelado traslado a Betania dado su condición clínica y nuevo procedimiento quirúrgico planteado por cirugía general el día 24.11.20.** Por el momento debe continuar curaciones por TEO y proceso de rehabilitación integral. Atento a curva térmica para definir toma de nuevos cultivos.

- Termina manejo antibiótico el 21.11.2020 - Cambio de VAC por cirugía el 24.11.2020 - Curaciones por terapia enterostomal - Terapia física y ocupacional

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.11.2020

Hora Registro: 09:14:48

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere verla un poco mejor-. Último pico febril 38.2C (12 AM 22.11.20). No diarrea. No tos. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA: 109/75 mmHg, FC: 147 lpm, FR: 21 rpm, Sat: 98% T: 35.7C Paciente que obedece órdenes y responde preguntas sencillas. Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, sin sobreagregados. Abdomen con gastrostomía funcional, LEVE DISTENSIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES, hoy sin mal olor. SISTEMA VAC FUNCIONANDO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO:

Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.0 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 14.11: ESP sin blastos, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos + 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrofilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilicitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 9.11.20 Rx torax: No consolidaciones ni derrames 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Reticulocitos: 1.04%, 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspidea ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus, ultimo el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocantericas, la izquierda con necrosis grasa y extension de aprox 15 cm, continua con vac y curación. Cirugía general indica continuar curaciones por parte de TEO, sin nuevas intervenciones quirúrgicas por parte de la especialidad. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20), Infectología indica completar esquema antibiótico por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), buena tolerancia, con notoria mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral El 18.11.2020 en la noche cursó con

nuevo pico febril asociado a elevación de la frecuencia cardiaca. Se realizó EKG con evidencia de taquicardia sinusal, sin otras alteraciones. **Se indicó continuar manejo antibiótico y Paracetamol IV con horario. Desde entonces sin nuevas alzas térmicas, finalizando antibioticoterapia el día 21.11.20 sin embargo con reinicio de picos febriles en 2 ocasiones el 20.11.20 y el 21.11.20 sin inestabilidad hemodinámica, sin aumento en recuento de leucocitos y con PCR en descenso por lo que de momento se difiere toma de nuevos cultivos y se continuara vigilando curva termica, en espera de nuevo procedimiento quirurgico planteado por cirugía general el día 24.11.20 para control de proceso infeccioso por escaras severas. Paciente con alto riesgo de morbilidad.**

- Cambio de VAC por cirugía el 24.11.2020 - Curaciones por terapia enterostomal - Terapia física y ocupacional - Curva termica estrcita

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.11.2020

Hora Registro: 09:38:55

Responsable: TORRES DELGADO, MONICA PATRICIA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGIA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO - Meropenem 2 gr / 8 H (FI:08.11.2020 - ACTIVO) - Vancomicina 1 gr/12 h (FI: 08.11.2020 - 14.11.2020) S: Madre refiere paso buena noche, tranquila, sin dolor. Tolerando alimentación por gastrostomía. Diuresis y deposiciones presentes y sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada proteccion de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalua el paciente: Paciente en regulares condiciones generales, luce crónicamente enferma, pálida. Inmovilización de miembros superiores, tranquila en el momento. SIGNOS VITALES: HORA T FC FR TAS TAD TAM SAO2 04:00:00 37,10 153,00 22,00 91,00 57,00 68,33 96,00 00:00:01 38,20 155,00 19,00 109,00 46,00 67,00 100,00 c/c: Mucosas pálidas y húmedas. Escleras anictericas. Cuello movil, sin masas Tórax: Normoexpandible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara sacra cubierta con espuma y sensatrack conectada a VAC funcional. Escara trocantérica izquierda con sistema VAC funcional. Producción de 230 cc en últimas 24 horas de líquido serohemático. Úlcera por presión trocanterica derecha grado III con aposito con secreción purulenta no fetida ni verdosa, sin cambios inflamatorios alrededor. Alrededor de la región se observa eritema y calor. Extremidades: Hipotroficas, sin edema, Úlcera por presión grado I en tobillo izquierdo y derecho cubiertas sin secreción ni signos inflamatorios. SNC: Déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS - 22.11.2020 : pendientes -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periferica: Normales en numero, n ose observan blastos ni alteraciones morfologicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilocitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos +, hipocromia +. -16.11.2020: Corisol basal 23.8 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto; 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, acido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 4.7, PCO2: 34.9, PO2: 94, BE: -0.3, HCO3: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: celulas 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. - 05.11.2020: Procalcitonina 0.126 MICROBIOLOGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: Proteus mirabilis, cultivo de LCR pendiente. 09.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha. Hemocultivo para hongos en proceso. 05.11.2020: Hemocultivos negativos. PROCEDIMIENTOS: -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Hallazgos: ulcera por decubito presacra con tejido de granulacion bien perfundido, de aprox 12cm de diametro, limpia-sistema vac ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente apositos escaRA TROCANTERICA DER DE ARPOX 1.5 CM GII CON DUODERM FONDO LIMPIO Descripción quirúrgica: paciente en decubito prono asepsia y antisepsia de gluteos y CADERAS colocacion de campos qx previo retiro de sistema vac se talla colgajos de piel y subcutaneo de gluteos con electrobisturi avanzando a linea media , lavado de cavidad y cierre parcial con puntosseparados al subcutaneo quese fijan a fascia presacra con pds 1 y puntos en piel en "u" de prolene 1 separados se deja defecto deaprox 3 cm de diametro , se protege piel con barrera lisa de 20 cm alrededor , espuma small de sistema vac in situ ,plastico adherente,sensatrack se procede a desbridamiento de escara trocanterica izq con electrobisturi de tejido desvitalizado, lavado con salina cierrecon sistema vac medio ,plastico adherente y sensatrack que se conecta en "y" con presacro a canister antiguo de 1 lt a pr de 125 mmhg continuo intensidad media se deja segmento de barrera lisa en ulcera de trocanter der cubierta con plastico adherente IMAGENES: - 09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados ni proceso consolidativo. - 09.11.2020: LOS HALLAZGOS

DESCRITOS EN LAS SECUENCIAS POSTCONTRASTE SUGIEREN FOCOS DE REALCE PERIVASCULAR, A CONSIDERAR COMO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES VASCULOPATÍA INFLAMATORIAS (LES, SDR. CLIPPERRS, NEUROSARCOIDOSIS, VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL).

Paciente femenina de 20 años, con antecedentes descritos, quien ha tenido seguimiento por nuestro servicio desde el ingreso con respecto a úlceras por presión sacra y trocantérica izquierda. Quien fue llevada a lavado y desbridamiento último el 14.11.2020 donde se evidencio encontrando úlcera por decúbito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aproximadamente 12cm de diámetro, limpia y úlcera trocantérica izquierda de aproximadamente 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aproximadamente 12 a 15 cm de bursa y fascia lata adyacente, que se dejan con sistema VAC. Ahora presenta nueva ulcera trocantérica derecha grado III de 2x2cm la cual esta en curaciones por TEO sin embargo presenta secreción purulenta. Dado a que la paciente ha presentado picos febriles, ultimo hoy a las 00+00 y taquicardias, las cuales se han considerado de origen central, no obstante se solicito paraclínicos de control para descartar proceso infeccioso los cuales estan pendientes Por otro lado, paciente se encuentra hemodinamicamente estable, modulando dolor adecuadamente, VAC funcional sin filtraciones. Nueva intervención quirúrgica el proximo 24 de noviembre. Continúa cuidado y curación por TEO mientras se hace cambio del VAC. Se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

-Hemograma, PCR pendientes -Retiro de sistema VAC en cirugía el martes 24 de noviembre, por alto riesgo de contaminación y requerimiento de curación del VAC se considera que no debe trasladarse a betania para continuar curaciones por TEO.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 23.11.2020

Hora Registro: 09:04:27

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFI LUZ

NUTRICION

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.11.2020

Hora Registro: 09:25:55

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGIA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y trocantérica izquierda con sistema VAC y trocantérica derecha con aposito. -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO - Meropenem 2 gr / 8 H (FI:08.11.2020 - 21.11.2020) - Vancomicina 1 gr/12 h (FI: 08.11.2020 - 14.11.2020) Subjetivo: Madre refiere verla bien, tranquila, sin dolor. Refiere que la paciente se queja de prurito. Tolerando alimentación por gastrostomía. Diuresis y deposiciones presentes y sin alteraciones. No episodios de diarrea.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa el paciente: Paciente en regulares condiciones generales, luce crónicamente enferma. Inmovilización de miembros superiores, tranquila en el momento. No se relaciona con el evaluador. SIGNOS VITALES: FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SAO2 23.11.2020 08:00:01 36,70 155,00 20,00 106,00 69,00 81,33 100,00 23.11.2020 04:00:00 37,40 110,00 21,00 92,00 47,00 62,00 95,00 23.11.2020 00:00:10 38,30 110,00 21,00 92,00 47,00 62,00 95,00 22.11.2020 19:00:00 36,80 149,00 21,00 108,00 65,00 79,33 96,00 22.11.2020 15:00:00 35,90 150,00 21,00 89,00 59,00 69,00 97,00 22.11.2020 12:38:47 35,40 136,00 20,00 96,00 61,00 72,67 97,00 22.11.2020 07:00:42 35,70 147,00 21,00 109,00 75,00 86,33 98,00 22.11.2020 04:00:00 37,10 153,00 22,00 91,00 57,00 68,33 96,00 c/c: Mucosas pálidas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara sacra cubierta con espuma y sensatrack conectada a VAC funcional. Escara trocantérica izquierda con sistema VAC funcional. Producción de 230 cc en últimas 24 horas de líquido serohemático. Úlcera por presión trocantérica derecha grado III con aposito con secreción purulenta no fetida ni verdosa, sin cambios inflamatorios alrededor. Alrededor de la región se observa eritema y calor. Extremidades: Hipotroficas, sin edema, úlcera por presión grado I en tobillo izquierdo y derecho cubiertas sin secreción ni signos inflamatorios. SNC: Déficit neurológico ya conocido. PARACLÍNICOS - 22.11.2020 : Hb 6.3 Leucos 6420 Neutros 3930 (61%) Linfos 1860(29%) PLT 511000 BUN 11.6 Cr 0.3 ALT 23.9 AST 17.9 Na 138 K 3.95 Cl 103 PCR 6.01 -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periférica: Normales en numero, n ose observan blastos

ni alteraciones morfológicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilicitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos +, hipocromia +. -16.11.2020: Corisol basal 23.8 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto; 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, ácido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 4.7, PCO2: 34.9, PO2: 94, BE: -0.3, HCO3: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. - 05.11.2020: Procalcitonina 0.126 MICROBIOLOGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: Proteus mirabilis, cultivo de LCR pendiente. 18.11.2020 Valoración por TEO: A la valoración física se observa: - Trocater derecho: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 1x1x1cm con tejido desvitalizado, bordes regulares, piel perilesional íntegra, sin signos de infección. Se realiza irrigación con solución salina y se cubre con apósito Bactigras 5x5cm más apósito absorbente. - Trocater izquierdo: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 17x6x2cm cavitada y tunelizada, con tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes regulares, piel perilesional con gran dermatitis por humedad que se extiende por el muslo, riesgo de micosis, sin signos de infección. Dificultad para la adherencia de los apósitos. Lesión por presión sospecha de lesión profunda en borde inferior de forma lineal 4x0,5cm. - Sacra: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 6,5x3,5x2cm cavitada y tunelizada, borde superior e inferior con suturas conservadas, tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes irregulares, piel perilesional en recuperación, sin signos de infección. PROCEDIMIENTOS: -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Hallazgos: úlcera por decubito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aprox 12cm de diámetro, limpia-sistema vac úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente apósitos escara TROCANTERICA DER DE ARPOX 1.5 CM GII CON DUODERM FONDO LIMPIO Descripción quirúrgica: paciente en decubito prono, asepsia y antisepsia de glúteos y caderas colocación de campos qx previo retiro de sistema vac, se talla colgajos de piel y subcutáneo de glúteos con electrobisturi, avanzando a línea media , lavado de cavidad y cierre parcial con puntos separados al subcutáneo que se fijan a fascia presacra con pds 1 y puntos en piel en "u" de prolene 1 separados se deja defecto de aprox 3 cm de diámetro , se protege piel con barrera lisa de 20 cm alrededor , espuma small de sistema vac in situ ,plástico adherente,sensatrack se procede a desbridamiento de escara trocanterica izq con electrobisturi de tejido desvitalizado, lavado con salina cierre con sistema vac medio ,plástico adherente y sensatrack que se conecta en "y" con presacro a canister antiguo de 1 lt a pr de 125 mmhg continuo intensidad media. se deja segmento de barrera lisa en úlcera de trocater der cubierta con plástico adherente

Paciente femenina de 20 años, con antecedentes descritos, quien está en seguimiento por nuestro servicio por úlceras por presión sacra y trocanterica izquierda. Quien fue llevada a lavado y desbridamiento último el 14.11.2020 donde se evidenció úlcera por decúbito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aproximadamente 12cm de diámetro, limpia y úlcera trocanterica izquierda de aproximadamente 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aproximadamente 12 a 15 cm de bursa y fascia lata adyacente, que se dejan con sistema VAC. Además de úlcera trocanterica derecha actualmente grado III 2x2cm la cual está en curaciones por TEO. Actualmente paciente se encuentra hemodinámicamente estable, modulando dolor adecuadamente, VAC funcional sin filtraciones. Durante la noche presento pico febril y taquicardias. Sin embargo, **paraclínicos de control no se evidencia aumento de los reactantes de fase aguda por lo que se descarta proceso infeccioso actual.** **Adicionalmente paciente presenta prurito y TEO considera paciente con dermatitis por humedad, con alto riesgo de micosis**, por lo que se tomara cultivos el día de mañana durante el procedimiento. Se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

-Retiro de sistema VAC en cirugía el martes 24 de noviembre, por alto riesgo de contaminación y requerimiento de curación del VAC se considera que no debe trasladarse a betania para continuar curaciones por TEO.

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.11.2020

Hora Registro: 12:20:16

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Púrpura trombocitopénica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y trocanterica izquierda con sistema VAC y trocanterica derecha con apósito. -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, en estable condición, en cama, en compañía de madre. Ubicada en persona y espacio, más no en tiempo. **Se realiza actividad evocación automatismos (números, días de la semana y meses del año) en orden directo e inverso, observando mayor dificultad en orden inverso; además se trabaja mantenimiento tónico comunicativo en habla espontánea.** Se brindan pautas a la madre de estimulación evocación automatismos

(números, días semana, meses año) en orden directo e inverso y mantenimiento de tópico comunicativo; la madre refiere comprender y aceptar. Queda estable. -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Seguimiento Fonoaudiología Lenguaje. Fonoaudiología Deglución: La paciente **no presenta alteración en la deglución** con espesos o líquidos claros, por lo cual **se le puede suministrar en forma dosificada estas consistencias a tolerancia, en sedente, verificando estado alerta.** Por lo tanto se autoriza toma de agua en forma dosificada a libre demanda; se continúa con estímulos orales con compota o yogurt am-pm a solicitud de la paciente. Al momento de requerir algún estímulo en estas consistencias, se le debe solicitar al Jefe de turno.

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.11.2020

Hora Registro: 12:29:45

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, presentó un pico febril en 38.3 C a las 12 AM de hoy 23.11.20. La madre refiere que en la mañana tuvo un episodio emético posprandial. Niega diarrea, tos u otra sintomatología. Aumento de lesiones en espalda. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 36,7, FC 155, FR 20, TA 106/69, TAM 81,33, SAT 100% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, sin sobreagregados. Abdomen con gastrostomía funcional, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 14.11: ESP sin blastos, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos + 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual:

Neutrofilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilicitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 9.11.20 Rx torax: No consolidaciones ni derrames 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Reticulocitos: 1.04%, 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricúspide ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus, ultimo el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocantericas, la izquierda con necrosis grasa y extension de aprox 15 cm, continua con vac y curación. Cirugía general indica continuar curaciones por parte de TEO, sin nuevas intervenciones quirúrgicas por parte de la especialidad. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días según indicación de infectología. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), buena tolerancia, con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. El 18.11.2020 cursó con nuevo pico febril, EKG con evidencia de taquicardia sinusal, sin otras alteraciones. Completó tratamiento antibiótico el 21.11.20. Ha cursado con alzas térmicas intermitentes el 20.11.20, 21.11.20 y 23.11.20 sin inestabilidad hemodinámica, paraclínicos con descenso de los reactantes de fase aguda por lo que se difiere toma de nuevos cultivos y se indica continuar vigilancia con curva térmica. Mañana será llevada a procedimiento planteado por cirugía general para control de proceso infeccioso por escaras severas (se interrogara beneficio de derivación dado contaminación de escaras con materia fecal de forma frecuente). Mientras tanto debe continuar curaciones por TEO. Al examen físico se evidencia eritema extenso en toda la región lumbar con áreas de descamación por lo que se solicita concepto de dermatología para optimizar medidas de cuidados de piel. Paciente con alto riesgo de morbilidad. Se explica a la madre.

- Valoración por dermatología - Cambio de VAC por cirugía MAÑANA 24.11.2020 - Curaciones por terapia enterostomal
- Terapia física y ocupacional - Curva térmica

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 23.11.2020

Hora Registro: 15:05:19

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#10. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE
-PROMOVER RESPUESTAS ADAPTATIVAS A LOS ESTIMULOS SENSITIVOS -MANTENER FUNCION MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, MOVILIZACION A FAMILIAR

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 11/15, CON RIESGO DE CAIDA: 4 MEDIO, ESCALA BRADEN: 13 MEDIO
DIAGNOSTICOS: -Úlcera por presión en región sacra y glútea --Post operatorio escarectomía + lavado + desbridamiento 26.09.2020 - 04.10.2020 -08.10.2020 - 16/10/2020-23.10.2020 --Última curación por TEO el 29.10.2020 -Lupus eritematoso sistémico agosto 2019. -Mielitis transversa? -Fiebre de origen central -Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis de SNC?) Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

ENCUENTRO A LUISA EN CAMA EN DECUBITO LATERAL, ACOMPAÑADA DE LA MADRE, SE INICIA ESTIMULANDO LA ATENCION, LA INTERACCION SOCIAL, POR LO QUE SE REALIZAN PREGUNTAS, LA PACIENTE RESPONDE AL SALUDO AL INICIO CON FRASES CORTAS, CONCRETA, LUEGO LOGRA MAYOR CONTACTO CON LA REALIZADA, SE PROMUEVE POSICION SEMIFOWLER, SE TRABAJA ACTIVIDAD DE PEINADO, DONDE SE ESTIMULA LA COORDINACION MOTORA FINA, LUEGO ACTIVIDAD DE "TOMAR FOTO CON EL CELULAR" LA PACIENTE SE INTEGRA ACTIVAMENTE LOGRANDO INTEGRACION BIMANUAL, LOGRA ESTABLECER CONVERSACIONES CORTAS, CON AFECTO PUERIL, REFIERE SENTIR MIEDO, POR LO QUE ABRAZA UNA ALMOHADA, SE PROMUEVE LA CALMA, FINALMENTE REALIZA PATRONES FUNCIONALES A IMITACION. FINALIZA Y QUEDA ESTABLE EN DECUBITO LATERAL.

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.11.2020

Hora Registro: 16:16:05

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Seguimiento a interconsulta. Luisa Isaza 20 años Diagnóstico de trabajo por psiquiatría: Síndrome catatónico orgánico (en el contexto de vasculitis SNC) Seguimiento Paciente con mayor producción del discurso, sin agitación, durmiendo bien. Tolerar la medicación psiquiátrica.

En cama, más activa, modula mejor afecto, laconica, delirios mal sistematizados, no ideas de autoagresión, sin alucinaciones, alerta, nipo-prosexica, desorientada, juicio alterado.

Paciente que duerme bien, menos ansiosa, mejoría en la producción de discurso. Se explica a la madre el uso, beneficios y efectos adversos de la medicación psiquiátrica. Considero por el momento no haber cambios. Hay evolución hacia la mejoría. Cierro interconsulta.

* Sertralina 50 MG 1-0-0 * Clozapina 100MG_ una a las 7pm * Clozapina 25mg: una a las 7pm * Lorazepam 1 MG (1-1-3) * Cierro interconsulta.

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.11.2020

Hora Registro: 18:44:28

Responsable: GONZALEZ TENORIO, MARTHA LUCIA

Especialidad: DERMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DERMATOLOGIA INTERCONSULTA 23/11/2020 LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 EDAD: 21 AÑOS
DIAGNÓSTICOS: 1. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ACTIVO REFRACTARIO -- PURPURA TROMBOCITOPENICA. -- VASCULITIS EN SNC -- NEUROLUPUS; SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS, POSTRACIÓN Y DEPENDENCIA TOTAL. 2. SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS. -- BACTEREMIA POR PROTEUS MIRABILIS (RESUELTA). 3. SINUSITIS -- BACTEREMIA POR S. HOMINIS (RESUELTA) 3. ÚLCERA DE PRESIÓN EN REGIÓN SACRA Y TRONCANTERICA IZQUIERDA CON SISTEMA VAC Y TROCANTERICA DERECHA CON APOSITO. -- SOBREINFECCIÓN POR PROTEUS, E. COLI Y E. FAECALIS (RESUELTA) -- POP ESCARECTOMÍA + LAVADO + DESBRIDAMIENTO (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4.

SÍNDROME CATATÓNICO SECUNDARIO A VASCULITIS EN SNC 5. FIEBRE DE ORIGEN CENTRAL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO - MEROPENEM 2 GR / 8 H (FI:08.11.2020 - 21.11.2020) - VANCOMICINA 1 GR/12 H (FI: 08.11.2020 - 14.11.2020) *ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE PREVIAMENTE SANA, EN MAYO DE 2018 INICIA CON PETEQUIAS EN EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, ENCUENTRAN TROMBOCITOPENIA POR LO QUE REALIZAN IMPRESION DIAGNOSTICA DE PURPURA TROMBOCITOPENICA HOSPITALIZAN, SE DIAGNOSTICÓ LES E INICIÓ CLOROQUINA. ENERO DE 2020 SUSPENDIÓ TRATAMIENTO CON CLOROQUINA Y PREDNISOLONA. MARZO-ABRIL 2020 PERDIDA DE LA FUERZA EN MIEMBROS INFERIORES EINCONTINENCIA URINARIA, DOCUMENTAN MIELITIS Y REALIZAN CICLOS DE PLASMAFERESIS (2 SESIONES), E INDICAN CICLOFOSFAMIDA. JULIO 2020 CUADRO FEBRIL, IDEAS DELIRANTES, SE TORNA RETRAIDA, NO HABLA, NO RECIBE ALIMENTOS, MUTISMO, AGRESIVIDAD, NO LOGRA DEAMBULAR, AUTOLESIONES, POR DETERIORO NEUROLOGICO INDICAN MANEJO CON RITUXIMAB (1 DOSIS- AGOSTO 2020). ANEMIA SEVERA CON COOMBS POSITIVO SIN OTROS HALLAZGOS DE HEMÓLISIS. RMN CEREBRAL CON REALCE NODULAR, LCR SIN ALTERACIONES EN CITOQUIMICO, DIRECTO, CULTIVOS, PCR MULTIPLE PARA MENINGITIS Y TBC NEGATIVOS. ADEMÁS, EN SITUACIÓN DE POSTRACIÓN, FIEBRE E INFECCIÓN DE ESCARA SACRA EXTENSA, MANEJO ATB CON PIPERACILINA TAZOBACTAM, ÚLCERAS POR PRESIÓN SACRA Y TROCANTÉRICA IZQUIERDA. FUE LLEVADA A LAVADO Y DESBRIDAMIENTO ÚLTIMO EL 14.11.2020 , SE DEJAN CON SISTEMA VAC. ADEMÁS DE ÚLCERA TROCANTERICA DERECHA ACTUALMENTE GRADO III 2X2CM LA CUAL ESTA EN CURACIONES POR TEO. **INTERCONSULTAN A DERMATOLOGIA POR LESIONES ERITEMATOSAS EN AREA DEL PAÑAL.** *EXAMEN FISICO: FOTOTIPO III 1. EN REGION DORSAL PRESENTA MULTIPLES PLACAS ERITEMATOSAS QUE TIENDEN A CONFLUIR, ADEMAS PEQUEÑAS PAPULAS ERITEMATOSAS, **HAY ESCASA DESCAMACION, SIN COLLARETE DESCAMATIVO.** 2. EN CADERA DERECHA PRESENTA PLACA ERITEMATOSA CON PATRON RECTANGULAR, BORDES NETOS, Y ALGUNAS PAPULAS ERITEMATOSAS ASOCIADAS. 3. EN REGION SACRA Y CADERA IZQUIERDA PRESENTA PLACAS ERITEMATOSAS, SALMON, CON DESCAMACION Y ADEMAS PEQUEÑAS PUSTULAS SATELITE, ERITEMATOSAS QUE TIENDEN A CONFLUIR. *IDX: 1. **MILIARIA** 2. **DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA** 3. **CANDIDIASIS CUTANEA** *ANALISIS/PLAN: PACIENTE CON HISTORIA ANOTADA, CON POSTRACION, EN EL MOMENTO CON LESIONES EN REGION DORSAL COMPATIBLES CON MILIARIA, EN AREA DE PRESION. ADEMAS CON LESIONES EN CADERA DERECHA QUE SIGUEN PATRON, CON BORDES NETOS POR LO QUE SE CONSIDERA CURSA CON DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA PROBABLEMENTE SECUNDARIA A DISPOSITIVOS QUE HA REQUERIDO PARA MANEJO DE ÚLCERAS TROCANTERICAS. EN CADERA DERECHA SIGNOS DE CANDIDIASIS CUTANEA. *PLAN: 1. **HIDRATACION** DE PIEL CON ACID MANTLE - ACETATO DE ALUMINIO EN AREAS AFECTADAS 2. **BETAMETASONA** EN CREMA AL 0.05% EN REGION DORSAL Y EN CADERA DERECHA 2 VECES AL DIA POR 10 DIAS 3. CLOTRIMAZOL EN CREMA AL 1% EN REGION SACRA Y CADERA IZQUIERDA 2 VECES AL DIA POR 4 SEMANAS 4. FLUCONAZOL 150 MG AL DIA POR 2 SEMANAS, SI EL SERVICIO TRATANTE CONSIDERA PERTINENTE. DRA. MARTHA LUCIA GONZALEZ TENORIO DERMATOLOGA DRA. MARIA CAMILA GARZON PORTILLA RESIDENTE DERMATOLOGIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.11.2020

Hora Registro: 11:25:27

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores eincontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía,

xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, quien refiere encontrarla en mejores condiciones generales. Presentó un pico febril anoche. Niega emesis, diarrea u otra sintomatología. Se encuentra sin vía oral a la espera de procedimiento quirúrgico el día de hoy. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 36,9, FC 152, FR 22, TA 92/57, TAM 68,67, SAT 93% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, sin sobreagregados. Abdomen con gastrostomía funcional, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 14.11: ESP sin blastos, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos + 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrófilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Ácido fólico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 15.11.20 cirugía: Úlcera trocántica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocántica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serología LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 9.11.20 Rx torax: No consolidaciones ni derrames 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Reticulocitos: 1.04%, 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricúspide ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus, ultimo el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocánticas, la izquierda con necrosis grasa y

extensión de aprox 15 cm, continua con vac y curación. Cirugía general indica continuar curaciones por parte de TEO, sin nuevas intervenciones quirúrgicas por parte de la especialidad. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días según indicación de infectología. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), buena tolerancia, con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. El 18.11.2020 cursó con nuevo pico febril, EKG con evidencia de taquicardia sinusal, sin otras alteraciones. Completó tratamiento antibiótico el 21.11.20. Ha cursado con alzas térmicas intermitentes el 20.11.20, 21.11.20 y 23.11.20 sin inestabilidad hemodinámica, y con paraclínicos con descenso de los reactantes de fase aguda por lo que se decidió vigilar con curva térmica. Actualmente paciente estable, psiquiatría indicó continuar igual manejo, dermatología valoró por lesiones en dorso e inició manejo para miliaria, dermatitis de contacto y candidiasis cutánea. **El día de hoy será llevada a procedimiento planteado por cirugía general para control de proceso infeccioso por escaras** severas. Se comentó con **cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía** sin embargo estarán atentos si la paciente lo requiere. Paciente con alto riesgo de morbilidad. Se explica a la madre.

- Cambio de VAC por cirugía HOY - Curaciones por terapia enterostomal - Terapia física y ocupacional - Curva térmica

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.11.2020

Hora Registro: 12:11:49

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: **CIRUGIA GENERAL**

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Púrpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y trocanterica izquierda con sistema VAC y trocanterica derecha con apósito. -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central Subjetivo: Paciente en compañía de la madre, quien refiere que pasó buena noche, ha estado tranquila, sin dolor, comenta que presenta prurito en la espalda. Tolerando alimentación por gastrostomía. Diuresis y deposiciones presentes y sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Encuentro la paciente en regulares condiciones generales, luce crónicamente enferma, tranquila en el momento, alerta, hidratada, afebril al tacto, con gastrostomía, sin presencia de oxígeno suplementario, sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES: HORA T° FC FR TAS TAD TAM SAO2
04:00:00 36,90 152,00 22,00 92,00 57,00 68,67 93,00 23:08:36 38,50 110,00 22,00 113,00 60,00 77,67 91,00
20:00:00 37,00 140,00 19,00 98,00 66,00 76,67 97,00 16:00:00 36,40 145,00 20,00 100,00 64,00 76,00 96,00
12:00:59 36,30 103,00 20,00 95,00 64,00 74,33 97,00 08:00:01 36,70 155,00 20,00 106,00 69,00 81,33 100,00
04:00:00 37,40 110,00 21,00 92,00 47,00 62,00 95,00 Cabeza y cuello: Mucosas pálidas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara sacra cubierta con espuma y sensatrack conectada a VAC funcional. Escara trocantérica izquierda con sistema VAC funcional, con producción de 100 cc en últimas 24 horas de líquido serohemático. Úlcera por presión trocanterica derecha grado III con apósito con secreción purulenta no fetida ni verdosa, sin cambios inflamatorios alrededor. Alrededor de la región se observa eritema y calor. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, úlcera por presión grado I en tobillo izquierdo y derecho cubiertas sin secreción ni signos inflamatorios. SNC: Déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS - 22.11.2020: Hb 6.3 Leucos 6420 Neutros 3930 (61%) Linfos 1860(29%) PLT 511000 BUN 11.6 Cr 0.3 ALT 23.9 AST 17.9 Na 138 K 3.95 Cl 103 PCR 6.01 -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extensión de sangre periférica: Normales en numero, no se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilocitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos+, hipocromia +. -16.11.2020: Cortisol basal 23.8 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto; 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN:

18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, ácido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 4.7, PCO₂: 34.9, PO₂: 94, BE: -0.3, HCO₃: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. -05.11.2020: Procalcitonina 0.126 MICROBIOLÓGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: Proteus mirabilis, cultivo de LCR pendiente. 18.11.2020 Valoración por TEO: A la valoración física se observa: - Trocater derecho: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 1x1x1cm con tejido desvitalizado, bordes regulares, piel perilesional íntegra, sin signos de infección. Se realiza irrigación con solución salina y se cubre con apósito Bactigras 5x5cm más apósito absorbente. - Trocater izquierdo: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 17x6x2cm cavitada y tunelizada, con tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes regulares, piel perilesional con gran dermatitis por humedad que se extiende por el muslo, riesgo demicosis, sin signos de infección. Dificultad para la adherencia de los apósitos. Lesión por presión sospecha de lesión profunda en borde inferior de forma lineal 4x0,5cm. - Sacra: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 6,5x3,5x2cm cavitada y tunelizada, borde superior e inferior con suturas conservadas, tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes irregulares, piel perilesional en recuperación, sin signos de infección. PROCEDIMIENTOS: -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Úlcera por decubito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aprox 12cm de diámetro, limpia-sistema vac úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente apósitos escara trocantérica derecha de aprox 1.5 cm GII con duoderm fondo limpio.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra y trocantérica izquierda. Quien ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC, último el 14.11.2020 donde se evidenció úlcera por decúbito presacra limpia con tejido de granulación bien perfundido de aproximadamente 12 cm de diámetro y úlcera trocantérica izquierda de aproximadamente 5 cm con necrosis grasa en extensión de aproximadamente 12 a 15 cm de bursa y fascia lata adyacente, además de úlcera trocanterica derecha actualmente grado III 2x2 cm la cual está en curaciones por TEO. Debido a prurito en región sacra, es valorada por dermatología quienes consideran que cursa con miliaria, dermatitis de contacto irritativa y candidiasis cutánea, por lo que dejan manejo con betametasona tópica, clotrimazol tópico y fluconazol oral. Actualmente paciente hemodinámicamente estable, modulando adecuadamente el dolor, con sistema VAC funcional sin filtraciones, con persistencia de taquicardias y picos febriles en horas de la noche. **El día de hoy en horas de la tarde será llevada a nuevo lavado y sustitución de sistema VAC. Se insiste en la importancia de aseo personal frecuente por parte de enfermería con el fin de conseguir mejoría de sus lesiones.** Se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

-Hoy en horas de la tarde procedimiento quirúrgico lavado + sustitución de sistema VAC. -No administrar nutrición previo a la cirugía

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 24.11.2020

Hora Registro: 16:04:27

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#1. REVALORACION/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR EL CONTACTO CON LA REALIDAD -PROMOVER LA EJECUCION DE PATRONES FUNCIONALES, GLOBALES E INTEGRALES -ESTIMULAR FUNCIONES MENTALES BASICAS Y SUPERIORES -PROMOVER PARTICIPACION EN ACTIVIDADES BASICAS -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, ESTIMULACION MOTORA Y COGNITIVA Y MOVILIZACION

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 14/15, CON RIESGO DE CAIDA: 8 ALTO, ESCALA BRADEN: 14 MEDIO DIAGNOSTICOS: DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Púrpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y trocanterica izquierda con sistema VAC y trocanterica derecha con apósito. -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa. COMPONENTE OSTEO/NEUROMUSCULAR: PARAPLEJIA? -PATRONES FUNCIONALES: SEMIFUNCIONALES -PATRONES GLOBALES: SEMIFUNCIONALES, NO PROPOSITIVOS -PATRONES INTEGRALES: SEMIFUNCIONALES, CON MEJORIA -FUERZA: DERECHO IZQUIERDO MIEMBROS SUPERIORES PROXIMAL 4/5 4/5 DISTAL 3/5 3/5 -TONO MUSCULAR: HIPOTONIA GENERALIZADA, SIN EMBRAGO EN MIEMBROS SUPERIORES, TIENDE A AUMENTAR SU TONO. CAQUETICA -CONTROL Y EQUILIBRIO

POSTURAL:ALTEADO REGULAR EN SEDENTE, CON APOYO. NO BIPEDO -COORDINACION DINAMICA GENERAL: ALTERADA. REQUIERE ASISTENCIA PARA MOVILIDAD COMPONENTE SENSORIAL: -TACTIL: NO DETERMINADO, NO RESPUESTA A ESTIMULOS EN MIEMBROS INFERIORES -PROPIOCEPTIVO: ALTERADO -VISUAL: CONSERVADO, REACTIVA -AUDITIVO: CONSERVADO, REACTIVA -VESTIBULAR: PARCIALEMENTE ALTERADO -DOLOR: NO CONCLUYENTE COMPONENTE COGNITIVO: PACIENTE EN MEJORIA CON EL CONTACTO CON LA REALIDAD, AL INICIO MUTISTA, PERPLEJA, SIN EMBARGO AL ESTIMULO LOGRA SOCIALIZACION SUPERFICIAL, HIPOPROXESICA, REQUIERE REFORZAMIENTO VERBAL CONSTANTE PARA QUE ATIENDA, SIGUE INSTRUCCIONES MUY SENCILLAS, PRINCIPALMENTE POR MODELAMIENTO E IMITACION. AFECTO: ANSIOSA, PUERIL. -ATENCIÓN: PARCIALMENTE ALTERADO -MEMORIA: ALTERADO -RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: ALTERADO, CON MEJORIA LOGRA INTEGRARSE EN ACTIVIDADES SENCILLAS COMO PEINADO, USO DEL CELULAR PARA TOMAR FOTOS TOMADO DE HISTORIA CLINICA PSIQUIATRIA: "modula mejor afecto, laconica, delirios mal sistematizados, no ideas de autoagresion, sin alucinaciones, alerta, hipoprosexica, desorientada, juicio alterado". AREAS DE DESEMPEÑO -ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA: DEPENDIENTE °ALIMENTACIÓN: DEPENDIENTE, CON UN POCO MAS DE PARTICIPACION ° VESTIDO: DEPENDIENTE °HIGIENE PERSONAL: DEPENDIENTE °CONTROL VESICAL Y ANAL: DEPENDIENTE ° TRANSICIONES: DEPENDIENTE °DESPLAZAMIENTOS:DEPENDIENTE -ACTIVIDADES INSTRUMENTALES Y PRODUCTIVAS: DESESTRUCTURADAS POR ENFERMEDAD -ACTIVIDADES DE JUEGO Y OCIO: DESESTRUCTURADAS POR ENFERMEDAD -CONTEXTO DE EJECUCION:LA MADRE ES LA UNICA CUIDADORA. SE OBSERVA DIFICULTAD EN SU RED DE APOYO. SE IDENTIFICA LIMITACION EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE MANERA SEVERA, SIN EMBARGO HAY MEJORIA EN SU DESEMPEÑO.

ENCUENTRO A LUISA EN CAMA EN DECUBITO LATERAL, ACOMPAÑADA DE LA MADRE QUIEN SE MUESTRA TRISTE Y LLORANDO, DEBIDO A QUE DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE LAVADO DE LAS ULCERAS, REFIERE QUE SU HIJA NO HA MEJORADO, SE BRINDA SOPORTE, Y SE LE ORIENTA EN LA IMPORTANCIA DE LA MOVILIDAD Y LOS CAMBIOS DE POSICION DURANTE EL DIA, ASI COMO REFORZAR EN LAS MEDIDAS DE CUIDADO DE PIEL. SE ESTIMULA LA ATENCION Y EL SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL SIMPLE EN LUISA, QUIEN RESPONDE DE FORMA COHERENTE, SE PROMUEVE LOS PATRONES MANO-CABEZA Y MANO-BOCA. SE OBSERVA FATIGADA POR LO QUE SE FINALIZA Y SE DEJA EN DECUBITO LATERAL. QUEDA ESTABLE EN SU CONDICION.

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 24.11.2020

Hora Registro: 16:13:20

Responsable: FRANCO FLOREZ, MARIA JOSEFA

Tipo de herida :

Contaminada

Descripcion de la prestación :

ESCISION DE ULCERA (SACRA) ISQUIATICA TRO

Hallazgos :

ulcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutaneo dehiscentes adecuado tejido de granulacion que ya no deja ver superficie de sacro
ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio , tejido de granulacion incipiente ,y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo ,cubiertas con aposito eczema en dorso ,perineal y gluteo con areas de confluencia y algunas de exfacelacion

Descripción procedimiento :

paciente en decubito prono retiro de sistemas de succion y apositos previos asepsia y antisepsia con yodados area glutea colocacion de campos qx lavado de ulcera sacra con 1 lt de salina ,retiro de suturas previas colocacion de nuevos puntos separados de espesor total de piel con prolene 1 , afrontamiento superior e inferior de ulcera desbridamiento de ulcera trocanterica derecha con electrobisturi y hemostasia al paso, lavado con salina 500 cc desbridamiento de ulcera trocanterica izquierda retirando tejido necrotico residual con electrobisturi y hemostasia al paso, lavado con salina 500 cc se protege alrededor de ulceras con barrera lisa #2 de 20 cm se deja espuma small en ulcera der , y se divide espuma large para u. sacra e izquierda ,ademas de puente de conexion que queda entre ulcera trocanterica der y sacra, sellamiento con plastico adherente y sensatrack que se deja en ulcera sacra y trocanterica izq , se conecta en "y" a canister antiguo de 1 lt curacion

Complicaciones :

no

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.11.2020

Hora Registro: 11:04:27

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, quien refiere encontrarla en mejores condiciones generales. Presentó un pico febril anoche. Niega emesis, diarrea u otra sintomatología. Se encuentra sin vía oral a la espera de procedimiento quirúrgico el día de hoy. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 37.3 FC 148, FR 23 TA 96/58 TAM 70 SAT 95% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con roncus ocasionales. Abdomen con gastrostomía funcional, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 14.11: ESP sin blastos, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos + 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrofilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 15.11.20 cirugia: Úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 9.11.20 Rx torax: No consolidaciones ni derrames 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: Silueta cardio-aórtica: contornos y morfología normales. Tamaño no valorable por magnificación. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: Normales sin áreas de consolidación

parenquimatosa y adecuada expansión. Espacios pleurales: Libres. Estructuras óseas: Normales. Reticulocitos: 1.04%, 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus, ultimo el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocatericas, la izquierda con necrosis grasa y extension de aprox 15 cm, continua con vac y curación. Cirugía general indica continuar curaciones por parte de TEO, sin nuevas intervenciones quirúrgicas por parte de la especialidad. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días según indicación de infectología. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), buena tolerancia, con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. El 18.11.20 cursó con nuevo pico febril, EKG con evidencia de taquicardia sinusal, sin otras alteraciones. Completó tratamiento antibiótico el 21.11.20. Ha cursado con alzas térmicas intermitentes el 20.11.20, 21.11.20, 23.11.20 24.11.20 sin inestabilidad hemodinámica, y con paraclínicos con descenso de los reactantes de fase aguda por lo que se decidió vigilar con curva térmica. Dermatología valoró por lesiones en dorso e inició manejo para miliaria, dermatitis de contacto y candidiasis cutánea. **El día de ayer fue llevada alavado + cambio de vac por cirugía general para control de proceso infeccioso por escaras severas, encontrando nuevas úlceras trocatericas derechas.** Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía sin embargo estarán atentos si la paciente lo requiere, **menciona la acudiente presencia de tos luego de procedimiento quirúrgico con evidencia de roncus a la auscultación,** se **solicita rx de tórax.** Paciente con alto riesgo de morbilidad. Se explica a la madre.

- Se solicita rx de tórax - Curaciones por terapia enterostomal - Terapia física y ocupacional - Curva térmica

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.11.2020

Hora Registro: 11:30:28

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y trocaterica izquierda con sistema VAC y trocaterica derecha con aposito. -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central 6. Miliaria 7. Dermatitis de contacto irritativa 8. Candidiasis Cutanea Subjetivo: Madre refiere verla bien, tranquila sin dolor en región de las úlceras, con mejoría del prurito y eritema en la espalda. Tolerando alimentación por gastrostomía. Diuresis y deposiciones presentes y sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Encuentro la paciente en regulares condiciones generales, luce crónicamente enferma, tranquila en el momento, alerta, hidratada, afebril al tacto, con gastrostomía funcional, sin presencia de oxígeno suplementario, sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES: FECHA HORA T° FC FR TAS TAD TAM SAO2 25.11.2020 07:00:00 37,30 148,00 23,00 96,00 58,00 70,67 95,00 25.11.2020 04:00:00 37,00 137,00 20,00 101,00 77,00 85,00 91,00 25.11.2020 00:01:01 36,40 140,00 19,00 116,00 74,00 88,00 96,00 24.11.2020 20:00:00 37,10 100,00 20,00 125,00 70,00 88,33 92,00 24.11.2020 16:35:11 37,20 115,00 21,00 96,00 68,00 77,33 94,00 24.11.2020 08:00:00 38,20 150,00 22,00 81,00 58,00 65,67 92,00 24.11.2020 04:00:00 36,90 152,00 22,00 92,00 57,00 68,67 93,00 23.11.2020 23:08:36 38,50 110,00 22,00 113,00 60,00 77,67 91,00 Cabeza y cuello: Mucosas pálidas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC en U funcional, Escara trocantérica derecha con espuma y VAC funcional, con producción de 210 cc en últimas 24 horas de líquido serohemático. Mejoría del eritema y calor alrededor del VAC Extremidades: Hipotróficas, sin edema, úlcera por presión grado I en tobillo izquierdo y derecho cubiertas sin secreción ni signos inflamatorios. SNC: Alerta, Déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS - 22.11.2020: Hb 6.3 Leucos 6420 Neutros 3930 (61%) Linfos 1860(29%) PLT 511000 BUN 11.6 Cr 0.3 ALT 23.9 AST 17.9 Na 138 K 3.95 Cl 103 PCR 6.01 -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periférica: Normales en numero, n ose observan blastos ni alteraciones morfológicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilicitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos+, hipocromia +. -16.11.2020: Cortisol basal 23.8 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7,m hcto; 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, acido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 4.7, PCO2: 34.9, PO2: 94, BE: -0.3, HCO3: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: celulas 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. -05.11.2020: Procalcitonina 0.126 MICROBIOLÓGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: Proteus mirabilis, cultivo de LCR pendiente. 18.11.2020 Valoración por TEO: A la valoración física se observa: - Trocanter derecho: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 1x1x1cm con tejido desvitalizado, bordes regulares, piel perilesional íntegra, sin signos de infección. Se realiza irrigación con solución salina y se cubre con apósito Bactigras 5x5cm más apósito absorbente. - Trocanter izquierdo: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 17x6x2cm cavitada y tunelizada, con tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes regulares, piel perilesional con gran dermatitis por humedad que se extiende por el muslo, riesgo demicosis, sin signos de infección. Dificultad para la adherencia de los apósitos. Lesión por presión sospecha de lesión profunda en borde inferior de forma lineal 4x0,5cm. - Sacra: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 6,5x3,5x2cm cavitada y tunelizada, borde superior e inferior con suturas conservadas, tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes irregulares, piel perilesional en recuperación, sin signos de infección. PROCEDIMIENTOS: -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutaneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio , tejido de granulación incipiente ,y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa, nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alredeor y compromiso profundo hasta musculo ,cubiertas con aposito eczema en dorso ,perineal y gluteo con areas de confluencia y algunas de exfacelacion. -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Úlcera por decubito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aprox 12cm de diametro, limpia-sistema vac úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente apositos escara trocantérica derecha de aprox 1.5 cm GII con duoderm fondo limpio.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Quien ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC, último el 24.11.2020 donde se evidenció úlcera sacra de aprox 10 cm puntos de afrontamiento de piel y subcutaneo dehiscentes y adecuado tejido de granulación, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con tejido de granulación incipiente y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa y nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alredeor y compromiso profundo hasta musculo. Por lo que hacen cambio de VAC en úlcera sacra y troncanterica izquierda y realizan **colocación de VAC en las nuevas ulceras trocantericas derechas**, sin complicaciones. Debido a prurito en región sacra, es valorada por dermatología quienes consideran que cursa con miliaria, dermatitis de contacto irritativa y candidiasis cutánea, por lo que dejan manejo con betametasona tópica, clotrimazol tópico y fluconazol oral, además de aseo personal frecuente. Actualmente con **mejoría notoria en cuanto al prurito y eritema alrededor de las ulceras**. Actualmente paciente hemodinámicamente estable, modulando adecuadamente el dolor, con sistema VAC funcional sin filtraciones, con **persistencia de taquicardia y picos febriles en horas de la noche**, las cuales **son consideradas de origen central, sin signos de proceso infeccioso aparte de lo que presenta en piel**. Se le explica a la madre quien refiere entender y

aceptar.

- Continua hospitalizada - Alimentación por gastrostomía - Igual manejo médico - Se insiste en la importancia de aseo personal frecuente por parte de enfermería con el fin de conseguir mejoría de sus lesiones. - Monitorizar signos vitales
- Avisar cambios a cirujano de turno Gracias

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 25.11.2020

Hora Registro: 14:33:05

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#2. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR EL CONTACTO CON LA REALIDAD -PROMOVER LA EJECUCION DE PATRONES FUNCIONALES, GLOBALES E INTEGRALES -ESTIMULAR FUNCIONES MENTALES BASICAS Y SUPERIORES -PROMOVER PARTICIPACION EN ACTIVIDADES BASICAS -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, ESTIMULACION MOTORA Y COGNITIVA Y MOVILIZACION

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 14/15, CON RIESGO DE CAIDA: 8 ALTO, ESCALA BRADEN: 14 MEDIO DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Púrpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y trocanterica izquierda con sistema VAC y trocanterica derecha con apósito. -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

ENCUENTRO A LUISA EN CAMA EN DECUBITO LATERAL, ACOMPAÑADA DE LA MADRE ALERTA Y ESTABLE. SE ASISTE TRANSICION A SEDNETE EN BORDE DE CAMA, FAVORECIENDO EL CONTROL POSTURAL, SE PROMUEVE FACILITACION PROPIOCEPTIVA, LA PACIENTE TOLERA. SE APOYA PARA LA EJECUCION DE PATRONES FUNCIONALES, CON REFORZAMIENTO VERBAL Y MODELAMIENTO, SE DAN PAUSAS, SE HACE ENFASIS EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL, DEBIDO A QUE **SE DISTRAE FACILMENTE**, SE FINALIZA Y SE DEJA NUEVAMENTE EN DECUBITO LATERAL.

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.11.2020

Hora Registro: 11:28:29

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 °C, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía,

xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, presentó pico febril anoche, mejoría de tos, comenta disfonía. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 38.1 FC 147, FR 19 TA 104/65 TAM 78 SAT 93% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con roncos ocasionales. Abdomen con gastrostomía funcional, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrófilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Ácido fólico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa nuevas úlceras trocántericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diámetro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH₂O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo *Proteus mirabilis* 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serología LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR múltiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: *Proteus mirabilis*, *E. coli*, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 25.11.20: RX TÓRAX: Sin consolidaciones ni derrames 9.11.20 Rx torax: No consolidaciones ni derrames 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: sin alteraciones 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de *proteus*, *e. coli* y *e. faecalis*, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con *proteus*, ultimo el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocántericas, la izquierda con necrosis grasa y extensión de aprox 15 cm, continua con vac y curación. Cirugía general indica continuar curaciones por parte de TEO,

sin nuevas intervenciones quirúrgicas por parte de la especialidad. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días según indicación de infectología. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (13-14.11.20), buena tolerancia, con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. Completó tratamiento antibiótico el 21.11.20. Ha cursado con alzas térmicas intermitentes durante las madrugadas sin inestabilidad hemodinámica, y con paraclínicos con descenso de los reactantes de fase aguda por lo que se decidió vigilar con curva térmica. Dermatología valoró por lesiones en dorso e inició manejo para miliaria, dermatitis de contacto y candidiasis cutánea. El 24.11.20 fue llevada alavado + cambio de vac por cirugía general para control de proceso infeccioso por escaras severas, encontrando nuevas úlceras trocántéricas derechas. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. **Por el momento sin indicación de nueva intervención quirúrgica por parte de Cirugía general por lo que se indica traslado a sede Betania para rehabilitación integral.** Paciente con alto riesgo de morbilidad. Se explica a la madre.

- **Traslado a Betania, rehabilitación integral** - Curaciones por terapia enterostomal - Terapia física y ocupacional - Curva térmica

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.11.2020

Hora Registro: 12:22:51

Responsable: CASTILLO MARTINEZ, ALEJANDRO

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Luisa Fernanda Isaza Gonzalez Edad : 21 años DIAGNÓSTICOS Vasculitis autoinmune Síndrome catatonico TRATAMIENTO Acetaminofén 1 gramo INTRAVENOSO cada 8 horas Clotrimazol 1 gramo TÓPICO cada 12 horas Betametasona 1 gramo TÓPICO cada 12 horas Sulfato de aluminio + Acetato de Calcio 2,2 gramos TÓPICO cada 8 horas Enoxaparina 40 mg SUBCUTÁNEO cada 24 horas. Hidróxido de Magnesio 10 ml según necesidad Prednisolona 15 mg VÍA ORAL cada 24 horas. Tramadol 25 mg INTRAVENOSO cada 8 horas. Sertralina 50 mg VÍA ORAL cada 24 horas. Clozapina 125 mg VÍA ORAL cada 24 horas. Lorazepam: 3 mg VÍA ORAL cada 24 horas. SUBJETIVO: La madre de Luisa comenta que ella duerme bien, luce en mejores condiciones generales. Sin embargo, la paciente tiende a llamar en repetidas ocasiones a su compañera de cuarto en hospitalización, "Jessica", sin tener una intención clara del llamado. También le pide a su madre frecuentemente que le traiga limón o agua porque está sedienta. No ha presentado episodios de agresividad. OBJETIVO: EXAMEN MENTAL Apariencia y actitud: Mujer, quien se encuentra en cama de hospitalización, acompañada de la madre. La edad aparente no concuerda con la edad cronológica, luce menor. De contextura delgada. Viste bata de institución. Impresiona cuidado personal. Durante la entrevista, realiza poco contacto visual. Actitud pueril y Perpleja. Estado de alerta: Consciente, orientado en persona. Hipoprosexia. Memoria: reciente normal. Actividad motora: Hipocinética Afecto: Poco modulado, embotado. No resonante. Lenguaje verbal: En ocasiones, comprende lo que se le dice. Tono de voz bajo. Intervalo pregunta respuesta prolongado. Pensamiento: Forma: autista. Curso: coherente, irrelevante, lacónico. Contenido: Pobreza ideativa. Sensopercepción: en la entrevista, no luce alucinada. Juicio de realidad: Comprometido. Introspección: Comprometido. Prospección: Incierto. ANÁLISIS: Luisa es una adulta joven con **antecedente de vasculitis autoinmune**, quien se encuentra en estables condiciones generales. No ha presentado nuevos episodios de agresividad ya no requiere inmovilización Su evolución es lenta hacia la mejoría Plan: Se decide continuar igual manejo farmacológico y se solicita valoración por Terapia ocupacional.

*

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.11.2020

Hora Registro: 13:14:55

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus

eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y trocanterica izquierda con sistema VAC y trocanterica derecha con aposito. -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central 6. Miliaria 7. Dermatitis de contacto irritativa 8. Candidiasis Cutanea Subjetivo: Madre refiere verla bien, tranquila sin dolor sin prurito. Refiere que la paciente tiene disfonía. Tolerando alimentación por gastrostomía. Diuresis y deposiciones presentes y sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Encuentro la paciente en aceptables condiciones generales, luce crónicamente enferma, tranquila en el momento, alerta, hidratada, afebril al tacto, con gastrostomía funcional, sin presencia de oxígeno suplementario, sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES: FEHCA HORA T° FC FR TAS TAD TAM SAO2 26.11.2020 04:00:00 38,10 147,00 19,00 104,00 65,00 78,00 93,00 26.11.2020 00:00:19 38,00 142,00 20,00 103,00 63,00 76,33 94,00 25.11.2020 18:00:00 36,30 133,00 20,00 105,00 71,00 82,33 94,00 25.11.2020 14:00:00 37,70 155,00 20,00 109,00 71,00 83,67 96,00 25.11.2020 11:00:00 37,40 150,00 23,00 91,00 61,00 71,00 94,00 25.11.2020 07:00:00 37,30 148,00 23,00 96,00 58,00 70,67 95,00 25.11.2020 04:00:00 37,00 137,00 20,00 101,00 77,00 85,00 91,00 25.11.2020 00:01:01 36,40 140,00 19,00 116,00 74,00 88,00 96,00 Cabeza y cuello: Mucosas pálidas y húmedas. Escleras anictericas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC en U funcional, Escara trocantérica derecha con espuma y VAC funcional, con producción de 560 cc en últimas 24 horas de líquido serohemático. Mejoría del eritema y calor alrededor del VAC Extremidades: Hipotróficas, sin edema, úlcera por presión grado I en tobillo izquierdo y derecho cubiertas sin secreción ni signos inflamatorios. SNC: Alerta, Déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS - 22.11.2020: Hb 6.3 Leucos 6420 Neutros 3930 (61%) Linfos 1860(29%) PLT 511000 BUN 11.6 Cr 0.3 ALT 23.9 AST 17.9 Na 138 K 3.95 Cl 103 PCR 6.01 -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periferica: Normales en numero, n ose observan blastos ni alteraciones morfologicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilocitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos+, hipocromia +. -16.11.2020: Cortisol basal 23.8 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto; 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, ácido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 4.7, PCO2: 34.9, PO2: 94, BE: -0.3, HCO3: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: celulas 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. -05.11.2020: Procalcitonina 0.126 RX TORAX: NORMAL (PENDIENTE INFORME OFICIAL) MICROBIOLOGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: *Proteus mirabilis*, cultivo de LCR pendiente. 18.11.2020 Valoración por TEO: A la valoración física se observa: - Trocanter derecho: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 1x1x1cm con tejido desvitalizado, bordes regulares, piel perilesional integra, sin signos de infección. Se realiza irrigación con solución salina y se cubre con apósito Bactigras 5x5cm más apósito absorbente. - Trocanter izquierdo: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 17x6x2cm cavitada y tunelizada, con tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes regulares, piel perilesional con gran dermatitis por humedad que se extiende por el muslo, riesgo demicosis, sin signos de infección. Dificultad para la adherencia de los apósitos. Lesión por presión sospecha de lesión profunda en borde inferior de forma lineal 4x0,5cm. - Sacra: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 6,5x3,5x2cm cavitada y tunelizada, borde superior e inferior con suturas conservadas, tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes irregulares, piel perilesional en recuperación, sin signos de infección. PROCEDIMIENTOS: -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: ulcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutaneo dehiscentes adecuado tejido de granulacion que ya no deja ver superficie de sacro ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio , tejido de granulacion incipiente ,y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa, nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alredeor y compromiso profundo hasta musculo ,cubiertas con aposito eczema en dorso ,perineal y gluteo con areas de confluencia y algunas de exfacelacion. -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Ulcera por decubito presacra con tejido de granulacion bien perfundido, de aprox 12cm de diametro, limpia-sistema vac ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente apositos escara trocantérica derecha de aprox 1.5 cm GII con duoderm fondo limpio.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Quien ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC, último el 24.11.2020 donde se evidenció ulcera sacra de aprox 10 cm puntos de afrontamiento de piel y subcutaneo dehiscentes y adecuado tejido de granulacion, ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con tejido de granulacion incipiente y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa y nuevas ulceras

trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo. Por lo que hacen cambio de VAC en ulcera sacra y troncanterica izquierda y realizan colocación de VAC en las nuevas ulceras trocantericas derechas, sin complicaciones. Actualmente paciente hemodinámicamente estable, modulando adecuadamente el dolor, con sistema VAC funcional sin filtraciones, con mejoría del prurito en región sacra, sin signos de proceso infeccioso aparte de lo que presenta en piel. **Paciente quien presento posterior a la cirugía expectoración por lo que se tomo radiografía de torax la cual es normal. Madre refiere mejoría de la tos sin embargo paciente continua con disfonía posiblemente secundaria a intubación endotraqueal.** Quedamos atentos a necesidad de nuevo recambio de VAC. Se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

- Continua hospitalizada - Alimentación por gastrostomía - Igual manejo medico - Se insiste en la importancia de aseo personal frecuente por parte de enfermería con el fin de conseguir mejoría de sus lesiones. - Monitorizar signos vitales
- Avisar cambios a cirujano de turno Gracias

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 27.11.2020

Hora Registro: 07:50:49

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. VALORACION # 1. SUBJETIVO: Respondo IC solicitada por psiquiatra tratante, para manejo conjunto con terapia ocupacional de salud mental, para vincularla a actividad con propósito que facilite la disminución de síntomas emocionales. A la entrevista la paciente se encuentra con la madre, la cual refiere que **las rutinas desestructuradas afectan su estado de animo y evidencia cambios en componente psicosocial que afectan la participación en las áreas del desempeño, especialmente la tolerancia a la estancia hospitalaria, los procedimientos necesarios para el cuidado de su salud y la limitación funcional por su actual condición.**

OBJETIVO: **Encuentro paciente en cama, se comunica por señas y la madre da la informacion para la valoracion, la cual refiere rutinas desestructuradas, bajo animo y síntomas ansiosos por estancia hospitalaria e interactúa poco.**

ANALISIS: Paciente con rutinas desestructuradas y roles comprometidos, lo cual compromete su componente psicosocial y **requiere intervención por terapia ocupacional de salud mental.**

PLAN: **Se realiza actividad psicoeducativa sobre la importancia de estructurar rutinas y vincularse a actividades de su interés como una forma de evitar pensamientos recurrentes que generan ansiedad y afectan su estado anímico.** Se continuara proceso de valoración en la próxima sesión y se deja escala de medida de recuperacion personal, para establecer los objetivos terapéuticos.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.11.2020

Hora Registro: 10:48:34

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Púrpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra, troncanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central 6. Miliaria 7. Dermatitis de contacto irritativa 8. Candidiasis Cutanea Subjetivo: Madre refiere verla bien, tranquila sin dolor sin prurito. Tolerando alimentación por gastrostomía. Diuresis y deposiciones presentes y sin alteraciones. Niega tos, disfonía o secrecciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Encuentro la paciente en aceptables condiciones generales, luce crónicamente enferma, tranquila en el momento, alerta, hidratada, afebril al tacto, con gastrostomía funcional, sin presencia de oxígeno suplementario, sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES: FEHCA HORA T° FC FR TAS TAD TAM SAO2 27.11.2020 08:00:00 38,60 151,00 21,00 103,00 62,00 75,67 93,00 27.11.2020 04:00:55 37,00 153,00 20,00 98,00 60,00 72,67 93,00 27.11.2020 00:00:52 35,40 147,00 19,00 103,00 68,00 79,67 90,00 26.11.2020 20:00:19 36,10 144,00 21,00 113,00 66,00 81,67 97,00 26.11.2020 16:00:14 35,60 161,00 22,00 111,00 64,00 79,67 94,00 26.11.2020 11:00:00 37,60 150,00 25,00 98,00 66,00 76,67 95,00 26.11.2020 07:00:00 37,20 153,00 26,00 105,00 69,00 81,00 93,00 26.11.2020 04:00:00 38,10 147,00 19,00 104,00 65,00 78,00 93,00 Cabeza y cuello: Mucosas pálidas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis:

Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC en U funcional, Escara trocantérica derecha con espuma y VAC funcional, con producción de 160 cc en últimas 24 horas de líquido serohemático. Mejoría del eritema y calor alrededor del VAC Extremidades: Hipotróficas, sin edema, úlcera por presión grado I en tobillo izquierdo y derecho cubiertas sin secreción ni signos inflamatorios. SNC: Alerta, Déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS - 22.11.2020: Hb 6.3 Leucos 6420 Neutros 3930 (61%) Linfos 1860(29%) PLT 511000 BUN 11.6 Cr 0.3 ALT 23.9 AST 17.9 Na 138 K 3.95 Cl 103 PCR 6.01 -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periférica: Normales en numero, no se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilocitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos+, hipocromia +. -16.11.2020: Cortisol basal 23.8 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto; 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, ácido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 4.7, PCO2: 34.9, PO2: 94, BE: -0.3, HCO3: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. -05.11.2020: Procalcitonina 0.126 RX TORAX: NORMAL (PENDIENTE INFORME OFICIAL) MICROBIOLOGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: Proteus mirabilis, cultivo de LCR pendiente. 18.11.2020 Valoración por TEO: A la valoración física se observa: - Trocanter derecho: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 1x1x1cm con tejido desvitalizado, bordes regulares, piel perilesional íntegra, sin signos de infección. Se realiza irrigación con solución salina y se cubre con apósito Bactigras 5x5cm más apósito absorbente. - Trocanter izquierdo: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 17x6x2cm cavitada y tunelizada, con tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes regulares, piel perilesional con gran dermatitis por humedad que se extiende por el muslo, riesgo demicosis, sin signos de infección. Dificultad para la adherencia de los apósitos. Lesión por presión sospecha de lesión profunda en borde inferior de forma lineal 4x0,5cm. - Sacra: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 6,5x3,5x2cm cavitada y tunelizada, borde superior e inferior con suturas conservadas, tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes irregulares, piel perilesional en recuperación, sin signos de infección. PROCEDIMIENTOS: -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutáneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio, tejido de granulación incipiente, y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa, nuevas úlceras trocantéricas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diámetro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta músculo, cubiertas con apósito eczema en dorso, perineal y glúteo con áreas de confluencia y algunas de exfoliación. -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Úlcera por decubito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aprox 12cm de diámetro, limpia-sistema vac úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente apósitos escara trocantérica derecha de aprox 1.5 cm GII con duoderm fondo limpio.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Quien ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC, último el 24.11.2020 donde se evidenció úlcera sacra de aprox 10 cm con adecuado tejido de granulación, úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con tejido de granulación incipiente y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa y nuevas úlceras trocantéricas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diámetro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta músculo. Actualmente paciente hemodinámicamente estable, sin dolor, con sistema VAC funcional sin filtraciones, sin prurito en región sacra, sin signos de proceso infeccioso y mejoría en eritema y calor de la piel alrededor de las úlceras. **Por el momento sin indicación de nueva intervención quirúrgica por parte de nosotros.** Quedamos atentos a necesidad de nuevo recambio de VAC. Se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

- Se insiste en la importancia de aseo personal frecuente por parte de enfermería con el fin de conseguir mejoría de sus lesiones. - Cuidados de VAC por enfermera de TEO - Avisar cambios al Médico hospitalario de turno

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.11.2020

Hora Registro: 11:40:24

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGÍA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y

prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 °C, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, anti-DNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, persiste con disfonía, mejoría de tos. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 38.6 °C FC 151, FR 21 TA 103/62 TAM 75 SAT 93% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con roncos ocasionales. Abdomen con gastrostomía funcional, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrófilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromía moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Ácido fólico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa nuevas úlceras trocántericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH₂O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocántérica) positivo *Proteus mirabilis* 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serología LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR múltiples gérmenes: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: *Proteus mirabilis*, *E. coli*, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 25.11.20: RX TÓRAX: Sin consolidaciones ni derrames 9.11.20 Rx torax: No consolidaciones ni derrames 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: sin alteraciones 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspídea ausente/trivial no fue posible calcular PSAP).

Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus, ultimo el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocatericas, la izquierda con necrosis grasa y extension de aprox 15 cm, continua con vac y curación. Cirugía general indica continuar curaciones por parte de TEO, sin nuevas intervenciones quirúrgicas por parte de la especialidad. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días según indicación de infectología. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), buena tolerancia, con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. Completó tratamiento antibiótico el 21.11.20. Ha cursado con alzas térmicas intermitentes durante las madrugadas sin inestabilidad hemodinámica, y con paraclínicos con descenso de los reactantes de fase aguda por lo que se consideró fiebre de origen central. Dermatología valoró por lesiones en dorso e inició manejo para miliaria, dermatitis de contacto y candidiasis cutánea. El 24.11.20 fue llevada a lavado + cambio de vac por cirugía general para control de proceso infeccioso por escaras severas, encontrando nuevas úlceras trocatericas derechas. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Por el momento sin indicación de nueva intervención quirúrgica **tiene pendiente traslado a sede Betania para rehabilitación integral**. Paciente con alto riesgo de morbilidad. Se explica a la madre.

- Traslado a Betania, rehabilitación integral - Curaciones por terapia enterostomal - Terapia física y ocupacional - Curva térmica

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 27.11.2020

Hora Registro: 14:16:10

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#3. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR EL CONTACTO CON LA REALIDAD -PROMOVER LA EJECUCION DE PATRONES FUNCIONALES, GLOBALES E INTEGRALES -ESTIMULAR FUNCIONES MENTALES BASICAS Y SUPERIORES -PROMOVER PARTICIPACION EN ACTIVIDADES BASICAS -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, ESTIMULACION MOTORA Y COGNITIVA Y MOVILIZACION

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 14/15, CON RIESGO DE CAIDA: 8 ALTO, ESCALA BRADEN: 14 MEDIO DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Púrpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y trocaterica izquierda con sistema VAC y trocaterica derecha con aposito. -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

ENCUENTRO A LUISA EN CAMA ALERTA Y ESTABLE, EN DECUBITO LATERAL, ACOMPAÑADA DE LA MADRE. SE INICIA ASISTIENDO LA TRANSICION A SEDNETE EN BORDE DE CAMA, SE SEMIASISTEN LOS PATRONES FUNCIONALES. HOY SE HACE ENFASIS EN AGARRES CILINDRICOS PARA PROMOVER EL AGARRE DE UN ENVASE, LO QUE FAVOREZCA LA PARTICIPACION EN ACTIVIDADES BASICAS. HOY MUESTRA POCA TOLERANCIA A LA POSICION POR DOLOR EN ESCARA TRICANTERICA IZQUIERDA. SE DEJA ALINEADA Y ESTABLE EN DECUBITO LATERAL DERECHO.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.11.2020

Hora Registro: 10:13:55

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra, trocánterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central 6. Miliaria 7. Dermatitis de contacto irritativa 8. Candidiasis Cutanea Subjetivo: Paciente en compañía de la madre, quien refiere verla mejor y mucho más tranquila, quejándose poco del dolor. Se encuentra tolerando alimentación por gastrostomía. Diuresis y deposiciones positivas en pañal, sin alteraciones. Niega nuevos episodios de diarrea, tos, disfonía o secreciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Encuentro la paciente en aceptables condiciones generales, luce crónicamente enferma, tranquila en el momento, alerta, hidratada, afebril al tacto, con gastrostomía funcional, sin presencia de oxígeno suplementario, sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES: Fecha Hora T° FC FR TAS TAD TAM SaO2 28.11.2020 08:00:00 37,40 147,00 19,00 100,00 62,00 74,67 95,00 28.11.2020 03:47:26 38,00 153,00 24,00 83,00 48,00 59,67 93,00 27.11.2020 23:31:00 38,30 145,00 23,00 99,00 62,00 74,33 100,00 27.11.2020 20:02:13 36,10 141,00 20,00 97,00 67,00 77,00 97,00 27.11.2020 15:30:41 36,50 169,00 20,00 105,00 64,00 77,67 96,00 27.11.2020 12:00:00 36,20 144,00 21,00 98,00 68,00 78,00 95,00 27.11.2020 08:00:00 38,60 151,00 21,00 103,00 62,00 75,67 93,00 27.11.2020 04:00:55 37,00 153,00 20,00 98,00 60,00 72,67 93,00 Cabeza y cuello: Mucosas pálidas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocánterica izquierda y sacra con sistema VAC en U funcional, Escara trocánterica derecha con espuma y VAC funcional, con producción de 250 cc en últimas 24 horas de líquido serohemático. Mejoría del eritema y calor alrededor del VAC Extremidades: Hipotróficas, sin edema, úlcera por presión grado I en tobillo izquierdo y derecho cubiertas sin secreción ni signos inflamatorios. SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS - 22.11.2020: Hb 6.3 Leucos 6420 Neutros 3930 (61%) Linfos 1860(29%) PLT 511000 BUN 11.6 Cr 0.3 ALT 23.9 AST 17.9 Na 138 K 3.95 Cl 103 PCR 6.01 -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periférica: Normales en numero, n ose observan blastos ni alteraciones morfológicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilocitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos+, hipocromia +. -16.11.2020: Cortisol basal 23.8 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto; 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, acido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 4.7, PCO2: 34.9, PO2: 94, BE: -0.3, HCO3: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: celulas 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. -05.11.2020: Procalcitonina 0.126 RX TORAX: NORMAL (PENDIENTE INFORME OFICIAL) MICROBIOLOGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: *Proteus mirabilis*, cultivo de LCR pendiente. 18.11.2020 Valoración por TEO: A la valoración física se observa: - Trocánter derecho: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 1x1x1cm con tejido desvitalizado, bordes regulares, piel perilesional integra, sin signos de infección. Se realiza irrigación con solución salina y se cubre con apósito Bactigras 5x5cm más apósito absorbente. - Trocánter izquierdo: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 17x6x2cm cavitada y tunelizada, con tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes regulares, piel perilesional con gran dermatitis por humedad que se extiende por el muslo, riesgo demicosis, sin signos de infección. Dificultad para la adherencia de los apósitos. Lesión por presión sospecha de lesión profunda en borde inferior de forma lineal 4x0,5cm. - Sacra: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 6,5x3,5x2cm cavitada y tunelizada, borde superior e inferior con suturas conservadas, tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes irregulares, piel perilesional en recuperación, sin signos de infección. PROCEDIMIENTOS: -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: ulcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutaneo dehiscentes adecuado tejido de granulacion que ya no deja ver superficie de sacro ulcera trocánterica

izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio , tejido de granulacion incipiente ,y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa, nuevas ulceras trocatericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alredeor y compromiso profundo hasta musculo ,cubiertas con aposito eczema en dorso ,perineal y gluteo con areas de confluencia y algunas de exfacelacion. -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Ulcera por decubito presacra con tejido de granulacion bien perfundido, de aprox 12cm de diametro, limpia-sistema vac ulcera trocaterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente apositos escara trocantérica derecha de aprox 1.5 cm GII con duoderm fondo limpio.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocaterica izquierda y derecha. Quien ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC, último el 24.11.2020 donde se evidenció ulcera sacra de aprox 10 cm con adecuado tejido de granulacion, ulcera trocaterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con tejido de granulacion incipiente y necrosis de fascia lata, ligamento de insercion de m. gluteo y bursa y nuevas ulceras trocatericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alredeor y compromiso profundo hasta musculo. Actualmente encuentro a la paciente hemodinámicamente estable, sin presencia de dolor, con sistema VAC funcional drenando 250 cc en las últimas 24 horas, sin filtraciones, con ausencia de prurito y mejoría del eritema alrededor de las úlceras. Por el momento sin indicación de nueva intervención quirúrgica por parte de nosotros. Estamos atentos a su evolución y a necesidad de nuevo recambio de Sistema VAC. Se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

- Se insiste en la importancia de aseo personal frecuente por parte de enfermería con el fin de conseguir mejoría de sus lesiones. - Cuidados de VAC por enfermera de TEO - Avisar cambios al Medico hospitalario de turno

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.11.2020

Hora Registro: 11:05:36

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, con dolor mal modulado en sitio de ulceras *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 37.4 FC 147 FR 19 TA 100/62 TAM 74 SAT 95% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con roncus ocasionales. Abdomen con gastrostomía funcional, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCATERICAS BIALTERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA: SERIE NUCLEADA: Normales en número. No se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Recuento diferencial manual: Neutrofilos %: 86 Linfocitos % 11 Monocitos %: 3 SERIE ERITROIDE: Anisocitosis leve a expensas de macrocitos + y microcitos + Poiquilocitosis moderada a expensas de Ovalocitos ++, dacriocitos +, Leptocitos escasos Hipocromia moderada. SERIE PLAQUETARIA: Cuantitativamente normales. Cualitativamente normales con buena granularidad y buena morfología. BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas úlceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo IMÁGENES: 25.11.20: RX TÓRAX: Sin consolidaciones ni derrames 9.11.20 Rx torax: No consolidaciones ni derrames 02.11.20 Radiografía de tórax: No hay consolidaciones. No hay cámaras de neumotórax. No hay niveles hidroaéreos 24.10.20: Radiografía de tórax: sin alteraciones 21.10.20: ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PORTÁTIL INTRAOPERATORIO Ventrículo izquierdo: Cavidad del VI: dimensiones y geometría normales. Espesor de paredes del VI: normal. Contractilidad del VI: contractilidad global y segmentaria normal FEVI. 60-65% Aurícula izquierda: Dimensiones normales sin evidencia de masas, incluyendo la auriculilla. Aurícula derecha: Dimensiones normales sin evidencia de masas ni cuerpo extraño. Ventrículo derecho: Dimensiones de la cavidad, espesor de las paredes y función contráctil normales. Válvula aórtica Trivalva, estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral Estructuralmente normal sin evidencia de estenosis ni insuficiencia. Válvula tricúspide Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve. Baja probabilidad de Hipertensión Pulmonar (debido a insuficiencia tricuspidea ausente/trivial no fue posible calcular PSAP). Válvula pulmonar Estructuralmente normal con insuficiencia trivial a leve, sin evidencia de estenosis. Pericardio Normal. 29.09.20 RMN PELVIS: GRAN ESCARA SACRA, EN CONTACTO CON LOS SEGMENTOS SACROCOCCÍGEOS, PERO SIN SIGNOS DEMOSTRABLES DE OSTEOMIELITIS. NO HAY EVIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN LAS DEMÁS ESTRUCTURAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS VISUALIZADAS EN EL CAMPO OBTENIDO, QUE EXPLIQUEN EL CUADRO DE DETERIORO CLÍNICO. COLITIS CON LÍQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL SIN COLECCIONES PÉLVICAS APRECIABLES. CISTITIS.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus, ultimo el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocantericas, la izquierda con necrosis grasa y extension de aprox 15 cm, continua con vac y curación. Cirugía general indica continuar curaciones por parte de TEO, sin nuevas intervenciones quirúrgicas por parte de la especialidad. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días según indicación de infectología. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), buena tolerancia, con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. Completó tratamiento antibiótico el 21.11.20. Ha cursado con alzas térmicas intermitentes durante las madrugadas sin inestabilidad hemodinámica, y con paraclínicos con descenso de los reactantes de fase aguda por

lo que se consideró fiebre de origen central. Dermatología valoró por lesiones en dorso e inició manejo para miliaria, dermatitis de contacto y candidiasis cutánea. El 24.11.20 fue llevada a lavado + cambio de vac por cirugía general para control de proceso infeccioso por escaras severas, encontrando nuevas úlceras trocántéricas derechas. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Hoy con dolor mal modulado, con eritema en sitio de úlcera trocántérica, persiste con picos febriles, se solicita PCR. **Tenia pendiente Electroencefalograma indicada por neurología (sospecha Neurolupus), se solicita.** Por el momento sin indicación de nueva intervención quirúrgica **tiene pendiente traslado a sede Betania para rehabilitación integral.** Paciente con alto riesgo de morbilidad. Se explica a la madre.

- Se solicita **electroencefalograma** - Se solicita PCR - **Traslado** a Betania, rehabilitación integral - Curaciones por terapia enterostomal - Terapia física y ocupacional - Curva térmica

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 28.11.2020

Hora Registro: 11:50:49

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. SEGUIMIENTO # 2. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en compañía de la madre, se observa mayor interacción y mas receptiva.

OBJETIVO: Se retoma resultado de la escala de recuperación personal con un puntaje total de: 103, un puntaje ajustado de: 25,75 y mayor compromiso en roles.

ANALISIS: Se inicia abordaje con el modelo de la ocupación humana, usando la actividad proyecto para estructurar y orientar en el manejo del tiempo libre, facilitar descarga de energía, mejorar expresión de emociones, mejorar creencia en las habilidades, mejorar tolerancia a la espera y frustración.

PLAN: Explico objetivos, modalidad terapéutica y despejo dudas. Se realiza abordaje siguiendo las medidas de bioseguridad.

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.11.2020

Hora Registro: 09:57:10

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, con picos febriles durante la tarde, tos productiva. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los

elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19*
 EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 38.6 FC 163 FR 19 TA 109/72 TAM 84 SAT 98% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 Leucos 8150 Neutros 5160 Linfos 2160 HB 5.8 Hto 20.2 Plat 539. PCR 14.8 VSG Ac lactico BUN Creatinina Procal Sodio: Potasio FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa nuevas úlceras trocantéricas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germenes: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus, ultimo el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocantéricas, la izquierda con necrosis grasa y extensión de aprox 15 cm, continua con vac y curación. Cirugía general indica continuar curaciones por parte de TEO, sin nuevas intervenciones quirúrgicas por parte de la especialidad. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días según indicación de infectología. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), buena tolerancia, con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. Completó tratamiento antibiótico el 21.11.20. Ha cursado con alzas térmicas intermitentes durante las madrugadas sin inestabilidad hemodinámica, y con paraclínicos con descenso de los reactantes de fase aguda por lo que se consideró fiebre de origen central. Dermatología valoró por lesiones en dorso e inició manejo para miliaria, dermatitis de contacto y candidiasis cutánea. El 24.11.20 fue llevada a lavado + cambio de vac por cirugía general para control de proceso infeccioso por escaras severas, encontrando nuevas úlceras trocantéricas derechas. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Tenía pendiente **Electroencefalograma** indicada por neurología (sospecha Neurolupus), se solicitó el día de ayer, **pendiente**. **Ahora con picos febriles durante el día (antes solo en la madrugada) con pcr en ascenso, tos productiva,** se considera **posible neumonia aspirativa se indica cubrimiento antibiótico con piperacilina tazobactam, terapia respiratoria**. Además con hb en 5.8 se indica trasfusión de 2UGR. Paciente con alto riesgo de morbimortalidad. Se explica a la madre.

- Inicio de piperacilina tazobactam - Pendiente electroencefalograma - Traslado a Betania, rehabilitación integral -

Curaciones por terapia enterostomal - Terapia física y ocupacional - Curva térmica

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.11.2020

Hora Registro: 12:22:52

Responsable: SERNA ARBELAEZ, CARLOS ANDRES

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra, trocanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central 6. Miliaria 7. Dermatitis de contacto irritativa 8. Candidiasis Cutanea Subjetivo: Madre refiere verla bien, tranquila, se queja de dolor en región trocanterica izquierda. Alimentación por gastrostomía. Diuresis y deposiciones positivas en pañal, sin alteraciones. Niega nuevos episodios de diarrea, tos, disfonía o secreciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Encuentro la paciente en aceptables condiciones generales, luce crónicamente enferma, tranquila en el momento, alerta, hidratada, afebril al tacto, con gastrostomía funcional, sin presencia de oxígeno suplementario, sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES: Fecha Hora T° FC FR TAS TAD TAM SaO2 29.11.2020 04:00:00 37,30 155,00 20,00 102,00 68,00 79,33 97,00 29.11.2020 00:01:00 38,20 168,00 20,00 114,00 77,00 89,33 95,00 28.11.2020 20:00:00 37,50 149,00 19,00 103,00 70,00 81,00 97,00 28.11.2020 16:00:00 38,40 162,00 21,00 94,00 73,00 80,00 96,00 28.11.2020 12:00:00 36,70 150,00 21,00 94,00 58,00 70,00 97,00 28.11.2020 08:00:00 37,40 147,00 19,00 100,00 62,00 74,67 95,00 28.11.2020 03:47:26 38,00 153,00 24,00 83,00 48,00 59,67 93,00 Cabeza y cuello: Mucosas pálidas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC en U funcional, Escara trocantérica derecha con espuma y VAC funcional, con producción de 320 cc en últimas 24 horas de líquido serohemático. Mejoría del eritema y calor alrededor del VAC Extremidades: Hipotróficas, sin edema, úlcera por presión grado I en tobillo izquierdo y derecho cubiertas sin secreción ni signos inflamatorios. SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS - 29.11.2020 Hb 5.8 Hto 20.20 leucos 8150 neutros 5160 (63.4%) linfos 2160 (26%) plt 539000 PCR 14.8 - 22.11.2020: Hb 6.3 Leucos 6420 Neutros 3930 (61%) Linfos 1860 (29%) PLT 511000 BUN 11.6 Cr 0.3 ALT 23.9 AST 17.9 Na 138 K 3.95 Cl 103 PCR 6.01 -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periférica: Normales en numero, n ose observan blastos ni alteraciones morfológicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilocitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos+, hipocromia +. -16.11.2020: Cortisol basal 23.8 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto: 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, acido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 7.4, PCO2: 34.9, PO2: 94, BE: -0.3, HCO3: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. -05.11.2020: Procalcitonina 0.126 RX TORAX: NORMAL (PENDIENTE INFORME OFICIAL) MICROBIOLOGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: *Proteus mirabilis*, cultivo de LCR pendiente. 18.11.2020 Valoración por TEO: A la valoración física se observa: - Trocanter derecho: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 1x1x1cm con tejido desvitalizado, bordes regulares, piel perilesional integra, sin signos de infección. Se realiza irrigación con solución salina y se cubre con apósito Bactigras 5x5cm más apósito absorbente. - Trocanter izquierdo: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 17x6x2cm cavitada y tunelizada, con tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes regulares, piel perilesional con gran dermatitis por humedad que se extiende por el muslo, riesgo demicosis, sin signos de infección. Dificultad para la adherencia de los apósitos. Lesión por presión sospecha de lesión profunda en borde inferior de forma lineal 4x0,5cm. - Sacra: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 6,5x3,5x2cm cavitada y tunelizada, borde superior e inferior con suturas conservadas, tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes irregulares, piel perilesional en recuperación, sin signos de infección. PROCEDIMIENTOS: -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutaneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio , tejido de granulación incipiente ,y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa, nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alredeor y compromiso profundo hasta musculo ,cubiertas con aposito eczema en dorso ,perineal y gluteo con areas de confluencia y algunas de exfacelacion. -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Úlcera por decubito presacra con tejido de granulación bien

perfundido, de aprox 12cm de diametro, limpia-sistema vac ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente apositos escara trocantérica derecha de aprox 1.5 cm GII con duoderm fondo limpio.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Quien ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC, último el 24.11.2020 donde se evidenció ulcera sacra de aprox 10 cm con adecuado tejido de granulación, ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con tejido de granulación incipiente y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa y nuevas úlceras trocántericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo. Actualmente encuentro a la paciente hemodinámicamente estable, afebril, pálida, con sistema VAC funcional drenando 320 cc en las últimas 24 horas, no presenta filtraciones ni fuga, alrededor de las úlceras, piel sin rubor ni calor. Por el momento sin indicación de nueva intervención quirúrgica por parte de nosotros. **Dado a presencia de dolor en región trocántericas, se tomo paraclínicos donde se evidencia anemia severa y aumento en la PCR, sin embargo heridas se ven estables sin signos de infección.** Debe continuar en curaciones con TEO. Estamos atentos a su evolución y a necesidad de nuevo recambio de Sistema VAC la otra semana. Se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

- Se insiste en la importancia de aseo personal frecuente por parte de enfermería con el fin de conseguir mejoría de sus lesiones. - Cuidados de VAC por enfermera de TEO - Avisar cambios al Medico hospitalario de turno

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 30.11.2020

Hora Registro: 09:04:27

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFI LUZ

NUTRICION

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.11.2020

Hora Registro: 10:57:09

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra, trocántericas izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central 6. Miliaria 7. Dermatitis de contacto irritativa 8. Candidiasis Cutanea Subjetivo: La paciente misma refiere sentirse mejor, con menos dolor, aunque persiste en zonas de colocación de sistema VAC. Tolerancia alimentación, sin síntomas gastrointestinales, sin cambios en las deposiciones o en la orina.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en buenas condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma. SIGNOS VITALES Fecha Hora T° FC FR TAS TAD TAM SaO2 30.11.2020 08:00:55 36,80 156,00 21,00 93,00 53,00 66,33 94,00 30.11.2020 04:00:13 35,10 150,00 20,00 98,00 69,00 78,67 96,00 30.11.2020 00:00:04 39,90 147,00 20,00 106,00 71,00 82,67 97,00 29.11.2020 20:00:00 36,20 135,00 19,00 93,00 63,00 73,00 96,00 29.11.2020 17:50:00 37,00 161,00 19,00 102,00 67,00 78,67 96,00 29.11.2020 16:45:00 36,90 163,00 19,00 105,00 71,00 82,33 95,00 29.11.2020 16:15:00 36,80 163,00 19,00 103,00 65,00 77,67 96,00 29.11.2020 15:48:00 37,10 160,00 20,00 107,00 66,00 79,67 96,00 Cabeza y cuello: Mucosas pálidas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC en U funcional, Escara trocantérica derecha con espuma y VAC funcional, con producción de 120 cc en últimas 24 horas de líquido serohemático. Mejoría del eritema y calor alrededor del VAC Extremidades: Hipotróficas, sin edema, úlcera por presión grado I en tobillo izquierdo y derecho cubiertas sin secreción ni signos inflamatorios. SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS - 30.11.2020 Hemograma Hb: 8.7 HTO 28 MCV: 82 N/L: 520/2170 PLT: 496.000 - 29.11.2020 Hb 5.8 Hto 20.20 leucos 8150 neutros 5160 (63.4%) linfos 2160 (26%) plt 539000 PCR 14.8 - 22.11.2020: Hb 6.3 Leucos 6420 Neutros 3930 (61%) Linfos 1860(29%) PLT 511000 BUN 11.6 Cr 0.3 ALT 23.9 AST 17.9 Na 138 K 3.95 Cl 103 PCR 6.01 -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periferica: Normales en numero, no se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilocitosis leve a expensas de

dacriocitos y ovalocitos+, hipocromia +. -16.11.2020: Cortisol basal 23.8 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto; 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, ácido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 4.7, PCO2: 34.9, PO2: 94, BE: -0.3, HCO3: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. -05.11.2020: Procalcitonina 0.126 RX TORAX: NORMAL (PENDIENTE INFORME OFICIAL) MICROBIOLOGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: Proteus mirabilis, cultivo de LCR pendiente. 18.11.2020 Valoración por TEO: A la valoración física se observa: - Trocanter derecho: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 1x1x1cm con tejido desvitalizado, bordes regulares, piel perilesional íntegra, sin signos de infección. Se realiza irrigación con solución salina y se cubre con apósito Bactigras 5x5cm más apósito absorbente. - Trocanter izquierdo: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 17x6x2cm cavitada y tunelizada, con tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes regulares, piel perilesional con gran dermatitis por humedad que se extiende por el muslo, riesgo demicosis, sin signos de infección. Dificultad para la adherencia de los apósitos. Lesión por presión sospecha de lesión profunda en borde inferior de forma lineal 4x0,5cm. - Sacra: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 6,5x3,5x2cm cavitada y tunelizada, borde superior e inferior con suturas conservadas, tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes irregulares, piel perilesional en recuperación, sin signos de infección. PROCEDIMIENTOS: -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutáneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio, tejido de granulación incipiente, y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa, nuevas úlceras trocantéricas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diámetro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta músculo, cubiertas con apósito eczema en dorso, perineal y glúteo con áreas de confluencia y algunas de exfoliación. -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Úlcera por decubito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aprox 12cm de diámetro, limpia-sistema vac úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente apósitos escara trocantérica derecha de aprox 1.5 cm GII con duoderm fondo limpio.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Quien ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC, último el 24.11.2020 donde se evidenció úlcera sacra de aprox 10 cm con adecuado tejido de granulación, úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con tejido de granulación incipiente y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa y nuevas úlceras trocantéricas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diámetro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta músculo. Al día de hoy paciente en mejores condiciones generales, con sistema VAC funcional, que drenó en las últimas 24 horas 120 cc. **Mejoría de la hemoglobina tras trasfusión de glóbulos rojos**, debe continuar en curaciones de heridas por terapia enterostomal. Quedamos atentos para el momento que necesite recambio de VAC, en el momento no requiere intervenciones adicionales por parte de cirugía general. Se le explica a la paciente y su madre, quienes refieren entender y aceptar.

- Se insiste en la importancia de aseo personal frecuente por parte de enfermería con el fin de conseguir mejoría de sus lesiones. - Terapia de rehabilitación integral - Cuidados de VAC y úlceras de presión por enfermera de TEO - Control estricto de signos vitales - Avisar cambios al Médico hospitalario de turno

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.11.2020

Hora Registro: 11:22:45

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGÍA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmáferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo,

antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, refiere que persiste con picos febriles nocturnos. Ha disminuido la tos y la encuentra más conectada con el medio. Niega nueva sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 36,8, FC 156, FR 21, TA 93/53, TAM 66,33, SAT 94% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 Leucos 8150 8500 Neutros 5160 5200 Linfos 2160 2170 HB 5.8 8.7 Hto 20.2 28 Plat 539. 496. PCR 14.8 VSG Ac lactico BUN Creatinina Procal Sodio: Potasio FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugia: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germenos: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus, ultimo el 14.11.20 con tejido sacro con tej de granulación, pero nuevas escaras trocantericas, la izquierda con necrosis grasa y extension de aprox 15 cm, continua con vac y curación. Cirugía general indica continuar curaciones por parte de TEO, sin nuevas intervenciones quirúrgicas por parte de la especialidad. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días según indicación de infectología. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico,

progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), buena tolerancia, con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. Completó tratamiento antibiótico el 21.11.20. Ha cursado con alzas térmicas intermitentes durante las madrugadas sin inestabilidad hemodinámica, con descenso de los reactantes de fase aguda por lo que se consideró fiebre de origen central. Dermatología inició manejo para miliaria, dermatitis de contacto y candidiasis cutánea. El 24.11.20 fue llevada a lavado + cambio de VAC por cirugía general para control de proceso infeccioso por escaras severas, encontrando nuevas úlceras trocántéricas derechas. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. El día de ayer se documentó cambio en el patrón de los picos febriles, presentándose adicionalmente durante el día, con PCR en ascenso y tos productiva. Se inició cubrimiento antibiótico con Piperacilina Tazobactam ante sospecha de neumonía aspirativa. Por anemia en 5.8 se transfundieron 2 UGR, tiene hemoglobina de control de hoy en 8.7. Por el momento estable hemodinámicamente, con pico febril en la madrugada. Paciente con alto riesgo de morbilidad. Se explica a la madre.

- Traslado a Betania - Piperacilina Tazobactam (FI: 29.11.20) - Curaciones por terapia enterostomal - Terapia física y ocupacional - Curva térmica

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 30.11.2020

Hora Registro: 11:50:53

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. SEGUIMIENTO # 3. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en compañía de la madre, se observa mayor receptividad; expresa interés.

OBJETIVO: Asigno pasos de la actividad proyecto, se explican y se dan alternativas para elegir la actividad y sus características, teniendo en cuenta la seguridad del paciente.

ANALISIS: Se busca estructurar rutinas para facilitar descarga de energía, mejorar expresión de emociones y estructurar rutinas, basado en el subsistema habituación del modelo de la ocupación humana.

PLAN: Se realiza actividad psicoeducativa con recomendaciones para estructurar rutinas y evitar pensamientos recurrentes. Explico y despejo dudas. Se realiza intervencion siguiendo las medidas de bioseguridad.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 30.11.2020

Hora Registro: 15:43:04

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFÍ LUZ

NUTRICION 1. POR Sonda de GASTROSTOMIA , FORMULA NUTREN 1,5 ESQUEMA BOLOS ASI, GRAVITACIONAL: -A LAS 6 Y 18 PASAR 250 MILILITROS EN 3 HORAS -A LAS 12 HORAS PASAR 500 MILILITROS EN 4 HORAS. 2. VIGILAR SINTOMAS GASTROINTESTINALES ADVERSOS. 3. ESTIMULOS CON ALIMENTOS EN CONSISTENCIA AUTORIZADA POR FONOAUDIOLOGIA. 4.MIPRES ACTUAL 20201123167024484688

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 30.11.2020

Hora Registro: 22:06:03

Responsable: FRANCO FLOREZ, MARIA JOSEFA

Tipo de herida :

Limpia

Descripción de la prestación :

DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITIVO

Hallazgos :

Úlcera sacra de aprox 8-10cm con tejido de granulación bien perfundido Úlcera trocánterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular ,tejido de granulación adecuado en resto de cavidad Úlcera trocánterica der de aprox 4cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas ,resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras ,dorso recuperado ALEVIN DE PROTECCION EN MALEOLOS

Descripción procedimiento :

PACIENTE EN DECUBITO PRONO ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS EN GLUTEOS Y MUSLOS RETIRO DE SISTEMAS VAC PREVIOS COLOCACION DE CAMPOS QX LAVADO CON SALINA DE ESCARA SACRA 500 CC

DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE EN ULCERAS TROCANTERICAS LAVADO CON SALINA 1.5 LT COLOCACION DE NUEVO SISTEMA DE SUCCION AL VACIO CON BARRERA LISA PROTEGIENDO PIEL ADYACENTE #2 ESPUMA SMALL EN SACRA , ESPUMA LARGE DIVIDIDA EN TROCANTERICAS Y PARA PUENTE ENTRE SACRA CON LA DERECHA AFRONTAMIENTO CON VICRYL 1 EN PIEL A SACRA PLASTICO ADHERENTE ,SENSATRACK EN SACRA E IZQUIERDA CONEXION E N"Y" A CANISTER ANTIGUO A PR 100 MMHG CONTINUO INTENSIDAD MEDIA CURACION

Complicaciones :

no SE INFORMA A MADRE , **MEJOR ESTADO DE ULCERAS**

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 01.12.2020

Hora Registro: 08:06:14

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#4. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR EL CONTACTO CON LA REALIDAD -PROMOVER LA EJECUCION DE PATRONES FUNCIONALES, GLOBALES E INTEGRALES -ESTIMULAR FUNCIONES MENTALES BASICAS Y SUPERIORES -PROMOVER PARTICIPACION EN ACTIVIDADES BASICAS -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, ESTIMULACION MOTORA Y COGNITIVA Y MOVILIZACION

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 14/15, CON RIESGO DE CAIDA: 8 ALTO, ESCALA BRADEN: 14 MEDIO
DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y troncanterica izquierda con sistema VAC y troncanterica derecha con aposito. -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesqueletico, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

ENCUENTRO A LUISA EN CAMA ALERTA Y ESTABLE, EN DECUBITO LATERAL, ACOMPAÑADA DE LA MADRE. SE ASISTE LA TRANSICION A SEDENTE EN BORDE DE CAMA, HOY CON MEJOR TOLERANCIA, Y MEJOR CONTROL POSTURAL, SE ESTIMULA EL SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL CON REFUERZO VERBAL Y SEGUIMIENTO POR IMITACION PARA LA EJECUCION DE PATRONES FUNCIONALES Y GLOBALES: ALCANCES EN DIFERENTES PLANOS, EMOJES, SE ESTIMULA APOYO PROPIOCEPTIVO. SE FINALIZA Y SE DEJA EN DECUBITO SUPINO POR PETICION DE LA MADRE, QUEDA ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.12.2020

Hora Registro: 10:17:25

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra, troncanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central 6. Miliaria 7. Dermatitis de contacto irritativa 8. Candidiasis Cutanea
Subjetivo: La paciente pasó buena noche, modulando dolor, tolerando vía oral.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en buenas condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma. SIGNOS VITALES HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 08:05:50 37,40 149,00 20,00 85,00 57,00 66,33 95,00 04:00:00 37,90 155,00 90,00 90,00 42,00 58,00 96,00 00:00:01 37,20 86,00 19,00 125,00 76,00 92,33 96,00 20:49:04 36,00 143,00 19,00 95,00 63,00 73,67 97,00 16:00:00 37,00 142,00 20,00 99,00 69,00 79,00 97,00 12:00:42 36,00 143,00 20,00 93,00 64,00 73,67 97,00 08:00:55 36,80 156,00 21,00 93,00 53,00 66,33 94,00 Cabeza y cuello: Mucosas pálidas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis:

Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocántica izquierda y sacra con sistema VAC en U funcional, Escara trocántica derecha con espuma y VAC funcional, con producción de 80 cc en últimas 14 horas de líquido serohemático. Mejoría del eritema y calor alrededor del VAC Extremidades: Hipotróficas, sin edema, úlcera por presión grado I en tobillo izquierdo y derecho cubiertas sin secreción ni signos inflamatorios. SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS - 30.11.2020 Hemograma Hb: 8.7 HTO 28 MCV: 82 N/L: 520/2170 PLT: 496.000 - 29.11.2020 Hb 5.8 Hto 20.20 leucos 8150 neutros 5160 (63.4%) linfos 2160 (26%) plt 539000 PCR 14.8 - 22.11.2020: Hb 6.3 Leucos 6420 Neutros 3930 (61%) Linfos 1860(29%) PLT 511000 BUN 11.6 Cr 0.3 ALT 23.9 AST 17.9 Na 138 K 3.95 Cl 103 PCR 6.01 -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periferica: Normales en numero, n ose observan blastos ni alteraciones morfológicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilocitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos+, hipocromia +. -16.11.2020: Cortisol basal 23.8 -14.11.2020: Lactato: 1.33, PCR: 6.56, leucos: 8300, neutros: 6260, linfos: 1120, Hb: 7.7, m hcto; 26.4, plaquetas: 447.000, hemocultivos: en proceso, BUN: 18, Cr: 0.39, procalcitonina 6.9, acido láctico: 1.33, Na: 134, K: 3.71, P: 4.4 Gases arteriales: pH: 4.7, PCO2: 34.9, PO2: 94, BE: -0.3, HCO3: 23.6 - 12.11.2020: Leucocitos 9450, N: 72%, Hb 9.1, plaquetas: 564 mil, PCR pendiente (9.74) . - 11.11.2020: Cultivo de LCR negativo preliminar, reporte final pendiente, tinta china negativa, gram sin bacterias, LCR: células 1, blancos 1, serología no reactiva, glucosa 46, proteínas 27. - 10.11.2020: PCR 15.77 - 09.11.2020: Leucocitos 9 mil (15 mil), Hb: 5.6 (6.7), plaquetas: 252 mil, VSG: 25. -05.11.2020: Procalcitonina 0.126 RX TORAX: NORMAL (PENDIENTE INFORME OFICIAL) MICROBIOLOGICOS: 15.11.2020: Hemocultivos negativos hasta la fecha 10.11.2020: Cultivo de secreción en escara: Proteus mirabilis, cultivo de LCR pendiente. 18.11.2020 Valoración por TEO: A la valoración física se observa: - Trocánter derecho: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 1x1x1cm con tejido desvitalizado, bordes regulares, piel perilesional íntegra, sin signos de infección. Se realiza irrigación con solución salina y se cubre con apósito Bactigras 5x5cm más apósito absorbente. - Trocánter izquierdo: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 17x6x2cm cavitada y tunelizada, con tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes regulares, piel perilesional con gran dermatitis por humedad que se extiende por el muslo, riesgo demicosis, sin signos de infección. Dificultad para la adherencia de los apósitos. Lesión por presión sospecha de lesión profunda en borde inferior de forma lineal 4x0,5cm. - Sacra: Lesión por presión no clasificable de aproximadamente 6,5x3,5x2cm cavitada y tunelizada, borde superior e inferior con suturas conservadas, tejido rosado, músculo bien perfundido, bordes irregulares, piel perilesional en recuperación, sin signos de infección. PROCEDIMIENTOS: -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutáneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro úlcera trocántica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio , tejido de granulación incipiente ,y necrosis de fascia lata , ligamento de inserción de m. glúteo y bursa, nuevas úlceras trocánticas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diámetro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta músculo ,cubiertas con apósito eczema en dorso ,perineal y glúteo con áreas de confluencia y algunas de exfoliación. -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Úlcera por decubito presacra con tejido de granulación bien perfundido, de aprox 12cm de diámetro, limpia-sistema vac úlcera trocántica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente apósitos escara trocántica derecha de aprox 1.5 cm GII con duoderm fondo limpio.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocántica izquierda y derecha. Quien ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. En la cirugía previa el 24.11.2020 se evidenció úlcera sacra de aprox 10 cm con adecuado tejido de granulación, úlcera trocántica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con tejido de granulación incipiente y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa y nuevas úlceras trocánticas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diámetro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta músculo. Ayer fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron úlcera sacra de aprox 8-10cm con tejido de granulación bien perfundido úlcera trocántica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocántica der de aprox 4cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado, ALEVIN DE PROTECCIÓN EN MALEÓLOS Actualmente la paciente se encuentra en mejores condiciones generales por lo que se consideró que la paciente debe continuar en manejo por Enfermera de TEO. Quedamos atentos a cuando necesite nuevas intervenciones por nuestra especialidad médica. Se habla con la Enfermera de TEO al respecto; **puede ser trasladada a Sede Betania para continuar con la rehabilitación.**

- Puede ser trasladada a Sede Betania - Terapia de rehabilitación integral - Cuidados de VAC y úlceras de presión por enfermera de TEO - Control estricto de signos vitales - Avisar cambios al Médico hospitalario de turno

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.12.2020

Hora Registro: 12:31:53

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, más conectada, dolor modulado en el momento. Niega fiebre o tos. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 37.4 FC 149 FR 20 TA 85/57, TAM 66 SAT 95% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BIALTERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 Leucos 8150 8500 Neutros 5160 5200 Linfos 2160 2170 HB 5.8 8.7 Hto 20.2 28 Plat 539. 496. PCR 14.8 VSG Ac lactico BUN Creatinina Procal Sodio: Potasio FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: ulcera sacra de aprox 10 cm, ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugia: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germenes: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y

taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. La próxima dosis de Inmunoglobulina sería el 14.12.2020. Ha cursado con alzas térmicas intermitentes durante las madrugadas sin inestabilidad hemodinámica, con descenso de los reactantes de fase aguda por lo que se consideró fiebre de origen central. Dermatología inició manejo para miliaria, dermatitis de contacto y candidiasis cutánea. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Durante el fin de semana con picos febriles en el día, tos con movilización de secreciones, se inició Piperacilina Tazobactam ante sospecha de neumonía aspirativa. Por anemia en 5.8 se transfundieron 2 UGR sin complicaciones, hemoglobina de control de 8.7. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron úlcera sacra de aprox 8-10cm con tejido de granulación bien perfundido úlcera trocanterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocanterica derecha de aprox 4cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado, **por parte de Cirugía se da aval para trasladar a Betania para continuar curaciones por parte de TEO y rehabilitación integral.** Se le explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

- Traslado a Betania - Piperacilina Tazobactam COMPLETAR 7 DÍAS (FI: 29.11.20) - Próxima dosis de Inmunoglobulina 14 Diciembre 2020 - Curaciones por terapia enterostomal - Terapia física y ocupacional - Curva térmica

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 01.12.2020

Hora Registro: 13:04:27

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFI LUZ

NUTRICION

NUTRICION 1. POR Sonda de GASTROSTOMIA , FORMULA NUTREN 1,5 ESQUEMA BOLOS ASI, GRAVITACIONAL: -A LAS 6 Y 18 PASAR 250 MILILITROS EN 3 HORAS -A LAS 12 HORAS PASAR 500 MILILITROS EN 4 HORAS. 2. VIGILAR SINTOMAS GASTROINTESTINALES ADVERSOS. 3. DIETA SEMIBLANDA 1/2 PORCIONES SIN ESPESOS, REF AM Y PM FRUTA PICADA (PAPAYA, MANGO, PIÑA) INDICADA POR FONOAUDIOLOGIA. 4.MIPRES ACTUAL 20201123167024484688

FONOAUDIOLOGIA DIETA SEMIBLANDA NO AREPA, NO CROCANTES, CARNES CON SALSAS. MEDIAS PORCIONES ALIMENTACION ASISTIDA CONTINUAR CON FONOAUDIOLOGIA PARA MANEJO DE DEGLUCION Y LENGUAJE

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.12.2020

Hora Registro: 17:02:36

Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: TRASTORNO EN LA INGESTION DE ALIMENTOS ALTERACION DE LA COMUNICACION DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Púrpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

REVALORACION

SE RESONDE INTERCONSULTA. JEFE DE TURNO AFIRMA QUE LA MADRE LE ESTA SUMINISTRANDO ALIMENTOS Blandos por lo cual solicitan REVALORACION. ENCUENTRO PACIENTE ESTABLE, EN CAMA, DESPIERTA, TOLERANDO AIRE AMBIENTE, RESPONDE A ALGUNAS PREGUNTAS SENCILLAS. EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUIEN REFIERE TOLERANCIA A ESTIMULOS ORALES CON CREMAS. SE REVALORA REFLEJOS ORALES: NAUSEA Y PALATAL NO OBSERVADOS POR FALTA DE COLABORACION. TOS PRESENTE CONTROL OROMOTOR CON ALTERACION SE SUMINISTRA ALIMENTO BLANDO (ATUN) REALIZA ANTICIPACION AL ALIMENTO, ADOSE LABIAL AL INSTRUMENTO, MASTICACION LOGRANDO COHESION DEL ALIMENTO, DEGLUCION CON DOBLE TRAGO, ASCENSO LARINGEO

PRESENTE. TOMA AGUA CON PITILLO, SIN PRESENCIA DE SIGNOS DE ALARMA CON LAS CONSISTENCIAS EVALUADAS. SE DAN INDICACIONES A FAMILIAR PARA AVANCE A DIETA SEMIBLANDA, SE RECOMIENDA HUMEDecer ALIMENTOS BLANDOS, DOSIFICAR CANTIDAD, DICE ENTENDER Y ACEPTAR SE COMENTA CON NUTRICION Y JEFE DE TURNO QUEDA ESTABLE -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

DIETA SEMIBLANDA NO AREPA, NO CROCANTES, CARNES CON SALSAS. MEDIAS PORCIONES ALIMENTACION ASISTIDA CONTINUAR CON FONOAUDIOLOGIA PARA MANEJO DE DEGLUCION Y LENGUAJE

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.12.2020

Hora Registro: 09:44:27

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores eincontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre, no fiebre, ha tolerado via oral. No tos *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Afebril FC 98 FR 19 TA 98/60 SAT 96% No soporte de O2. Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BIALTERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 Leucos 8150 8500 Neutros 5160 5200 Linfos 2160 2170 HB 5.8 8.7 Hto 20.2 28 Plat 539. 496. PCR 14.8 VSG Ac lactico BUN Creatinina Procal Sodio: Potasio FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.1120 CIRUGÍA: ulcera sacra de aprox 10 cm, ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata , ligamento de

insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo *Proteus mirabilis* 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germenes: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: *Proteus mirabilis*, *E. coli*, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de *proteus*, *e. coli* y *e. faecalis*, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con *proteus*. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. La próxima dosis de Inmunoglobulina sería el 14.12.2020. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Se inició Piperacilina Tazobactam ante sospecha de neumonía aspirativa. Por anemia en 5.8 se transfundieron 2 UGR con hemoglobina de control de 8.7. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron ulcera sacra de aprox 8-10cm con tejido de granulación bien perfundido ulcera trocanterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad ulcera trocanterica derecha de aprox 4cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necroticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de ulceras, dorso recuperado, por parte de Cirugía se da aval para traslada a Betania para continuar curaciones por parte de TEO y rehabilitación integral. Hoy sin fiebre, no soporte de O2, mas conectada con el exterior. Pendiente traslado a sede Betania.

- **Traslado a Betania** - Piperacilina Tazobactam COMPLETAR 7 DÍAS (FI: 29.11.20) - Próxima dosis de Inmunoglobulina 14 Diciembre 2020) - Curaciones por terapia enterostomal - Terapia física y ocupacional

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 02.12.2020

Hora Registro: 10:45:06

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

1-pendiente traslado a Betania

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.12.2020

Hora Registro: 15:20:30

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y trocanterica izquierda con sistema VAC y trocanterica derecha con aposito. -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escaractomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, en estable condición, en cama, en compañía de madre. Ubicada en persona y espacio, parcialmente en tiempo. Se realiza actividad identificación objetos, **obteniendo buen desempeño; seguimiento órdenes verbales, requiriendo apoyo;** y **evocación automatismos (números, días semana, meses año), logrando buen desempeño.** Se brindan pautas a la madre de estimulación evocación automatismos (números, días semana, meses año) y seguimiento órdenes verbales; además se explica a la madre que **se continuará con seguimiento 1 vez por semana, ya que Luisa Fernanda ha aumentado su intención comunicativa las últimas semanas.** La madre refiere comprender y aceptar. Se comenta con Fonoaudióloga Deglución. Queda estable. -----
-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Seguimiento Fonoaudiología Lenguaje 1 vez por semana.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 02.12.2020

Hora Registro: 15:50:27

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#5. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR EL CONTACTO CON LA REALIDAD -PROMOVER LA EJECUCION DE PATRONES FUNCIONALES, GLOBALES E INTEGRALES -ESTIMULAR FUNCIONES MENTALES BASICAS Y SUPERIORES -PORMOVER PARTICIPACION EN ACTIVIDADES BASICAS -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, ESTIMULACION MOTORA Y COGNITIVA Y MOVILIZACION

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 14/15, CON RIESGO DE CAIDA: 8 ALTO, ESCALA BRADEN: 14 MEDIO DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Púrpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y trocanterica izquierda con sistema VAC y trocanterica derecha con aposito. -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

ENCUENTRO A LUISA EN CAMA ALERTA Y ESTABLE, EN DECUBITO LATERAL, ACOMPAÑADA DE LA MADRE. SE PROMUEVE SU AJUSTE POSTURAL, SE FAVORECE EL SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL PARA LA EJECUCION DE PATRONES FUNCIONALES Y GLOBALES, HOY CON POCA TOLERANCIA A LA ACTIVIDD, POR LO QUE SE BRINDA REFORZAMIENTO Y APOYO PROPIOCEPTIVO PARA EVOCAR LOS MOVIMEINTOS EN PLANOS MEDIOS, FRONTALES Y LATERALES, ESTIMULO ORIENTACION TEMPOROEESPACIAL, SE FINALIZA Y SE DEJA ESTABLE EN SU CONDICION.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 02.12.2020

Hora Registro: 17:13:44

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI

Tipo de Evolución: Evolución

SEGUIMIENTO # 4. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en compañía de la madre, se observa mayor colaboración y receptividad; expresa interés en la actividad.

OBJETIVO: **Realizo parcialmente la actividad asignada, porque el día de ayer se sentio mal y evidencia compromiso en descarga de energía que afecta su capacidad de desplazar frustración. Refiere gratificación por el vínculo con la actividad porque le permite mayor estructuración de rutinas.**

ANALISIS: Asigno paso de la actividad proyecto para mejorar descarga de energía y se dan alternativas para selección de materiales, buscando mejorar independencia.

PLAN: Se realiza actividad psicoeducativa referente a la importancia de canalizar las emociones a través de la actividad. Explico y despejo dudas. Se realiza intervencion siguiendo las medidas de bioseguridad.

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.12.2020
 Hora Registro: 10:08:15
 Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX
 Especialidad: REUMATOLOGIA
 Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente con madre. Muy despierta y conectada. M einforma solo tiene dolor en rodilla derecha. No dolor abdominal. No fiebre. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Afebril FC 90 FR 19 TA 99/50 SAT 96% No soporte de O2. Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BIALTERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 Leucos 8150 8500 Neutros 5160 5200 Linfos 2160 2170 HB 5.8 8.7 Hto 20.2 28 Plat 539. 496. PCR 14.8 VSG Ac lactico BUN Creatinina Procal Sodio: Potasio FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: ulcera sacra de aprox 10 cm, ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugia: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y **dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k** sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. La próxima dosis de Inmunoglobulina sería el 14.12.2020. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Se inició Piperacilina Tazobactam ante sospecha de neumonía aspirativa. Por anemia en 5.8 se transfundieron 2 UGR con hemoglobina de control de 8.7. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron ulcera sacra de aprox 8-10cm con tejido de granulación bien perfundido ulcera trocanterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad ulcera trocanterica derecha de aprox 4cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necroticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de ulceras, dorso recuperado, **por parte de Cirugía se da aval para traslada a Betania para continuar curaciones por parte de TEO y rehabilitación integral. No ha tenido fiebre, mejoría del sensorio, evolución estable, completar manejo ATB y pendiente traslado a Betania.**

- Traslado a Betania - Piperacilina Tazobactam COMPLETAR 7 DÍAS (FI: 29.11.20) - Próxima dosis de Inmunoglobulina 14 Diciembre 2020)

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.12.2020

Hora Registro: 20:19:54

Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: TRASTORNO EN LA INGESTION DE ALIMENTOS

ALTERACION DE LA COMUNICACION DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

seguimiento

Paciente estable, en cama, despierta, alerta, con comunicacion mas fluida. Tolerando aire ambiente. En compañía de la madre quien afirma tolerancia a dieta con buena ingesta. Se realiza seguimiento y verificación de procesos masticatorios durante el almuerzo, se suministra alimento semiblando humedecido, realiza movimientos lentos logrando cohesión del alimento, deglución con doble trago para limpiar residuos. Ascenso laringeo palpable, sin signos de alarma Se reiteran técnicas de alimentación y signos de alarma a familiar, dice entender y aceptar SE comenta con jefe de turno Queda estable -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

DIETA SEMIBLANDA NO AREPA, NO CROCANTES, CARNES CON SALSAS. MEDIAS PORCIONES ALIMENTACION ASISTIDA CONTINUAR CON FONOAUDIOLOGIA PARA MANEJO DE LENGUAJE

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.12.2020

Hora Registro: 07:42:33

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD

ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de madre, ha dormido bien. No ha tenido fiebre. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Afebril FC 87 FR 16 TA 100/50 SAT 96% No soporte de O2. Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BIALTERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 Leucos 8150 8500 Neutros 5160 5200 Linfos 2160 2170 HB 5.8 8.7 Hto 20.2 28 Plat 539. 496. PCR 14.8 VSG Ac lactico BUN Creatinina Procal Sodio: Potasio FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: ulcera sacra de aprox 10 cm, ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugia: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocanterica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos por proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de

hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. La próxima dosis de Inmunoglobulina sería el 14.12.2020. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Se inició Piperacilina Tazobactam ante sospecha de neumonía aspirativa. Por anemia en 5.8 se transfundieron 2 UGR con hemoglobina de control de 8.7. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron úlcera sacra de aprox 8-10cm con tejido de granulación bien perfundido úlcera trocanterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocanterica derecha de aprox 4cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado, por parte de Cirugía se da aval para traslado a Betania para continuar curaciones por parte de TEO y rehabilitación integral. No ha tenido fiebre, mejoría neurológica, curaciones por TEO. Continúa cubrimiento ATB con PipTazo hoy día 5/7, pendiente traslado a betania según posibilidad de cupo.

- Traslado a Betania - Piperacilina Tazobactam COMPLETAR 7 DÍAS (FI: 29.11.20) - Próxima dosis de Inmunoglobulina 14 Diciembre 2020) - Mañana paraclínicos

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 04.12.2020

Hora Registro: 10:37:43

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. SEGUIMIENTO # 5. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en compañía de la madre, se observa mayor colaboración, interactúa espontáneamente; se interesa en la intervención propuesta.

OBJETIVO: Realizo parcialmente la actividad asignada y evidencia compromiso en tolerancia a la espera y calidad en la ejecución. Refiere que la actividad le genera satisfacción de acuerdo a sus intereses y disminuye sus pensamientos negativos relacionados con su condición de salud.

ANALISIS: Se dan alternativas para selección del paso de la actividad buscando mejorar tolerancia a la espera y se estructura la secuencia de ejecución para mejorar la organización de la tarea.

PLAN: Se realiza actividad psicoeducativa sobre la importancia de satisfacer la exigencia de la actividad, para generar sensación de logro. Explico y despejo dudas. Se realiza abordaje siguiendo las medidas de bioseguridad.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 04.12.2020

Hora Registro: 11:53:27

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#6. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR EL CONTACTO CON LA REALIDAD -PROMOVER LA EJECUCION DE PATRONES FUNCIONALES, GLOBALES E INTEGRALES -ESTIMULAR FUNCIONES MENTALES BASICAS Y SUPERIORES -PROMOVER PARTICIPACION EN ACTIVIDADES BASICAS -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, ESTIMULACION MOTORA Y COGNITIVA Y MOVILIZACION

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 14/15, CON RIESGO DE CAIDA: 8 ALTO, ESCALA BRADEN: 14 MEDIO DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Púrpura trombocitopénica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y trocanterica izquierda con sistema VAC y trocanterica derecha con aposito. -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarotomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome

catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

ENCUENTRO A LUISA EN CAMA ALERTA Y ESTABLE, EN DECUBITO LATERAL, ACOMPAÑADA DE LA MADRE, QUIEN SE RETIRA AL INICIAR LA INTERVENCION. SE ASISTE LA TRANSICION A SEDENTE EN BORDE DE CAMA, HOY SE OBSERVA AUMENTO DE DOLOR PRINCIPALMENTE EN RODILLA IZQUIERDA, POR LO QUE SE HACE MANEJO CONSERVADO EN LA EXTREMIDAD, REQUIERE MAYOR AISSTENCIA YA POYO, DEBIDO A QUE NO LOGRA AMNTEBNER EL CONTROL MOTOR EN SEDENTE. REQUIERE REFORZAMIENTO VERBAL PARA QUE SE INTEGRE EN ACTIVIDAD DE ALCANCES ALTOS, LATERALES Y CON CRUCE DE LINEA MEDIA, FINALIZA Y SE DEJA EN DECUBITO SUPINO ALINEADA CON APOYO DE ALMOHADAS, QUEDA ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.12.2020

Hora Registro: 10:52:18

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferioes eincontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de prima. Ayer febrícula. No convulsiones. No cambios neurolgicos. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Ayer febrícula FC 96 FR 18 TA 100/50 SAT 98% No soporte de O2. Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BIALTERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 Leucos 8150 8500 9640 Neutros 5160 5200 6560 Linfos 2160 2170 2190 HB 5.8 8. 8.6 Hto 20.2 28 28 Plat 539. 496. 609. PCR 14.8 9.5 Creatinina 0.36 AST 74 ALT 93 Potasio 4.34 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodjo: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración

por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1x1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12-15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germenes: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. La próxima dosis de Inmunoglobulina sería el 14.12.2020. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Se inició Piperacilina Tazobactam ante sospecha de neumonía aspirativa. Por anemia en 5.8 se transfundieron 2 UGR con hemoglobina de control de 8.7. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron úlcera sacra de aprox 8-10cm con tejido de granulación bien perfundido úlcera trocanterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocanterica derecha de aprox 4cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necroticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de ulceras, dorso recuperado, por parte de Cirugía se da aval para traslado a Betania para continuar curaciones por parte de TEO y rehabilitación integral. Continúa cubrimiento ATB con PipTazo hoy día 6/7, **paraclínicos de hoy en trombocitosis reactiva**, no caída de Hb significativa, **se vigilara pruebas hepáticas, descenso de PCR y no falla renal. Pendiente traslado a betania segun posibilidad de cupo**.

- Pendiente Traslado a Betania - Piperacilina Tazobactam COMPLETAR 7 DÍAS (FI: 29.11.20) - **Próxima dosis de Inmunoglobulina 14 Diciembre 2020**

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.12.2020

Hora Registro: 10:11:03

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo

inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 °C, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de madre. Infirma sensación de náusea. "Quemadura" en glúteo. No fiebre. No convulsiones. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Afebril FC 90 FR 19 TA 110/60 SAT 98% No soporte de O₂. Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONANDO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 Leucos 8150 8500 9640 Neutros 5160 5200 6560 Linfos 2160 2170 2190 HB 5.8 8. 8.6 Hto 20.2 28 28 Plat 539. 496. 609. PCR 14.8 9.5 Creatinina 0.36 AST 74 ALT 93 Potasio 4.34 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Ácido fólico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa nuevas úlceras trocántericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH₂O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocánteric) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serología LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR múltiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección

persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. La próxima dosis de Inmunoglobulina sería el 14.12.2020. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Se inició Piperacilina Tazobactam ante sospecha de neumonía aspirativa. Por anemia en 5.8 se transfundieron 2 UGR con hemoglobina de control de 8.7. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron úlcera sacra de aprox 8-10cm con tejido de granulación bien perfundido úlcera trocanterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocanterica derecha de aprox 4cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado, por parte de Cirugía se da aval para traslado a Betania para continuar curaciones por parte de TEO y rehabilitación integral. **Hoy ultimo día de PipTazo día 7/7, se dan recomendaciones a madre de cuidados de piel glúteo. Pendiente traslado a sede de Batenia para continuar manejo de rehabilitación integral,** curaciones por TEO.

- Pendiente Traslado a Betania - Piperacilina Tazobactam COMPLETAR 7 DÍAS (FI: 29.11.20) -hoy ultimo día- - Próxima dosis de Inmunoglobulina 14 Diciembre 2020)

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 07.12.2020

Hora Registro: 10:21:40

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. SEGUIMIENTO # 6. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en compañía de la madre, **se observa mayor tranquilidad con relación a la intervención; expresa que realiza la actividad por periodos más largos de tiempo.**

OBJETIVO: Realizo la actividad asignada y se observa mayor gratificación por el vínculo con la actividad y tiene mejor tolerancia al tiempo de ejecución.

ANALISIS: **Se asigna paso de la actividad para generar sensación de logro y mejorar creencia en las habilidades.**

PLAN: **Se realiza actividad psicoeducativa sobre la relación entre las rutinas estructuradas y la creencia en las habilidades.** Explico y despejo dudas. Se realiza intervención siguiendo las medidas de bioseguridad.

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.12.2020

Hora Registro: 10:40:00

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de catéter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab

cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de madre. Refiere que presentó alzas térmicas durante la madrugada, no asociado a nueva sintomatología, hoy realizaron procedimiento por cx general. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 35,6, FC 139, FR 21, TA 99/64, TAM 75,67, SAT 100% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 Leucos 8150 8500 9640 Neutros 5160 5200 6560 Linfos 2160 2170 2190 HB 5.8 8. 8.6 Hto 20.2 28 28 Plat 539. 496. 609. PCR 14.8 9.5 Creatinina 0.36 AST 74 ALT 93 Potasio 4.34 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocatericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugia: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. La próxima dosis de Inmunoglobulina sería el 14.12.2020. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Por anemia en 5.8 se transfundieron 2 UGR con hemoglobina de control en mejores valores. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm, úlcera trocantérica izquierda de 15 cm de profundidad. El 6.12.20 completó 7 días de antibiótico con Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) ante sospecha de neumonía aspirativa. El día de hoy en la madrugada presentó nueva alza térmica documentada en 38.7 C. Se realizó radiografía de tórax la cual se encuentra sin cambios significativos respecto a la previa del 30.11.20. Hoy se realizará nuevo lavado por parte de cirugía. Posterior a esto tiene pendiente traslado a sede de Betania para continuar manejo de rehabilitación integral y curaciones por TEO.

- Pendiente Traslado a Betania - Lavado por cirugía general hoy - Próxima dosis de Inmunoglobulina 14 Diciembre

2020)

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 07.12.2020

Hora Registro: 21:18:31

Responsable: FRANCO FLOREZ, MARIA JOSEFA

Tipo de herida :

Infectada

Descripción de la prestación :**DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITIVO****Hallazgos :**

sistema vac disfuncional con contaminacion fecal inferior mejoría en dermatitis perilesional pero aun persistente en zonas de plástico adherente ,mejor a nivel de barreiras lisas perilesionales ulceras sacra de aprox 10 cm con tejido de granulación palido ,secreción blanquecina mucosa ulceras trocántericas con necrosis de bursas y compromiso purulento pericapsular , resto con tejido de granulación palido

Descripción procedimiento :

paciente en decubito prono asepsia y antisepsia con yodados previo retiro de sistema vac colocación de campos qx identificación de hallazgos desbridamiento con tijera y toma de cultivo curetaje en escara sacra lavado con salina 2 lt colocación de nuevo sistema vac -small a ulceras sacra y large dividido en trocántericas con puente a sacra , se coloca barrera lisa de 20 cm #2 como protector de piel perilesional plástico adherente ,sensatrack que se conecta a canister de 1 lt a pr de 100 mmhg intensidad media y continua

Complicaciones :

no se informa a madre reinfección de tejidos

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 08.12.2020

Hora Registro: 10:32:14

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#7. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: -ESTIMULAR EL CONTACTO CON LA REALIDAD -PROMOVER LA EJECUCIÓN DE PATRONES FUNCIONALES, GLOBALES E INTEGRALES -ESTIMULAR FUNCIONES MENTALES BÁSICAS Y SUPERIORES -PROMOVER PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES BÁSICAS -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, ESTIMULACIÓN MOTORA Y COGNITIVA Y MOVILIZACIÓN

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACIÓN: CESANTE NIVEL DE EDUCACIÓN: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 14/15, CON RIESGO DE CAÍDA: 8 ALTO, ESCALA BRADEN: 14 MEDIO DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Púrpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y trocánterica izquierda con sistema VAC y trocánterica derecha con apósito. -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarotomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

ENCUENTRO A LUISA EN CAMA ALERTA Y ESTABLE, EN DECUBITO SUPINO, EN COMPAÑÍA DE LA MADRE. HPY LUISA SE ENCUENTRA EN AYUNAS, **A LA ESPERA DE PROCEDIMIENTO (ECOGRAFÍA ABDOMINAL), POR LO QUE SE TRABAJA DESDE SEDENTE LARGO EN CAMA**, FAVORECIDO LA EJECUCIÓN DE PATRONES FUNCIONALES DE FORMA ACTIVA, SIGUIENDO LAS INDICACIONES VERBALES, **SE HACE ÉNFASIS EN LA INTEGRACIÓN BILATERAL Y EL TRABAJO EN LÍNEA MEDIA**, **DEBIDO A QUE SE DISTRAE FÁCILMENTE, REQUIERE REFORZAMIENTO VERBAL CONSTANTE**, SE FINALIZA Y SE DEJA ESTABLE EN IGUAL CONDICIÓN.

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.12.2020

Hora Registro: 11:03:54

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA
 Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de madre. Refiere que presentó alzas térmicas durante la madrugada, aqueja dolor en sitio de insercion de sonda de gastrostomia. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA: 93/53 mmHg, FC: 157 lpm, FR: 19 rpm, Sat: 93% T: 38.1C Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, CON EVIDENCIA DE ERITEMA ALREDEDOR Y DOLOR A LA PALAPCION, NO SECRECION. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BIALTERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 Neutros 5160 5200 6560 8710 Linfos 2160 2170 2190 1040 HB 5.8 8. 8.6 7.3 Hto 20.2 28 28 23.4 Plat 539. 496. 609. 517. PCR 14.8 9.5 17.9 Creatinina 0.36 0.28 AST 74 36 ALT 93 96 Potasio 4.34 3.9 Mg 1.78 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: Úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugia: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germenes: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en

junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. La próxima dosis de Inmunoglobulina sería el 14.12.2020. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Por anemia en 5.8 se transfundieron 2 UGR con hemoglobina de control en mejores valores. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron ulcera sacra de aprox 8-10 cm, úlcera trocantérica izquierda de 15 cm de profundidad. El 6.12.20 completó 7 días de antibiótico con Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) ante sospecha de neumonía aspirativa. En ultimas 48 horas ha presentado nuevas alzas térmicas documentada en 38.7 C. Se realizó radiografía de tórax la cual se encuentra sin cambios significativos respecto a la previa del 30.11.20, **fue llevada el día de ayer a nuevo lavado por parte de cirugía, sin embargo postrerioremente aqueja dolor y eritema en sitio de inserccion de gastrostomia por lo que se solicita ecografia de tejidos blandos de abdomen, ahora con ascenso en niveles de PCR sin embargo en contexto postquirurgico sin ascenso en recuento de leucocitos por lo que se considera solicitar concpet de infectologia para definir inicio de cubrimiento antibiotico. De momento se continúa manejo medico y curaciones de TEO, se difiere traslado a Betania hasta definir cuadro febril actual.**

- S/E ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS ABDOMEN - Valoracion por infectologia - Próxima dosis de Inmunoglobulina 14 Diciembre 2020)

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.12.2020

Hora Registro: 10:38:28

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de madre, sin picos febriles en la noche, persiste

con dolor en sitio de inserción de sonda de gastrostomía. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 37 FC 148 FR 19 PA 83/52 PAM 62 SPO2 93% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, CON EVIDENCIA DE ERITEMA ALREDEDOR Y DOLOR A LA PALPACION, NO SECRECION. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 Neutros 5160 5200 6560 8710 Linfos 2160 2170 2190 1040 HB 5.8 8. 8.6 7.3 Hto 20.2 28 28 23.4 Plat 539. 496. 609. 517. PCR 14.8 9.5 17.9 Creatinina 0.36 0.28 AST 74 36 ALT 93 96 Potasio 4.34 3.9 Mg 1.78 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. gluteo y bursa nuevas úlceras trocántericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocántérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. La próxima dosis de Inmunoglobulina sería el 14.12.2020. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Por anemia en 5.8 se transfundieron 2 UGR con hemoglobina de control en mejores valores. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm, úlcera trocántérica izquierda de 15 cm de profundidad. El 6.12.20 completó 7 días de antibiótico con Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) ante sospecha de neumonía aspirativa. Por picos febriles se realizó radiografía de tórax la cual se encuentra sin cambios significativos respecto a la previa del 30.11.20, fue llevada el 07.12.20 a nuevo lavado por parte de cirugía, dado dolor y eritema en sitio de inserción de gastrostomía se realizó ecografía de tejidos blandos de abdomen con edema pero sin colecciones, anoche sin picos febriles, **dado que tolera vía oral se indica revaloración por Fonoaudiología para definir avance de dieta y si es**

posible retiro de vía alterna de alimentación. De momento se continua manejo medico y curaciones de TEO.

- Revaloración por Fonoaudiología - Pendiente valoración por Infectología - Próxima dosis de Inmunoglobulina 14 Diciembre 2020

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 09.12.2020

Hora Registro: 11:20:18

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. SEGUIMIENTO # 7. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en cama, sola, dormida, despertable, pero somnolienta.

OBJETIVO: Realizo la actividad asignada y evidencia satisfacción por los resultados obtenidos; durante la ejecución de la actividad evidencia mejor organización de la tarea y el uso de los materiales.

ANALISIS: Se asigna paso de la actividad para finalizarla y generar sensación de logro.

PLAN: Se realiza actividad psicoeducativa sobre pautas de higiene del sueño. Explico y despejo dudas. Se realiza intervencion siguiendo las medidas de bioseguridad.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 09.12.2020

Hora Registro: 13:04:27

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFI LUZ

NUTRICION

NUTRICION 1. DIETA SEMIBLANDA SIN ESPESOS, REF AM Y PM FRUTA PICADA (PAPAYA, MANGO, PIÑA) 2.VIA ORAL FORMULA NUTREN 1,5 A LAS 9 Y 15 HORAS 3. VIGILAR SINTOMAS GASTROINTESTINALES ADVERSOS. 4.MIPRES ACTUAL 20201209169024847573

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.12.2020

Hora Registro: 16:24:29

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 14.11.2020). ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistemica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). T FC FR TAS TAD TAM SATO2 36,40 143,00 18,00 90,00 50,00 63,33 94,00 PARACLÍNICOS: -07.12.2020: LEUCOS: 10600, L: 1040, N: 8710, HG: 7.3, HTC: 23.4, PLTS: 517000, PCR: 17.93, CRE: 0.28, BUN: 9.4, ALT: 96.3, AST: 36.3 -05.12.2020:leucos: 9640, l: 2190, n: 6560, hg: 8.6, htc: 28, plt: 609000, PCR: 9.5. PRUEBAS INFECCIOSAS: 08.12.2020: ESCARA Sacra: Klebsiella pneumoniae 24.1120 CIRUGÍA: ulcera sacra de aprox 10 cm, ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugia: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso Imágenes: -08.12.2020 ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas -08.12.2020: ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO): 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical -09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados ni proceso consolidativo. Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros

hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina, con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. La próxima dosis de Inmunoglobulina sería el 14.12.2020. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm, úlcera trocántica izquierda de 15 cm de profundidad. El 6.12.20 completó 7 días de antibiótico con Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) ante sospecha de neumonía aspirativa. Ahora paciente con nuevas alzas térmicas, Se realizó radiografía de tórax la cual se encuentra sin cambios significativos respecto a la previa del, **aqueja dolor y eritema en sitio de inserción de gastrostomía, se realiza eco de tejidos blandos donde se observa Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas, por parte de cirugía se realizará retiro de esta.** cultivo de ESCARA Sacra positivo para Klebsiella pneumoniae, hallazgos que han estado previamente, y posiblemente relacionado a colonización, el manejo sta direccionado a las curaciones y soporte nutricional, **recomiendo por el mmoento suspender su pauta antimicrobian**a y observar.

-
-
-

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.12.2020

Hora Registro: 20:31:30

Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: TRASTORNO EN LA INGESTION DE ALIMENTOS

ALTERACION DE LA COMUNICACION DIAGNOSTICO MÉDICO: 1.Lupus eritematoso sistémico 08.19. 1.2. Purpura trombocitopenica 2018 1.3. Neurolupus: Trastorno psiquiátricos, ¿cuadro encefalítico/encefalopático?, ¿neuropatía periférica?

seguimiento

Se responde llamado de jefe de turno quien afirma que se solicita nuevamente **interconsulta para definir retiro de gastrostomía**. Encuentro paciente en cama, despierta, alerta, comunicacion verbal limitada. **La mama refiere que continua con tolerancia a dieta e ingesta progresiva. Nuevamente se suministra alimento blando humedecido se observa elaboracion del bolo con movimientos masticatorios lentos pero eefectivos, deglucion con ascenso laríngeo palpable. Toma liquido claro sin signos de alarma. SE informa a medica hospitalaria, nutricion y jefe de turno, que la paciente tolera dieta insturada y por parte de fonoaudiologia puede seguir con la alimentacio por via oral. Se sugiere revaloracion por nutricion para definir retiro de gastrostomia teniendo en cuenta el control de ingesta.** Queda estable --

-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

DIETA SEMIBLANDA NO AREPA, NO CROCANTES, CARNES CON SALSAS. MEDIAS PORCIONES ALIMENACION ASISTIDA CONTINUAR CON FONOAUDIOLOGIA PARA MANEJO DE LENGUAJE

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.12.2020

Hora Registro: 08:51:05

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores,

encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de madre, sin picos febriles en la noche, mejoría de dolor en sitio de gastrostomía *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 37.5 FC 142 FR 22 PA 87/57 PAM 67 SPO2 93% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, CON EVIDENCIA DE ERITEMA ALREDEDOR Y DOLOR A LA PALAPACION, NO SECRECION. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tincl: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BIALTERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 Neutros 5160 5200 6560 8710 Linfos 2160 2170 2190 1040 HB 5.8 8. 8.6 7.3 Hto 20.2 28 28 23.4 Plat 539. 496. 609. 517. PCR 14.8 9.5 17.9 Creatinina 0.36 0.28 AST 74 36 ALT 93 96 Potasio 4.34 3.9 Mg 1.78 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: ulcera sacra de aprox 10 cm, ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugia: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto

(Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. La próxima dosis de Inmunoglobulina sería el 14.12.2020. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Por anemia en 5.8 se transfundieron 2 UGR con hemoglobina de control en mejores valores. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm, úlcera trocantérica izquierda de 15 cm de profundidad. El 6.12.20 completó 7 días de antibiótico con Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) ante sospecha de neumonía aspirativa. Por picos febriles se realizó radiografía de tórax la cual se encuentra sin cambios significativos respecto a la previa del 30.11.20, fue llevada el 07.12.20 a nuevo lavado por parte de cirugía. Por otro lado con dolor y eritema en sitio de inserción de gastrostomía con ecografía sin evidencia de colecciones, sin embargo, **paciente que tolera vía oral, ha mejorado ingesta. Se solicita valoración por nutrición para determinar necesidad de continuar con gastrostomía.** Ya valorada por infectología, en cultivo de escara sacra con *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente, indican continuar con curaciones y sin antibiótico. Se explica a madre, entiende.

- Valoración por nutrición - Definir si requiere continuar con gastrostomía - Próxima dosis de Inmunoglobulina 14 Diciembre 2020

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.12.2020

Hora Registro: 13:33:50

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 14.11.2020). ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). T FC FR TAS TAD TAM SATO2 37,50 142,00 22,00 87,00 57,00 67,00 93,00 PARACLÍNICOS: -07.12.2020: LEUCOS: 10600, L: 1040, N: 8710, HG: 7.3, HTC: 23.4, PLTS: 517000, PCR: 17.93, CRE: 0.28, BUN: 9.4, ALT: 96.3, AST: 36.3 -05.12.2020: leucos: 9640, l: 2190, n: 6560, hg: 8.6, htc: 28, plt: 609000, PCR: 9.5. PRUEBAS INFECCIOSAS: 08.12.2020: ESCARA Sacra: *Klebsiella pneumoniae* 24.11.20 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa nuevas úlceras trocántericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, *Criptococo*, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo *Proteus mirabilis* 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso Imágenes: -08.12.2020 ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas -08.12.2020: ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO): 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical -09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados ni proceso consolidativo. Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en

23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina, con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. La próxima dosis de Inmunoglobulina sería el 14.12.2020. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm, úlcera trocantérica izquierda de 15 cm de profundidad. El 6.12.20 completó 7 días de antibiótico con Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) ante sospecha de neumonía aspirativa. Ahora paciente con nuevas alzas térmicas, Se realizó radiografía de tórax la cual se encuentra sin cambios significativos respecto a la previa del, aqueja dolor y eritema en sitio de inserción de gastrostomía, se realiza eco de tejidos blandos donde se observa leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas, por parte de cirugía se realizará retiro de esta. cultivo de ESCARA Sacra positivo para Klebsiella pneumoniae, hallazgos que han estado previamente, y posiblemente relacionado a colonización, el manejo esta direccionado a las curaciones y soporte nutricional, **recomiendo por el momento no administrar antimicrobiano, evaluar con cirugía si la paciente se beneficia de una colostomía**, por el momento sin cambios se mantendra observacion por 48 horas.

-
-
-

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 10.12.2020

Hora Registro: 16:32:14

Responsable: CORDOBA SALAZAR, DIANA CAROLINA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#8. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR EL CONTACTO CON LA REALIDAD -PROMOVER LA EJECUCION DE PATRONES FUNCIONALES, GLOBALES E INTEGRALES -ESTIMULAR FUNCIONES MENTALES BASICAS Y SUPERIORES -PROMOVER PARTICIPACION EN ACTIVIDADES BASICAS -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, ESTIMULACION MOTORA Y COGNITIVA Y MOVILIZACION

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 14/15, CON RIESGO DE CAIDA: 8 ALTO, ESCALA BRADEN: 14 MEDIO DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Púrpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y trocantérica izquierda con sistema VAC y trocantérica derecha con apósito. -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesquelético, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

ENCUENTRO A LUISA EN CAMA ALERTA Y ESTABLE, EN DECUBITO SUPINO, EN COMPAÑÍA DE LA MADRE. SE REALIZA TRANSICIÓN DE SUPINO A SEDENTE AL BORDE DE CAMA CON EL OBJETIVO DE FAVORECER ACTIVACIÓN DE AJUSTES POSTURALES Y ALINEACIÓN POSTURAL, SE INTEGRA EN LA ACTIVIDAD PARCIALMENTE, PRESENTA **ASIMETRÍA HACIA EL LADO DERECHO, SE DESAJUSTA POSTURALMENTE, SE BRINDA APOYO PROPIOCEPTIVO PARA MANTENERSE ALINEADA. PACIENTE QUE LOGRE SEGUIR UNA INDICACIÓN SIMPLE CON RESPUESTA MOTORA CON EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO MIENTRAS QUE CON EL DERECHO PRESENTA RESTRICCIÓN EN LA MOVILIDAD PARA EJECUTAR ALCANCES MEDIOS. PACIENTE QUE SE MUESTRA IRRITABLE CON SU MAMÁ, MUESTRA INTENTOS POR AGREDIRLA FÍSICAMENTE.** DEJO ESTABLE.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 11.12.2020

Hora Registro: 09:44:39

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. SEGUIMIENTO # 8. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en compañía de la madre, se observa mas tranquila y animada con la realizacion de la actividad proyecto.

OBJETIVO: Realizo la actividad asignada y a través de ella evidencia poca tolerancia a la espera, reflejada en la dificultad para realizar la actividad con los tiempos sugeridos.

ANALISIS: Se asigna paso de la actividad buscando mejorar descarga de energía, expresión de emociones y tolerancia a la espera.

PLAN: Se realiza actividad psicoeducativa sobre la tolerancia al tiempo de espera y como esto afecta su estado emocional. Explico y despejo dudas. Se realiza intervencion siguiendo las medidas de bioseguridad.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 11.12.2020

Hora Registro: 10:04:27

Responsable: PEÑA PEÑA, SELF I LUZ

NUTRICION

NUTRICION 1. POR SONDA DE GASTROSTOMIA , FORMULA NUTREN 1,5 ESQUEMA BOLOS ASI, GRAVITACIONAL: -A LAS 6 Y 18 PASAR 250 MILILITROS EN 3 HORAS -A LAS 12 HORAS PASAR 500 MILILITROS EN 4 HORAS. 2. VIGILAR SINTOMAS GASTROINTESTINALES ADVERSOS. 3. DIETA SEMIBLANDA 1/2 PORCIONES SIN ESPESOS, REF AM Y PM FRUTA PICADA (PAPAYA, MANGO, PIÑA) INDICADA POR FONOAUDIOLOGIA. 4.MIPRES ACTUAL

20201209169024847573 NOTA: NO SE SUGIERE POR EL MOMENTO RETIRAR GASTROSTOMIA HASTA GARANTIZAR EL 80% DE LOS REQUERIMIENTOS PROTEICOALORICOS DIARIOS VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.12.2020

Hora Registro: 10:41:30

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de madre, sin picos febriles en la noche, continua con dolor en sitio de gastrostomía. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 37.5 FC 154 FR 20 PA 96/58 PAM 70 SPO2 95% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, CON EVIDENCIA DE ERITEMA ALREDEDOR Y DOLOR A LA PALAPACION, NO SECRECION. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BIALTERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA

EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 Neutros 5160 5200 6560 8710 Linfos 2160 2170 2190 1040 HB 5.8 8. 8.6 7.3 Hto 20.2 28 28 23.4 Plat 539. 496. 609. 517. PCR 14.8 9.5 17.9 Creatinina 0.36 0.28 AST 74 36 ALT 93 96 Potasio 4.34 3.9 Mg 1.78 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas úlceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. La próxima dosis de Inmunoglobulina sería el 14.12.2020. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Por anemia en 5.8 se transfundieron 2 UGR con hemoglobina de control en mejores valores. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm, úlcera trocantérica izquierda de 15 cm de profundidad. El 6.12.20 completó 7 días de antibiótico con Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) ante sospecha de neumonía aspirativa. Por picos febriles se realizó radiografía de tórax la cual se encuentra sin cambios significativos respecto a la previa del 30.11.20, fue llevada el 07.12.20 a nuevo lavado por parte de cirugía. Por otro lado con dolor y eritema en sitio de insercion de gastrostomía con ecografía sin evidencia de colecciones, sin embargo, paciente que tolera vía oral, **ha mejorado ingesta, pero no cubre requerimientos totales por lo que debe continuar aporte por gastrostomía según lo determinado por nutrición.** Ya valorada por infectología, en cultivo de escara sacra con Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente, indican continuar con curaciones y sin antibiótico. Atentos a evolución.

- Próxima dosis de Inmunoglobulina 14 Diciembre 2020

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.12.2020

Hora Registro: 11:43:11

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación. DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y trocanterica izquierda con sistema VAC y trocanterica derecha con aposito. -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, en estable condición, en cama, en compañía de madre. Ubicada en persona y espacio, parcialmente en tiempo. Se realiza actividad estimulación cognitiva, obteniendo mejor desempeño con apoyo permanente; además se trabaja fluidez verbal semántica, obteniendo buen desempeño ante la regulación externa del lenguaje. Se brindan pautas a la madre de estimulación cognitiva y fluidez verbal semántica; la madre refiere comprender y aceptar. Queda estable. -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Seguimiento Fonoaudiología Lenguaje 1 vez por semana.

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.12.2020

Hora Registro: 12:54:46

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 14.11.2020 – 30.11.2020). ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). SIGNOS VITALES: T: 37.5, FC: 154, FR: 20, TA: 96/58 mmHg, TAM: 70, SAT: 95% PARACLÍNICOS: -07.12.2020: LEUCOS: 10600, L: 1040, N: 8710, HG: 7.3, HTC: 23.4, PLTS: 517000, PCR: 17.93, CRE: 0.28, BUN: 9.4, ALT: 96.3, AST: 36.3 -05.12.2020: leucos: 9640, l: 2190, n: 6560, hg: 8.6, htc: 28, plt: 609000, PCR: 9.5. PRUEBAS INFECCIOSAS: - 08.12.2020: ESCARA Sacra: *Klebsiella pneumoniae* - 24.11.20 CIRUGÍA: ulcera sacra de aprox 10 cm, ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo - 15.11.20 Hemocultivos 2/2 NEG. Urocultivo ordenado - 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. - 11.11: Cultivo (escara trocanterica) positivo *Proteus mirabilis* - 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso Imágenes: -08.12.2020 ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas -08.12.2020: ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical -09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados Ni proceso consolidativo. CONCEPTO: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI), ahora hospitalizada desde el 24 de Septiembre en el contexto de un Neurolupus que la ha llevado a la postración severa y dependencia completa para la realización de todas sus actividades. Secundario a esto, presentó extensa escara sacra con bacteremia por *Proteus mirabilis*; se descartó la presencia de osteomielitis asociada y recibió manejo antibiótico con Piptazo, vancomicina, imipenem y caspofungina. Además, ha requerido 4 lavados quirúrgicos y colocación de sistema VAC. Sin embargo, de manera persistente e intermitente ha presentado picos febriles, se ha considerado la idea que muy probablemente correspondan a etiología de sistema nervioso central dado su extenso compromiso por parte de su enfermedad. Hace 4 días nuevamente presentó pico febril aislado por lo cual nuevamente realizan cultivos de herida en escara sacra con reporte positivo para *K. pneumoniae* BLEE +, *Proteus mirabilis* y *Pseudomonas aeruginosa*, prueba de KPC pendiente aún. Sin embargo, se ha considera que por el momento no requiere manejo antibiótico dado que es altamente probable que si se realicen muestras de la escara exista colonización sin que esto sugiera una infección activa. La paciente desde el punto de vista infeccioso ha permanecido estable, no ha tenido elevación de reactivantes y no ha vuelto a presentar picos febriles. Se sugiere continuar igual manejo por su grupo tratante, no requiere reinicio de terapia antimicrobiana.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 11.12.2020

Hora Registro: 17:15:14

Responsable: CORDOBA SALAZAR, DIANA CAROLINA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#9. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR EL CONTACTO CON LA REALIDAD -PROMOVER LA EJECUCION DE PATRONES FUNCIONALES, GLOBALES E INTEGRALES -ESTIMULAR FUNCIONES MENTALES BASICAS Y SUPERIORES -PORMOVER PARTICIPACION EN ACTIVIDADES BASICAS -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, ESTIMULACION MOTORA Y COGNITIVA Y MOVILIZACION

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 14/15, CON RIESGO DE CAIDA: 8 ALTO, ESCALA BRADEN: 14 MEDIO DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y troncanterica izquierda con sistema VAC y trocanterica derecha con aposito. -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesqueletico, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

ENCUENTRO A LUISA EN CAMA ALERTA Y ESTABLE, EN DECUBITO SUPINO, EN COMPAÑIA DE LA MADRE. EN SESION SE TRABAJA ACTIVIDAD TERAPEUTICA EN POSICIÓN SEMI-FOLWER CON EXIGENCIA EN COMPONENTE COGNITIVO PERCEPTUAL; ORIENTACIÓN Y UBICACIÓN ESPACIAL, FORMA, DISCRIMINACIÓN VISUAL Y FIGURA-FONDO. SE INTEGRA EN LA ACTIVIDAD CON DIFICULTAD EN SU DESEMPEÑO, REQUIERE APOYO CONSTANTE Y SEÑALAMIENTO PARA QUE LOGRE PERMANECER Y TERMINAR LA SESIÓN, SE DISPERSA CONSTANTEMENTE. SE TRABAJA MEDIANTE ENFOQUE CONDUCTUAL, DE ESTA FORMA TERMINA LA ACTIVIDAD. DEJO ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.12.2020

Hora Registro: 10:07:46

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos:

Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de madre, picos febriles en la noche, tolerando la vía oral. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 38.6 FC 157 FR 18 PA 108/65 PAM 79 SPO2 94% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncos basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, CON EVIDENCIA DE ERITEMA ALREDEDOR Y DOLOR A LA PALPACION, NO SECRECION. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 Neutros 5160 5200 6560 8710 Linfos 2160 2170 2190 1040 HB 5.8 8. 8.6 7.3 Hto 20.2 28 28 23.4 Plat 539. 496. 609. 517. PCR 14.8 9.5 17.9 Creatinina 0.36 0.28 AST 74 36 ALT 93 96 Potasio 4.34 3.9 Mg 1.78 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Ácido fólico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.11.20 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa nuevas úlceras trocántericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocánterica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serología LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. La próxima dosis de Inmunoglobulina sería el 14.12.2020. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Por anemia en 5.8 se transfundieron 2 UGR con hemoglobina de control en mejores valores. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm, úlcera trocánterica izquierda de 15 cm de profundidad. El 6.12.20 completó 7 días de antibiótico con Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) ante sospecha de neumonía aspirativa. Por picos febriles se realizó radiografía de tórax la cual se encuentra sin cambios significativos respecto a la

previa del 30.11.20, fue llevada el 07.12.20 a nuevo lavado por parte de cirugía. Por otro lado con dolor y eritema en sitio de inserción de gastrostomía con ecografía sin evidencia de colecciones, sin embargo, paciente que tolera vía oral, ha mejorado ingesta, pero no cubre requerimientos totales por lo que debe continuar aporte por gastrostomía según lo determinado por nutrición. Ya valorada por infectología, en cultivo de escara sacra con *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente, indican continuar con curaciones y sin antibiótico. Anoche nuevamente con picos febriles, que se han considerado son de origen central. Atentos a evolución.

- Próxima dosis de Inmunoglobulina 14 Diciembre 2020

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.12.2020

Hora Registro: 09:41:15

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Paciente : LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ Identificación : - CC: 1107531724 Edad : 21 Años Sexo : FEMENINO

Fecha: 2020.Dic.13 Edad: 21 Años Paciente de 21 años quien desde el punto de vista de infectología ha sido evaluado previamente por el Doctor José Fernando García a quien estoy reemplazando transitoriamente. **Tiene un diagnóstico de un lupus eritematoso sistémico con un compromiso muy importante del sistema nervioso central.** En las últimas 24 horas presentó ayer en la mañana una elevación de temperatura hasta 38.6, permanece taquicárdica y hemodinámicamente estable. **En el momento no está recibiendo antibióticos.** Tiene hoy un hemograma con 7700 leucocitos, 4870 neutrófilos, hemoglobina 7 y 536,000 plaquetas, una proteína reactiva (valor normal hasta 0,5 mg/dl) en 10. . Tiene unos cultivos de una escara sacra positivos para una *Klebsiella pneumoniae* productora de KPC (*Klebsiella pneumoniae* carbapenemase) también allí se cultivo un *Proteus mirabilis* y una *Pseudomonas aeruginosa*. Hemocultivos del 14 van negativos. **Por ahora su evolución es similar a la de los últimos días en donde se ha considerado que su fiebre tenga que ver con su actividad lúpica** por ahora debe continuar igual y mañana será evaluada por el Doctor José Fernando García quien la conoce ampliamente. **Mientras este hospitalizado es importante tener en cuenta las diferentes medidas para disminuir la posibilidad de desarrollar una infección sobreagregada como son la aplicación de clorhexidina en la piel (en jabón o paños), no colocarse aretas, relojes, anillos, collares, piercings y demás y no aplicarse cremas** (son buenas para la piel pero también favorecen la proliferación de bacterias) en la piel entre otros... **Es importante aplicar la clorhexidina temprano en la mañana ya que esta sustancia permanece en la piel y forma una barrera protectora que lo puede proteger varias horas durante el periodo del día momentos en los cuales puede ser evaluado por diferentes personas,** llevado a cirugía, se toman exámenes y se realizan procedimientos... Existen varias preparaciones de clorhexidina, la que usamos en el área de hospitalización para los pacientes no contiene alcohol y se puede y debe aplicar en todo el cuerpo incluyendo las axilas, genitales y demás. El aplicarse previamente clorhexidina genera una protección adicional si en las horas subsiguientes se realiza una cirugía, es decir el efecto de esta sustancia es sumatoria a la limpieza que se realiza en cirugía y disminuye el riesgo de infección por lo tanto es muy importante tenerlo presente y no omitirlo. En caso de estar colonizado por gérmenes resistentes a los antibióticos la aplicación diaria de clorhexidina disminuye sustancialmente la posibilidad de enfermarse por estos gérmenes la cual es muy elevada. Es muy importante continuar con estas medidas constantemente. En caso de presentar una infección por estos gérmenes los cuidados de la piel y lavados con clorhexidina hacen el tratamiento antibiótico más eficaz, disminuyendo la posibilidad de reinfecciones continuamente. Es importante comprender que de la misma forma que los médicos y personal de la salud deben lavarse las manos, los pacientes deben lavarse el cuerpo ya que los gérmenes que podrían ser transmitidos por las manos del médico al paciente pueden proliferar en la piel del paciente (esto depende del estado de salud global del paciente y se conoce como "flora transitoria de la piel") hasta alcanzar un umbral que podría causar de manera natural una nueva enfermedad en el paciente (infección sobreagregada a su enfermedad ya existente)... si estas 2 medidas se hacen continuamente la probabilidad de desarrollar una infección sobreagregada en el paciente disminuye marcadamente. Es importante saber que una vez colonizado un paciente la proliferación de estos gérmenes ocurre con mayor frecuencia en las axilas y área perineal sin embargo consideramos que el ingreso de los gérmenes al cuerpo es por sitios de pérdida de la integridad de la piel como punciones, cirugías etc. Por lo tanto en estas dos zonas se debe hacer énfasis al aplicar las soluciones con clorhexidina sin embargo esta sustancia se debe aplicar en todo el cuerpo. También **es importante tratar de mantener una flora equilibrada en el tubo digestivo y para esto se requiere el consumo diario de vegetales verdes y crudos...** de esta forma se disminuye la posibilidad de enfermarse por el sobrecrecimiento de un germen que se aprovecha de las dietas bajas en bacterias y que se llama "*Clostridium difficile*" y que ha aumentado marcadamente en el mundo. Se sabe que aproximadamente entre el 30 al 50% de las personas enfermas y de edad avanzada tienen este germen en su intestino el cual es contenido en su proliferación por la flora normal... el uso de antibióticos, omeprazol y similares y dietas bajas en bacterias favorecen que este germen prolifere y pueda causar enfermedad, situación que puede ser de muy difícil tratamiento. Por otro lado en el momento en el país y el mundo estamos en una **epidemia del virus SARS CoV-2...** es muy importante restringir las visitas, tener colocada **permanentemente una mascarilla** y estar pendiente de todas las recomendaciones e indicaciones del ministerio de salud en relación con esta condición. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JUAN DIEGO VELEZ LONDOÑO Medicina Interna - Infectología R.M. 13947- 86

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.12.2020

Hora Registro: 10:17:42

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de madre, sin picos febriles en la noche, tolerando la vía oral. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36.5 FC 154 FR 22 PA 109/77 PAM 87 SPO2 95% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, CON EVIDENCIA DE ERITEMA ALREDEDOR Y DOLOR A LA PALAPCIÓN, NO SECRECIÓN. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tincl: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 Plat 539. 496. 609. 517. 536. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 VSG 42 Creatinina 0.36 0.28 AST 74 36 ALT 93 96 Potasio 4.34 3.9 Mg 1.78 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 24.1120 CIRUGÍA: ulcera sacra de aprox 10 cm, ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugia: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las

24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo *Proteus mirabilis* 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serología LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germenes: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: *Proteus mirabilis*, *E. coli*, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de *proteus*, *e. coli* y *e. faecalis*, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con *proteus*. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral. La próxima dosis de Inmunoglobulina sería el 14.12.2020. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Por anemia en 5.8 se transfundieron 2 UGR con hemoglobina de control en mejores valores. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron ulcera sacra de aprox 8-10 cm, úlcera trocantérica izquierda de 15 cm de profundidad. El 6.12.20 completó 7 días de antibiótico con Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) ante sospecha de neumonía aspirativa. Por picos febriles se realizó radiografía de tórax la cual se encuentra sin cambios significativos respecto a la previa del 30.11.20, fue llevada el 07.12.20 a nuevo lavado por parte de cirugía. Por otro lado con dolor y eritema en sitio de inserción de gastrostomía con ecografía sin evidencia de colecciones, sin embargo, paciente que tolera vía oral, ha mejorado ingesta, pero no cubre requerimientos totales por lo que debe continuar aporte por gastrostomía según lo determinado por nutrición. Ya valorada por infectología, en cultivo de escara sacra con *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente, indican continuar con curaciones y sin antibiótico. **Presenta algunos picos febriles durante la noche, que se han considerado son de origen central, paraclínicos sin leucocitosis, pcr en descenso.** Atentos a evolución.

- Próxima dosis de Inmunoglobulina 14 Diciembre 2020

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 14.12.2020

Hora Registro: 09:09:23

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. SEGUIMIENTO # 9. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en cama, en compañía de la madre, se observa mas tranquila y con mayor interaccion.

OBJETIVO: **Realizo la actividad asignada y a través de ella se observa mejor descarga de energía y capacidad para desplazar la frustración; evidencia mejor estructuración de rutinas.**

ANALISIS: Se asigna paso de la actividad para ser realizado buscando generar sensacion de logro y mejorar creencia en las habilidades.

PLAN: Se realiza actividad psicoeducativa sobre la importancia de canalizar las emociones. Explico y despejo dudas. Se realiza intervencion siguiendo las medidas de bioseguridad.

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.12.2020

Hora Registro: 10:42:51

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre e infección de escara sacra extensa, manejo ATB con piperacilina tazobactam, cirugías de lavado desde el 25.9.20, hemocultivos de ingreso negativos. Fiebre recurrente y taquicardia, cultivos control negativos incluidos de cateter femoral ya retirado. Se había logrado cierre de aprox 70% del defecto con necesidad de sistema de succión continua. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de madre, picos febriles ayer, ahora afebril. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36.7 FC 114 FR 20 PA 97/45 PAM 62 SPO2 94% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, CON EVIDENCIA DE ERITEMA ALREDEDOR Y DOLOR A LA PALAPCION, NO SECRECION. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 Plat 539. 496. 609. 517. 536. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 VSG 42 Creatinina 0.36 0.28 AST 74 36 ALT 93 96 Potasio 4.34 3.9 Mg 1.78 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 8.12.20 cultivo escara trocanterica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 24.11.20 CIRUGÍA: ulcera sacra de aprox 10 cm, ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alredeor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugia: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germenos: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en

junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Se realizó nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC por lo que neurología realizó nueva PL, con directos y cultivos en LCR negativos, citometría de flujo sin evidencia infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se administró Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos en RMN compatibles con vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se consideró iniciar Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal, continúa manejo con esteroide oral, se indica administrar dosis de este mes. Se comentó con cirujana tratante quien descarta por el momento realización de derivación con colostomía. Por anemia en 5.8 se transfundieron 2 UGR con hemoglobina de control en mejores valores. El 30.11.20 fue llevada nuevamente a cirugía donde observaron ulcera sacra de aprox 8-10 cm, úlcera trocántérica izquierda de 15 cm de profundidad. El 6.12.20 completó 7 días de antibiótico con Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) ante sospecha de neumonía aspirativa. Por picos febriles se realizó radiografía de tórax la cual se encuentra sin cambios significativos respecto a la previa del 30.11.20, fue llevada el 07.12.20 a nuevo lavado por parte de cirugía. Por otro lado con dolor y eritema en sitio de inserción de gastrostomía con ecografía sin evidencia de colecciones, sin embargo, paciente que tolera vía oral, ha mejorado ingesta, pero no cubre requerimientos totales por lo que debe continuar aporte por gastrostomía según lo determinado por nutrición. Ya valorada por infectología, en cultivo de escara sacra con Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente, indican continuar con curaciones y sin antibiótico. Presenta algunos picos febriles durante la noche, que se han considerado son de origen central, paraclínicos sin leucocitosis, pcr en descenso. Se indica continuar **curaciones** (ultimo reporte de TEO 4.dic. 2020) **y administrar inmunoglobulina hoy**

- Aplicar inmunoglobulina G humana 45 grs/día por 2 días - Informar proxima curación o procedimiento en escaras
 NOTA **MIPRES INMUNOGLOBULINA: PACIENTE CON LUPUS REFRACTARIO, VASCULITIS ASOCIADA E INFECCION SEVERA PERSISTENTE, REQUIERE MANEJO INMUNOMODULADOR, POR SU REFRACTARIEDAD SE CONTINUA MANEJO CON INMUNOGLOBULINA** G HUMANA 45 GRS/D X 2 DIAS. Se diligenció mipres con indicación unirs: 20201214130024943563 EL CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO SE ENCUENTRA EN EL SERVICIO

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.12.2020

Hora Registro: 11:57:13

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Seguimiento a interconsulta. Luisa Isaza 20 años Diagnóstico de trabajo por psiquiatría: Síndrome catatonico orgánico (en el contexto de vasculitis SNC) Seguimiento Paciente que duerme bien, sin agitacion, con **hostilidad hacia la madre quien es la cuidadora principal**. Hay incremento de la produccion ideoverbal. **Aun con delirios**. Hay **mayor interaccion social**. Sin efectos adversos de la medicacion psiquiatrica.

En cama, **mas activa, irritable, laconica, delirios mal sistematizados, no ideas de autoagresion, sin alucinaciones, alerta, hipoprosexica, desorientada, juicio alterado**.

Paciente con episodios de hostilidad, sin agitacion, se torna irritable con la madre. Se sugiere ajustar el antidepresivo para control de impulsos.

* Sertralina 50 MG 2-0-0 (aumento) * Clozapina 100MG_ una a las 7pm * Clozapina 25mg: una a las 7pm * Lorazepam 1 MG (1-1-3) * Cierro interconsulta.

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.12.2020

Hora Registro: 13:16:17

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. --

Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 14.11.2020 – 30.11.2020). ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). PRESCRIPCIONES ACTIVAS CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 1 G C/12H TOPICA BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G 1 G C/12H TOPICA SULFATO ALUMINIO 48.9 + ACETATO DE CALCIO 36.4 G/100G SOB 2 2,2 G C/8H TOPICA BICARBONATO SODIO 5 G SOB 5 G C/8H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA ACETAMINOFEN 500MG TAB 500 MG C/8H VIA ORAL HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML 10 ML C/12H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 15 MG C/24H VIA ORAL SERTRALINA TABLETAS 50 MG 50 MG C/24H VIA ORAL IPRATROPIO BROMURO 20MCG/DOSIS FCO 200 DOSIS 60 MCG C/8H INHALATORI TRAMADOL 50MG/ML AMP 1ML 25 MG C/8H INTRAVENOS HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,3 MG C/6H INTRAVENOS LORAZEPAN 2 MG TAB 2 MG C/24H VIA ORAL LORAZEPAN 1 MG TAB 1 MG C/8H VIA ORAL CLOZAPINA TABLETAS 25 MG 25 MG C/24H VIA ORAL CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL ANTIMICROBIANOS Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) Meropenem (14.11.20-21.11.2020) Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) Caspofungina 14.10.2020-23.10.2020 SIGNOS VITALES: T FC FR TAS TAD TAM SAO2 38,40 152,00 22,00 106,00 67,00 80,00 92,00 37,90 137,00 21,00 96,00 68,00 77,33 92,00 37,30 140,00 20,00 117,00 66,00 83,00 98,00 36,60 129,00 17,00 60,00 56,00 57,33 96,00 ANALISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Se sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Ccultivos de herida en escara sacra con reporte positivo para *K. pneumoniae* BLEE +, *Proteus mirabilis* y *Pseudomonas aeruginosa*, carbapenemasa positiva. Durante hospitalización ha recibido múltiples pautas antibióticas, de momento sin cubrimiento antimicrobiano. En registros se evidencia fiebre e horas de la noche/madrugada, sin embargo no hay leucocitosis, la PCR bajó respecto a última toma y desde el punto de vista clínico no ha habido deterioro por lo cual de momento **no se recomienda inicio de antibioticoterapia y se atribuye alza térmica a actividad lúpica**. De volver a hacer fiebre que se asocia a marcadores de inflamación elevados o deterioro clínico se sugiere toma de hemocultivos. Continúa manejo conjunto con reumatología y cirugía general por escara descritas con requerimientos de limpieza y cambio de VAC. De acuerdo a evolución se definirán nuevas intervenciones. Se explica a familiar. Dice entender y aceptar. Atentamente Jose F García G. Infectología.

PARACLÍNICOS: -13-12-2020: Leu: 7700 N/L: 4870/1970 Hb: 7 Hto: 23 Plaq: 536.000 VSG: 42 PCR: 10 -07.12.2020: LEUCOS: 10600, L: 1040, N: 8710, HG: 7.3, HTC: 23.4, PLTS: 517000, PCR: 17.93, CRE: 0.28, BUN: 9.4, ALT: 96.3, AST: 36.3 -05.12.2020: leucos: 9640, l: 2190, n: 6560, hg: 8.6, htc: 28, plt: 609000, PCR: 9.5. PRUEBAS INFECCIOSAS: -13.12.2020: Carbapenemasa positiva. - 08.12.2020: ESCARA Sacra: *Klebsiella pneumoniae* - 24.11.20 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa nuevas úlceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo - 15.11.20 Hemocultivos 2/2 NEG. Urocultivo ordenado - 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. - 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo *Proteus mirabilis* - 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso Imágenes: -08.12.2020 ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas -08.12.2020: ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO): 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical -09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados Ni proceso consolidativo.

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.12.2020

Hora Registro: 12:58:07

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 14.11.2020 – 30.11.2020). ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos:

Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). PRESCRIPCIONES ACTIVAS INMUNOGLOBULINA HUMANA G 5G/50ML 45 G D1 Y 2 INTRAVENOSA CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 1 G C/12H TOPICA BICARBONATO SODIO 5 G SOB 5 G C/8H ORAL SULFATO ALUMINIO 48.9 + ACETATO DE CALCIO 36.4 G/100G SOB 2 2,2 G C/8H TOPICA BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G 1 G C/12H TOPICA IPRATROPIO BROMURO 20MCG/DOSIS FCO 200 DOSIS 60 MCG C/8H INHALATORIA PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML 1000 MG C/8H INTRAVENOSA HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,3 MG C/6H INTRAVENOSA LORAZEPAN 1 MG TAB 1 MG C/8H ORAL CLOZAPINA TABLETAS 25 MG 25 MG C/24H ORAL LORATADINA 10 MG TAB 10 MG D1 Y 2 ORAL SERTRALINA TABLETAS 50 MG 100 MG C/24H ORAL ACETAMINOFEN 500MG TAB 500 MG C/8H ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 15 MG C/24H ORAL TRAMADOL 50MG/ML AMP 1ML 25 MG C/8H INTRAVENOSA ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML 250 ML C/12 D1-15 ORAL HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML 10 ML C/12H ORAL ANTIMICROBIANOS Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) Meropenem (14.11.20-21.11.2020) Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) Caspofungina 14.10.2020-23.10.2020 SIGNOS VITALES 15.12.2020: HORA T FC FR TAS TAD TAM SAO2 05:00:00 36,10 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 04:00:45 39,00 162,00 20,00 108,00 64,00 78,67 94,00 00:01:00 38,30 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 23:05:44 38,80 140,00 21,00 102,00 64,00 76,67 97,00 ANALISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Se sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con citoquímico, directos, cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Ccultivos de herida en escara sacra con reporte positivo para K. pneumoniae BLEE +, Proteus mirabilis y Pseudomona aeruginosa, carbapenemasa positiva. Durante hospitalización ha recibido múltiples pautas antibióticas, de momento sin cubrimiento antimicrobiano. En registros se evidenció fiebre pero sin leucocitosis, con descenso de PCR y sin deterioro clínico por lo que se diferió antibioticoterapia y se atribuyó alza térmica a actividad lúpica. **Anoche con nuevos picos febriles, sin embargo, no contamos con marcadores de inflamación.** Solicitamos hemocultivos, RX de tórax y paraclínicos de control. Además con signos de deshidratación, sugerimos dar bolo de 300 cc de Hartman y continuar 30 cc/hora. Debe continuar en manejo conjunto con reumatología quienes iniciaron nuevamente inmunoglobulina IV y con cirugía general por escara descritas con requerimientos de limpieza y cambio de VAC. Se explica a familiar. Dice entender y aceptar. Atentamente Jose F García G. Infectología.

PARACLÍNICOS: -13-12-2020: Leu: 7700 N/L: 4870/1970 Hb: 7 Hto: 23 Plaq: 536.000 VSG: 42 PCR: 10 -07.12.2020: LEUCOS: 10600, L: 1040, N: 8710, HG: 7.3, HTC: 23.4, PLTS: 517000, PCR: 17.93, CRE: 0.28, BUN: 9.4, ALT: 96.3, AST: 36.3 -05.12.2020: leucos: 9640, l: 2190, n: 6560, hg: 8.6, htc: 28, plt: 609000, PCR: 9.5. PRUEBAS INFECCIOSAS: -13.12.2020: Carbapenemasa positiva. - 08.12.2020: ESCARA Sacra: Klebsiella pneumoniae - 24.11.20 CIRUGÍA: ulcera sacra de aprox 10 cm, ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo - 15.11.20 Hemocultivos 2/2 NEG. Urocultivo ordenado - 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. - 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis - 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso Imágenes: -08.12.2020 ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas -08.12.2020: ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical -09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados Ni proceso consolidativo.

*

*

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 15.12.2020

Hora Registro: 13:31:57

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#10. SEGUIMIENTO/ TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD FISICA Y REHABILITACION PACIENTE DEPENDIENTE

OBJETIVOS DE INTERVENCION TERAPEUTICA: -ESTIMULAR EL CONTACTO CON LA REALIDAD -PROMOVER LA

EJECUCION DE PATRONES FUNCIONALES, GLOBALES E INTEGRALES -ESTIMULAR FUNCIONES MENTALES BASICAS Y SUPERIORES -PROMOVER PARTICIPACION EN ACTIVIDADES BASICAS -EDUCAR A FAMILIAR EN PAUTAS DE CUIDADOS, ESTIMULACION MOTORA Y COGNITIVA Y MOVILIZACION

NOMBRE: LUISA ISAZA EDAD: 20 AÑOS OCUPACION: CESANTE NIVEL DE EDUCACION: BACHILLER PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRA GLASGOW 14/15, CON RIESGO DE CAIDA: 8 ALTO, ESCALA BRADEN: 14 MEDIO
DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y troncanterica izquierda con sistema VAC y trocanterica derecha con aposito. -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central Paciente con deficiencia en el sistema nervioso central, inmunológico y neuromusculoesqueletico, que limita en las actividades relacionadas con la movilidad, alimentación, comunicación y autocuidado que le restringe en la participación de la ejecución de actividades y tareas principales de la vida, de manera severa.

LA PACIENTE LUISA SE ENCUENTRA EN CAMA SOMNOLIENTA, EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, A LA ESPERA DE PROCEDIMIENTO EN COMPAÑÍA DE LA MADRE. EL DÍA DE HOY SE PROMUEVE EL MANTENIMIENTO DE LA FUNCIÓN MOTORA EN MIEMBROS SUPERIORES SIN EMBARGO HOY SE OBSERVA Poca RESPUESTA AL SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL, POR LO QUE SE EVOCA PATRONES FUNCIONALES DE FORMA ASISTIDA. SE EDUCA LA MADRE PARA PROMOVER SEGUIMIENTOS INSTRUCCIONALES MEDIANTE COMANDOS SENCILLOS (ENFORQUE CONDUCTUAL). SE DEJA ESTABLE EN SU CONDICIÓN.

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.12.2020

Hora Registro: 13:41:54

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV
SUBJETIVO: Paciente en compañía de madre, picos febriles solo nocturnos, afebril en el dia. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36.9 (picos hasta de 39°) FC 154 FR 20 PA 97/52 PAM 67 SPO2 95% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos

sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, CON EVIDENCIA DE ERITEMA ALREDEDOR Y DOLOR A LA PALAPCIÓN, NO SECRECIÓN. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 Plat 539. 496. 609. 517. 536. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 VSG 42 Creatinina 0.36 0.28 AST 74 36 ALT 93 96 Potasio 4.34 3.9 Mg 1.78 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 8.12.20 cultivo escara trocanterica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 24.1120 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germenos: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los sgtes problemas: - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccigeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocantérica izq. de 15 cm. Tto con Piperacilina Tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Última curación de TEO 4.12.20 y lavado el 7.12.20. Atentos a nuevo lavado. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20, aun requiere mantenerse por la fluctuación de su condición clínica y por no cubrirse requerimientos nutricionales por vía oral. - Anemia con descenso hasta 5.8, transfundida con 2UGR, ahora estable. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal, hoy día 2/2 de segunda dosis, continúa manejo con prednisona 15 mg. - Picos febriles nocturnos persistentes, sin leucocitosis, pcr en descenso, rx tórax sin cambios significativos respecto al 30.11.20. Dolor y eritema en sitio de insercion de gastrostomia con ecografía sin evidencia de colecciones, en escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente, pendiente control de laboratorios de hoy. **Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central o por actividad de LES (se está tratando, nueva dosis de Igg hoy)**, infecto indicó continuar con curaciones y sin antibiótico. Sin embargo ante la persistencia hoy se ordenaron nuevos cultivos. Se hace énfasis en las curaciones de esta semana por el foco persistente que ha tenido por escaras complejas y extensas.

- **Hoy día 2/2 de inmunoglobulina G humana** 45 grs/d - Atentos a nuevo procedimiento en escara - Pendientes laboratorios de control

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 15.12.2020

Hora Registro: 19:57:07

Responsable: JIMENEZ RAMIREZ, WILLIAM ANDRES

Tipo de herida :

Contaminada

Descripción de la prestación :**DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSI****Hallazgos :**

ULCERA SACRA LIMPIA CON EXPOSICION OSEA ULCERAS TROCANTERICAS CON ESCASO CONTENIDO NECROTICO EN BORDES FETIDO. SE DESBRIDA SIN COMPLICACIONES.

Descripción procedimiento :

CONSERVANDO TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE RETIRA SISTEMA VAC PREVIO. IDENTIFICACION DE HALLAZGOS LAVADO DE ULCERAS CON SSN. DESBRIDAMIENTO CON ENERGIA MONOPOLAR. VERIFICACION DE HEMOSTASIA. UBICACION DE ESPUMA GRIS EN ULCERAS, SE PROTEGE PIEL CON DUODERM. SE CUBRE CON PELICULA ADHESIVA. CONEXIONA SENSATRACK Y CANISTER DE 800 CC. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

Complicaciones :

NINGUNO

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 16.12.2020

Hora Registro: 07:39:42

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. SEGUIMIENTO # 10. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en compañía de la madre, se observa mayor tranquilidad y espontaneidad en su interacción.

OBJETIVO: Realizo la actividad asignada, se gratifica con ella, se observa mejor descarga de energía y resolución de problemas. Se observa mayor interés por incluir otras actividades en sus rutinas.

ANALISIS: Se asigna paso más largo de la actividad y con mayor exigencia en la calidad para mejorar expectativas de éxito y fracaso.

PLAN: Se continúa actividad psicoeducativa sobre pautas de higiene del sueño. Se explica la importancia de la valoración por su psiquiatra tratante para determinar la pertinencia de continuar de la intervención por terapia ocupacional de salud mental y de ser así, generar la interconsulta nuevamente. Explico y despejo dudas. Se realiza intervención siguiendo las medidas de bioseguridad.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 16.12.2020

Hora Registro: 10:04:27

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFI LUZ

NUTRICION

NUTRICION 1. DIETA SEMIBLANDA 1/2 PORCIONES SIN ESPESOS, REF AM GELATINA O YOGURT Y PM FRUTA PICADA (PAPAYA, MANGO, PIÑA) ,NO ENVIAR CAFE EN DESAYUNO REPLAZO AVENA O JUGO DE NARANJA O UVA, ALMUERZO Y CENA: PROTEINA MILODA O DESMECHADA CREMA NO ENVIAR SOPA 2.NUTREN 1.5 VIA ORAL A LAS 9 Y 19 HORAS 3. VIGILAR SINTOMAS GASTROINTESTINALES ADVERSOS. 4. DIETA SEMIBLANDA 1/2 PORCIONES SIN ESPESOS, REF AM Y PM FRUTA PICADA (PAPAYA, MANGO, PIÑA) INDICADA POR FONOAUDIOLOGIA. 5.MIPRES ACTUAL 20201209169024847573 NOTA: NO SE SUGIERE POR EL MOMENTO RETIRAR GASTROSTOMIA HASTA GARANTIZAR EL 100% DE LOS REQUERIMIENTOS PROTEICOCALORICOS DIARIOS

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.12.2020

Hora Registro: 13:04:09

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía

+ lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 14.11.2020 – 30.11.2020). ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). ANTIMICROBIANOS Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) Meropenem (14.11.20-21.11.2020) Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) Caspofungina 14.10.2020-23.10.2020 SIGNOS VITALES 16.12.2020: HORA T FC FR TAS TAD TAM SAO2 07:00:00 36,10 130,00 21,00 103,00 71,00 81,67 92,00 04:00:00 36,00 112,00 21,00 102,00 75,00 84,00 94,00 03:00:00 0,00 132,00 20,00 109,00 78,00 88,33 91,00 02:00:00 36,50 112,00 20,00 102,00 75,00 84,00 94,00 ANALISIS Y PLAN: Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, por RMN se encontró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Se sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. RMN de cerebro con realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, estudios microbiológicos descartaron neuroinfección. Cultivos de herida en escara sacra con reporte positivo para K. pneumoniae BLEE +, P. mirabilis y P. aeruginosa, carbapenemasa positiva. Durante hospitalización ha recibido múltiples pautas antibióticas, de momento sin cubrimiento antimicrobiano. Ayer nuevamente con picos febriles pero paraclínicos de control sin evidencia de respuesta inflamatoria sistémica. Hoy ya sin fiebre, menos taquicárdica. Llama la atención reporte de cultivos de escara sacra positivos para C. albicans pero paciente con mejoría clínica y paraclínica, con hemocultivos negativos hasta el momento, muy probablemente se trate de contaminación. **Por el momento la paciente sin criterios para recibir manejo antimicrobiano.** Estamos atentos a nuevo llamado en caso de ser requerido. Atentamente Jose F Garcia G. Infectología.

PARACLÍNICOS: -15.12.2020: procalcitonina 0.2, hemoglobina 6.9, hto 23, leucocitos 9410, neutrofilos 7760, linfocitos 1070, plaquetas 503000, pH 7.44, po2 80, pco2 33.7, BE -1, HCO3 22.7, BUN 7.4, creatinina 0.29, ALT 97, AST 51, LDH 169, sodio 137, potasio 4.22, cloro 102, magnesio 1.99, calcio 9.27, lactato 1.69, PCR 14 -13.12.2020: Leu: 7700 N/L: 4870/1970 Hb: 7 Hto: 23 Plaq: 536.000 VSG: 42 PCR: 10 -07.12.2020: LEUCOS: 10600, L: 1040, N: 8710, HG: 7.3, HTC: 23.4, PLTS: 517000, PCR: 17.93, CRE: 0.28, BUN: 9.4, ALT: 96.3, AST: 36.3 -05.12.2020: leucos: 9640, l: 2190, n: 6560, hg: 8.6, htc: 28, plt: 609000, PCR: 9.5. PRUEBAS INFECCIOSAS: - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para C. albicans. -13.12.2020: Carbapenemasa positiva. - 08.12.2020: ESCARA Sacra: Klebsiella pneumoniae - 24.11.20 CIRUGÍA: ulcera sacra de aprox 10 cm, ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocatericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo - 15.11.20 Hemocultivos 2/2 NEG. Urocultivo ordenado - 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. - 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis - 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso Imágenes: -08.12.2020 ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas -08.12.2020: ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical -09.11.2020: Rx de tórax con campos pulmonares limpios, sin infiltrados Ni proceso consolidativo.

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.12.2020

Hora Registro: 15:02:09

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Seguimiento a interconsulta. Luisa Isaza 20 años Diagnóstico de trabajo por psiquiatría: Síndrome catatonico orgánico (en el contexto de vasculitis SNC) Seguimiento **Paciente negativista, somnoliente, menos colaboradora, poca producción ideoverbal. Sin agitación, sin agresividad.**

En cama, negativista, somnoliente, poca producción ideoverbal, juicio alterado.

Paciente muy somnoliente en el día. Se reduce la dosis de lorazepam. Se evalúa respuesta.

* Sertralina 50 MG 2-0-0 * Clozapina 100MG_ una a las 7pm * Clozapina 25mg: una a las 7pm * Lorazepam 1 MG (1-0-3) (disminución)

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.12.2020

Hora Registro: 17:24:39

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere que desde la noche no ha vuelto a presentar alzas térmicas. Niega nueva sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 36,1, FC 130, FR 21, TA 103/71, TAM 81,67, SAT 92% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, CON EVIDENCIA DE ERITEMA ALREDEDOR Y DOLOR A LA PALAPACION, NO SECRECION. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 8.12.20 cultivo escara trocanterica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 24.11.20 CIRUGÍA: ulcera sacra de aprox 10 cm, ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata ,

ligamento de inserción de m. glúteo y bursa nuevas úlceras trocántericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diámetro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta músculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocántérica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extensión de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH₂O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocántérica) positivo *Proteus mirabilis* 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serología LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR múltiples gérmenes: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: *Proteus mirabilis*, *E. coli*, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocántérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocántérica izq. de 15 cm. Tto con Piperacilina Tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. El 15.12.20 se realizó nuevo lavado por parte de cirugía general encontrando úlcera sacra limpia con exposición ósea y úlcera trocántérica con escaso contenido necrótico en bordes que desbridan sin complicaciones. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20 la cual aún debe mantenerse por la fluctuación de su condición clínica y por no cubrirse requerimientos nutricionales por vía oral. - Anemia con descenso hasta 5.8, transfundida con 2UGR, ahora estable. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal. Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. - Picos febriles nocturnos persistentes. Dolor y eritema en sitio de inserción de gastrostomía con ecografía sin colecciones. En escara sacra *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. **Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central o por actividad de LES, el cual se está tratando. Infectología indicó continuar con curaciones y sin antibiótico.** Tiene paraclínicos de control del día de hoy con ascenso leve de los reactivos de fase aguda que puede ser secundario a la intervención quirúrgica del día de ayer, con radiografía de tórax sin cambios respecto a las previas, pendiente hemocultivos. Se hace énfasis en las curaciones por el foco persistente que ha tenido dado escaras complejas y extensas. Se explica a la familiar de la paciente.

- Pendiente hemocultivos - Curva térmica - Seguimiento de escaras por TEO y cirugía general

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.12.2020

Hora Registro: 11:07:11

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de *proteus*, *e. coli* y *e. faecalis*, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con *proteus*.

Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre hace un momento con pico febril nuevamente. Niega nueva sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 38.3, FC 144, FR 18, TA 124/83, TAM 96, SAT 99% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, CON EVIDENCIA DE ERITEMA ALREDEDOR Y DOLOR A LA PALPACION, NO SECRECION. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 11.11.20 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Ácido fólico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 16.12.20 Hemocultivos: 1 neg, 2 positivo para cocos gram positivos en racimos 8.12.20 cultivo escara trocanterica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 24.1120 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocatericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo *Proteus mirabilis* 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: *Proteus mirabilis*, *E. coli*, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocantérica izq. de 15 cm. Tto con Piperacilina Tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. El 15.12.20 se realizó nuevo lavado por parte de cirugía general encontrando úlcera sacra limpia con exposición ósea y úlcera trocantéricas con escaso contenido necrótico en bordes que desbridan sin complicaciones. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20 la cual aún debe mantenerse por la fluctuación de su condición clínica y por no cubrirse requerimientos nutricionales por vía oral. - Anemia con descenso hasta 5.8, transfundida con 2UGR, ahora estable. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con

cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal. Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. - Picos febriles nocturnos persistentes. Dolor y eritema en sitio de inserción de gastrostomía con ecografía sin colecciones. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central o por actividad de LES, el cual se está tratando. Infectología indicó continuar con curaciones y sin antibiótico. **Se tomaron hemocultivos nuevmanete, en 1 de los 2 ahora con crecimiento de cocos gram positivos en racimos, quedamos atentos a nuevo concepto de infectología.** Por ahora continuar con curaciones de úlceras por presión. Se solicita reactivos de fase aguda de control.

- Pendiente revaloración por infectología: crecimiento de cocos gram positivos en racimos - Curva térmica, paraclínicos cn rfa - Seguimiento de escaras por TEO y cirugía general

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.12.2020

Hora Registro: 08:51:18

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación. DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y troncanterica izquierda con sistema VAC y trocanterica derecha con aposito. -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, en estable condición, en cama, en compañía de madre. Ubicada en persona y espacio, parcialmente en tiempo. Se realiza actividad estimulación seguimiento órdenes verbales, presentando latencia en sus respuestas pero con buen desempeño; además se trabaja fluidez verbal semántica, requiriendo apoyo fonológico en ocasiones. **Se brindan pautas a la madre de estimulación seguimiento órdenes verbales y fluidez verbal semántica; la madre refiere comprender y aceptar.** Queda estable. -----

-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Seguimiento Fonoaudiología Lenguaje 1 vez por semana.

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.12.2020

Hora Registro: 12:07:06

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además,

en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere que persiste con picos febriles durante la noche. Niega nueva sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 37,5, FC 141, FR 19, TA 101/70, TAM 80,33, SAT 99% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, CON EVIDENCIA DE ERITEMA ALREDEDOR Y DOLOR A LA PALPACION, NO SECRECION. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 Leucos 11010 Neutros 8320 Linfos 1780 Monoc 610 Eos 0 HB 7 Hto 23.7 Plat 583. PCR 13.21 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 15.12: Rx tórax: Normal. 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20 BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 16.12.20: Hemocultivo 1: Negativo. Hemocultivo 2: Positivo Staphylococcus capitis a las 21 horas. Este tipo de microorganismos son considerados normalmente contaminantes. No se realizó estudio de sensibilidad. 8.12.20 cultivo escara trocanterica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 24.11.20 CIRUGÍA: ulcera sacra de aprox 10 cm, ulcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alredeor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccigeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, ulcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocantérica izq. de 15 cm. Tto con Piperacilina Tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa.

Último lavado por parte de cirugía general el 15.12.20 encontrando úlcera sacra limpia y úlcera trocantérica con escaso contenido necrótico. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20 la cual aún debe mantenerse por la fluctuación de su condición clínica y por no cubrirse requerimientos nutricionales por vía oral. - Anemia con descenso hasta 5.8, transfundida con 2UGR, ahora con hemoglobina estable. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal. Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. - Picos febriles nocturnos persistentes. Leve eritema en sitio de inserción de gastrostomía con ecografía sin colecciones. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central o por actividad de LES, el cual se está tratando. Infectología indicó continuar con curaciones y sin antibiótico. **Se tomaron nuevos hemocultivos, en 1 de los 2 con crecimiento de Staphylococcus capitis a las 21 horas, considerado contaminante.** Paraclínicos del día de hoy **sin elevación de reactantes de fase aguda. Se ajusta manejo antipirético y se solicita revaloración por parte de psiquiatría para evaluar posibles medicamentos que puedan contribuir a un síndrome serotoninérgico y explicar la fiebre en esta paciente.** Por ahora debe continuar con curaciones de úlceras por presión. Se explica a la madre.

- Naproxeno 250 mg cada 12 horas - Revaloración por psiquiatría - Curva térmica - Seguimiento de escaras por TEO y cirugía general

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.12.2020

Hora Registro: 11:25:56

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiorpulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere que persiste con picos febriles durante la noche. Niega nueva sintomatología. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 38.2, FC 152, FR 19, TA 104/68 SAT 98% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos.

Abdomen con gastrostomía funcional, CON EVIDENCIA DE ERITEMA ALREDEDOR Y DOLOR A LA PALAPCIÓN, NO SECRECIÓN. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 Leucos 11010 Neutros 8320 Linfos 1780 Monoc 610 Eos 0 HB 7.0 Hto 23.7 Plat 583. PCR 13.21 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodjo: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 15.12: Rx tórax: Normal. 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 16.12.20: Hemocultivo 1: Negativo. Hemocultivo 2: Positivo Staphylococcus capitis a las 21 horas. Este tipo de microorganismos son considerados normalmente contaminantes. No se realizó estudio de sensibilidad. 8.12.20 cultivo escara trocanterica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 24.11.20 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas úlceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germenes: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccigeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocantérica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Último lavado por parte de cirugía general el 15.12.20 encontrando úlcera sacra limpia y úlcera trocantérica con escaso contenido necrótico. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20 la cual aún debe mantenerse por la fluctuación de su condición clínica y por no cubrirse requerimientos nutricionales por via oral. - Anemia con descenso hasta 5.8, transfundida con 2UGR, ahora con hemoglobina estable. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal. Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. - Picos febriles nocturnos persistentes. Leve eritema en sitio de inserción de gastrostomía con ecografía sin colecciones. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapnémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central o por actividad de LES, el cual se está tratando. Infectología indicó continuar con curaciones y sin antibiótico. Se tomaron nuevos hemocultivos, en 1 de los 2 con crecimiento de Staphylococcus capitis a las 21 horas, considerado contaminante. Paraclínicos sin elevación de reactantes de fase aguda. **Se ajusta manejo antipirético y se solicitó revaloración por parte de psiquiatría para evaluar posibles medicamentos que puedan contribuir a un síndrome serotoninérgico y explicar la fiebre en esta paciente.** Por ahora **debe continuar con curaciones de úlceras por presión y lavado según lo indique el servicio de cirugía.** Se explicó a la madre.

- Continuar naproxeno 250 mg cada 12 horas - Revaloración por psiquiatría - Curva térmica - Seguimiento de escaras

por TEO y cirugía general

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.12.2020

Hora Registro: 13:59:56

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere mejoría, sin fiebre en ultimas 24 horas *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 36.5, FC 128, FR 20, TA 102/68 SAT 97% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, CON EVIDENCIA DE ERITEMA ALREDEDOR Y DOLOR A LA PALAPCIÓN, NO SECRECIÓN. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 Leucos 11010 Neutros 8320 Linfos 1780 Monoc 610 Eos 0 HB 7.0 Hto 23.7 Plat 583. PCR 13.21 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 15.12: Rx tórax: Normal. 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.11.20: BT 0.20 BD 0.15 BI

0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 16.12.20: Hemocultivo 1: Negativo. Hemocultivo 2: Positivo Staphylococcus capitis a las 21 horas. Este tipo de microorganismos son considerados normalmente contaminantes. No se realizó estudio de sensibilidad. 8.12.20 cultivo escara trocanterica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 24.11.20 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata, ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas úlceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugía: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm, de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccigeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 dias). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocantérica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Último lavado por parte de cirugía general el 15.12.20 encontrando úlcera sacra limpia y úlcera trocantérica con escaso contenido necrótico. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20 la cual aún debe mantenerse por la fluctuación de su condición clínica y por no cubrirse requerimientos nutricionales por via oral. - Anemia con descenso hasta 5.8, transfundida con 2UGR, ahora con hemoglobina estable. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal. Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. - Picos febriles nocturnos persistentes. Leve eritema en sitio de inserción de gastrostomía con ecografía sin colecciones. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapnémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central o por actividad de LES, el cual se está tratando. Infectología indicó continuar con curaciones y sin antibiótico. Se tomaron nuevos hemocultivos, en 1 de los 2 con crecimiento de Staphylococcus capitis a las 21 horas, considerado contaminante. Paraclínicos sin elevación de reactantes de fase aguda. Se ajustó manejo antipirético y se solicitó revaloración por parte de psiquiatría para evaluar posibles medicamentos que puedan contribuir a un síndrome serotoninérgico y explicar la fiebre en esta paciente. - Debe continuar con curaciones de úlceras por presión y lavado segun lo indique el servicio de cirugía. Se explica a la madre.

- Continuar naproxeno 250 mg cada 12 horas - Pendiente revaloración por psiquiatría - Curva térmica - Próximo lavado o curación por TEO según indique servicio de cirugía general

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 21.12.2020

Hora Registro: 11:04:27

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFI LUZ

NUTRICION

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.12.2020

Hora Registro: 13:04:56

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL - INTERCONSULTA HOSPITALIZACION LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra, troncanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E.

faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central 6. Miliaria 7. Dermatitis de contacto irritativa 8. Candidiasis Cutanea ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de 20 años, con antecedentes anotados en situación de postración, quien esta hospitalizada desde el 24.09.2020 por reactivación de su LUPUS. Se encuentra en seguimiento por nuestra especialidad por una escara sacra extensa y profunda, que estuvo sobreinfectada con aislamiento de proteus, e. coli y e.faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió antibiotico guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina). Se le realizaron lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC desde último lavado el 30.11.2020. Solicitan interconsulta para revaloracion de escara y sistema VAC que anoche se despegó en gluteo izquierdo. Subjetivo: La paciente pasó buena noche, modulando dolor, tolerando vía oral, diuresis y deposiciones positivas y normales. Esta semana con picos febriles que resuelven con la administración de acetaminofén.

OBJETIVO: *Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en buenas condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma. SIGNOS VITALES HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 04:00:46 37,70 145,00 20,00 114,00 73,00 86,67 97,00 23:29:30 37,60 142,00 21,00 97,00 56,00 69,67 97,00 20:00:00 38,30 148,00 20,00 113,00 74,00 87,00 99,00 16:00:00 36,20 97,00 20,00 93,00 63,00 73,00 97,00 12:00:00 36,50 137,00 20,00 100,00 66,00 77,33 98,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictericas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Si signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC en U funcional, Escara trocantérica derecha con espuma y VAC funcional. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS: -18.12.20: Leucos 11010, Neutros 8320, Linfos 1780, Monoc 610, Eos 0, HB 7.0, Hto 23.7, Plat 583., PCR 13.21 -15.11.2020: Leucos 9410, Neutros 7760, Linfos 1070, HB 6.9, Hto 23.1, Plat 503.000, PCR 14.5, VSG 42, BUN 7.4, Creatinina 0.29, AST 51.2, ALT 97.2, LDH 169, Sodio 137.6, Potasio 4.34 3.9 4.22, Cloro 102.7, Mg 1.78 1.99, Calcio 9.27, Procalcitonina 0.201, Ác láctico 1.69 - 30.11.2020 Hemograma Hb: 8.7 HTO 28 MCV: 82 N/L: 520/2170 PLT: 496.000 - 29.11.2020 Hb 5.8 Hto 20.20 leucos 8150 neutros 5160 (63.4%) linfos 2160 (26%) plt 539000 PCR 14.8 - 22.11.2020: Hb 6.3 Leucos 6420 Neutros 3930 (61%) Linfos 1860(29%) PLT 511000 BUN 11.6 Cr 0.3 ALT 23.9 AST 17.9 Na 138 K 3.95 Cl 103 PCR 6.01 -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periférica: Normales en numero, n ose observan blastos ni alteraciones morfológicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos +, Poiquilocitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos+, hipocromia +. IMAGENES: 15.12: Rx tórax: Normal. 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 16.12.20: Hemocultivo 1: Negativo. Hemocultivo 2: Positivo Staphylococcus capitis a las 21 horas. Este tipo de microorganismos son considerados normalmente contaminantes. No se realizó estudio de sensibilidad. 8.12.20 cultivo escara trocantérica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germenes: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo. PROCEDIMIENTOS: -30.11.2020: se observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm con tejido de granulación bien perfundido ulcera trocantérica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocantérica der de aprox 4 cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado. Se dejó alevín de protección en maleolos. -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutaneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro ulcera trocantérea izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio , tejido de granulacion incipiente , y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa, nuevas ulceras trocantéricas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alredeor y compromiso profundo hasta musculo ,cubiertas con aposito eczema en dorso ,perineal y gluteo con areas de confluencia y algunas de exfacelacion. -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Úlcera por decubito presacra con tejido de granulacion bien perfundido, de aprox 12cm de diametro, limpia-sistema vac ulcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente apositos escara trocantérica derecha de aprox 1.5 cm GII con duoderm fondo limpio.

ANALISIS: Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Quien ha sido

llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. En la cirugía previa el 30.11.2020 se le realizó lavado, observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm con tejido de granulación bien perfundido úlcera trocanterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocantérica der de aprox 4 cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado. **Se dejó alevín de protección en maleolos.** Actualmente la paciente se encuentra en **aceptables condiciones generales,** en manejo por enfermera de TEO, **sin signos ni síntomas de infección,** **ayer se despegó VAC en glúteo izquierdo, el cual fue fijado nuevamente por la jefe.** Se programa para **nuevo lavado + desbridamiento el miércoles 23.12.2020.**

PLAN: - Continua hospitalizada - Cuidados de VAC y úlceras de presión por enfermera de TEO - Control estricto de signos vitales - Avisar cambios al Médico cirujano -Se programa para nuevo lavado + desbridamiento el miércoles 23.12.2020

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.12.2020

Hora Registro: 13:53:18

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere encontrarla en mejores condiciones, anoche sólo un episodio de fiebre no sostenida en 38.3. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 37,7, FC 145, FR 20, TA 114/73, TAM 86,67, SAO2 97% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional, CON EVIDENCIA DE ERITEMA ALREDEDOR Y DOLOR A LA PALAPCION, NO SECRECION. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 Leucos 11010 Neutros 8320 Linfos 1780 Monoc 610 Eos 0 HB 7.0 Hto 23.7 Plat 583. PCR 13.21 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9

Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodjo: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 15.12: Rx tórax: Normal. 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 16.12.20: Hemocultivo 1: Negativo. Hemocultivo 2: Positivo Staphylococcus capitis a las 21 horas. Este tipo de microorganismos son considerados normalmente contaminantes. No se realizó estudio de sensibilidad. 8.12.20 cultivo escara trocanterica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 24.1120 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugia: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocanterica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccigeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocantérica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Último lavado por parte de cirugía general el 15.12.20 encontrando úlcera sacra limpia y úlcera trocantérica con escaso contenido necrótico. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20 la cual aún debe mantenerse por la fluctuación de su condición clínica y por no cubrirse requerimientos nutricionales por vía oral. - Anemia con descenso hasta 5.8, transfundida con 2UGR, ahora con hemoglobina estable. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal. Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. - Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central o por actividad de LES, el cual se está tratando. Infectología indicó continuar con curaciones y sin antibiótico. Se tomaron nuevos hemocultivos, en 1 de los 2 con crecimiento de contaminante. Paraclínicos sin elevación de reactantes de fase aguda. Se ajustó manejo antipirético y **se solicitó revaloración por parte de psiquiatría quien ajustó posibles medicamentos que podían contribuir con un síndrome serotoninérgico. Con estas medidas la temperatura ha estado mejor controlada.** Cirugía general programa para nuevo lavado + desbridamiento el miércoles 23.12.2020. Se explica a la madre.

- Continuar naproxeno 250 mg cada 12 horas - Próximo lavado miércoles 23.12.2020 - Curva térmica

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.12.2020

Hora Registro: 09:41:23

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGÍA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL - EVOLUCIÓN LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020

DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC --

Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra, troncanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central 6. Miliaria 7. Dermatitis de contacto irritativa 8. Candidiasis Cutanea Subjetivo: La paciente pasó buena noche, tranquila, sin dolor, tolerando vía oral, diuresis y deposiciones positivas y normales. Sin nuevos picos febriles, niega escalofríos, diarrea, y cualquier sintomatología adicional.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en buenas condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma. SIGNOS VITALES HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 22.12.2020 00:01:00 37,40 147,00 22,00 97,00 68,00 77,67 95,00 21.12.2020 19:58:22 36,80 139,00 20,00 99,00 68,00 78,33 100,00 21.12.2020 16:00:00 36,80 116,00 20,00 128,00 77,00 94,00 95,00 21.12.2020 12:00:00 36,70 132,00 20,00 105,00 68,00 80,33 95,00 21.12.2020 08:00:00 37,20 148,00 20,00 85,00 56,00 65,67 97,00 21.12.2020 04:00:46 37,70 145,00 20,00 114,00 73,00 86,67 97,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC en U funcional, Escara trocantérica derecha con espuma y VAC funcional. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS: -18.12.20: Leucos 11010, Neutros 8320, Linfos 1780, Monoc 610, Eos 0, HB 7.0, Hto 23.7, Plat 583., PCR 13.21 -15.11.2020: Leucos 9410, Neutros 7760, Linfos 1070, HB 6.9, Hto 23.1, Plat 503.000, PCR 14.5, VSG 42, BUN 7.4, Creatinina 0.29, AST 51.2, ALT 97.2, LDH 169, Sodio 137.6, Potasio 4.34 3.9 4.22, Cloro 102.7, Mg 1.78 1.99, Calcio 9.27, Procalcitonina 0.201, Ác láctico 1.69 - 30.11.2020 Hemograma Hb: 8.7 HTO 28 MCV: 82 N/L: 520/2170 PLT: 496.000 - 29.11.2020 Hb 5.8 Hto 20.20 leucos 8150 neutros 5160 (63.4%) linfos 2160 (26%) plt 539000 PCR 14.8 - 22.11.2020: Hb 6.3 Leucos 6420 Neutros 3930 (61%) Linfos 1860(29%) PLT 511000 BUN 11.6 Cr 0.3 ALT 23.9 AST 17.9 Na 138 K 3.95 Cl 103 PCR 6.01 -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periferica: Normales en numero, n ose observan blastos ni alteraciones morfológicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilocitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos+, hipocromia +. IMAGENES: 15.12: Rx tórax: Normal. 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 16.12.20: Hemocultivo 1: Negativo. Hemocultivo 2: Positivo *Staphylococcus capitis* a las 21 horas. Este tipo de microorganismos son considerados normalmente contaminantes. No se realizó estudio de sensibilidad. 8.12.20 cultivo escara trocanterica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 24.1120 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugia: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo *Proteus mirabilis* PROCEDIMIENTOS: -30.11.2020: se observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm con tejido de granulación bien perfundido úlcera trocanterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocantérica der de aprox 4 cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado. Se dejó alevín de protección en maleolos. -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutaneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro úlcera trocantérea izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio , tejido de granulacion incipiente ,y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa, nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo ,cubiertas con aposito eczema en dorso ,perineal y gluteo con areas de confluencia y algunas de exfacelacion. -14.11.2020: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ESCARAS: Úlcera por decubito presacra con tejido de granulacion bien perfundido, de aprox 12cm de diametro, limpia-sistema vac úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente apositos escara trocantérica derecha de aprox 1.5 cm GII con duoderm fondo limpio.

ANALISIS: Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Quien ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. En la cirugía

previa el 30.11.2020 se le realizó lavado, observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm con tejido de granulación bien perfundido úlcera trocanterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocantérica der de aprox 4 cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado. Se dejó alevín de protección en maleolos. Actualmente la paciente se encuentra en aceptables condiciones generales, en manejo por enfermera de TEO, sin signos ni síntomas de infección, ha permanecido afebril desde el 20.12.20, reumatología considera que los picos febriles se debían a actividad lúpica. El hemocultivo 1 es negativo y el 2 contaminado por staphylococcus capitis (no se realiza antibiograma). Anteayer se despegó VAC en glúteo izquierdo, el cual fue fijado nuevamente por la jefe. Está programada para nuevo lavado + desbridamiento el miércoles 23.12.2020.

PLAN: - Continua hospitalizada - Dieta común, sin vía oral desde las 22 horas por procedimiento quirúrgico el día de mañana. - Cuidados de VAC y úlceras de presión por enfermera de TEO - Control estricto de signos vitales - Avisar cambios al Médico cirujano - **Programada para nuevo lavado + desbridamiento mañana** miércoles 23.12.2020

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.12.2020

Hora Registro: 14:53:04

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.2020: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere verla mejor, ultimo pico febril el día 20.12.20. mañana nuevo procedimiento por cx general. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA: 97/63 mmHg, FC: 148 lpm, FR: 20 rpm, Sat: 95% T: 37.1C Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 Leucos 11010 Neutros 8320 Linfos 1780 Monoc 610 Eos 0 HB 7.0 Hto 23.7 Plat 583. PCR 13.21 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9

Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodjo: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO 15.12: Rx tórax: Normal. 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 16.12.20: Hemocultivo 1: Negativo. Hemocultivo 2: Positivo Staphylococcus capitis a las 21 horas. Este tipo de microorganismos son considerados normalmente contaminantes. No se realizó estudio de sensibilidad. 8.12.20 cultivo escara trocanterica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 24.1120 CIRUGÍA: úlcera sacra de aprox 10 cm, úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo 15.11.20 cirugia: Úlcera trocanterica izquierda de aprox 5 cm en piel con necrosis grasa en extension de aprox 12 -15 cm , de bursa y fascia lata adyacente. 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis 10.11.20: Hemocultivos 2/2 negativos. Hongos en proceso 05.11.20: Hemocultivos negativos hasta la fecha 25.10.20: Hemocultivos negativos a la fecha 07.10.20: IgG, PCR sarscov2: NEGATIVOS 29.09.20 LCR: Cels 1 GB 1 Glucosa 49 Prot 33 LDH 44 ph 8.0 Serologia LCR NEG, Gram, KOH, BK LCR: Negativos PCR LCR multiples germen: NEG PCR TBC negativo Cultivo LCR NEG 28.09.20 Cultivo escara sacra: Proteus mirabilis, E. coli, enterococo faecalis. Cultivo de hongos: Negativo

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocantérica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Último lavado por parte de cirugía general el 15.12.20 encontrando úlcera sacra limpia y úlcera trocantérica con escaso contenido necrótico. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20 la cual aún debe mantenerse por la fluctuación de su condición clínica y por no cubrirse requerimientos nutricionales por vía oral. - Anemia con descenso hasta 5.8, transfundida con 2UGR, ahora con hemoglobina estable. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal. Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. - Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central o por actividad de LES, el cual se está tratando. Infectología indicó continuar con curaciones y sin antibiótico. Se tomaron nuevos hemocultivos, en 1 de los 2 con crecimiento de contaminante. Paraclínicos sin elevación de reactantes de fase aguda. Se ajustó manejo antipirético y se solicitó revaloración por parte de psiquiatría quien ajustó posibles medicamentos que podían contribuir con un síndrome serotoninérgico. Con estas medidas la temperatura ha estado mejor controlada, ultimo pico febril el día 20.12.20. Cirugía general programa para nuevo lavado + desbridamiento el miércoles 23.12.2020. De momento decidimos solicitar controles de paraclínicos para el día de mañana, continuar naproxeno y vigilar curva termica.

- Mañana lavado + desbridamiento qx 23.12.2020 - Curva térmica

Informe Preanestesia

Fecha Registro: 22.12.2020

Hora Registro: 19:23:16

Responsable: ZAMUDIO CASTILLA, LAURA MARCELA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Enfermedad actual :

Paciente de sexo femenino, de 21 años, hospitalizada desde el 24.09.2020 con diagnósticos de: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra, troncanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central 6. Miliaria 7. Dermatitis de contacto irritativa 8. Candidiasis Cutanea Es programada para **desbridamiento** con colocación de dispositivo de presión subatmosférica de úlcera por presión en región sacra.

Preparación general - observaciones :

Paciente de sexo femenino, en la tercera década de la vida, ASA III, con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico activo refractario, hospitalización prolongada, úlcera por presión en región sacra, **programada para desbridamiento con colocación de dispositivo de presión subatmosférica**, no tiene predictores de vía aérea difícil, vía aérea comprobada fácil, **en paraclínicos con anemia severa, trombocitosis y función renal normal**, se da aval para el procedimiento, suspender nutrición enteral 8 horas antes del procedimiento y suspender enoxaparina 12 horas antes de la cirugía, se firmará el consentimiento informado previo a la cirugía. Realizado por Laura Zamudio Castilla Residente de primer año de anestesiología Universidad Icesi Comentada con el doctor Carlos Afanador

Preparación general - ayuno recomendado :

Suspender nutrición enteral 8 horas antes del procedimiento

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.12.2020

Hora Registro: 07:26:34

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL - EVOLUCIÓN LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020
DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera de presión en región sacra, troncanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutanea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC
Subjetivo: La paciente pasó buena noche, tranquila, sin dolor, sin vía oral desde anoche, niega cualquier sintomatología adicional.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Examen físico: Paciente en buenas condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 23.12.2020 04:00:45 38,00 169,00 19,00 112,00 71,00 84,67 96,00 22.12.2020 23:00:12 36,60 155,00 17,00 107,00 65,00 79,00 97,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictericas. Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC en U con mal sello, Escara trocantérica derecha con espuma y VAC funcional. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS: -18.12.20: Leucos 11010, Neutros 8320, Linfos 1780, Monoc 610, Eos 0, HB 7.0, Hto 23.7, Plat 583., PCR 13.21 -15.11.2020: Leucos 9410, Neutros 7760, Linfos 1070, HB 6.9, Hto 23.1, Plat 503.000, PCR 14.5, VSG 42, BUN 7.4, Creatinina 0.29, AST 51.2, ALT 97.2, LDH 169, Sodio 137.6, Potasio 4.34 3.9 4.22, Cloro 102.7, Mg 1.78 1.99, Calcio 9.27, Procalcitonina 0.201, Ác láctico 1.69 - 30.11.2020 Hemograma Hb: 8.7 HTO 28 MCV: 82 N/L: 520/2170 PLT: 496.000 - 29.11.2020 Hb 5.8 Hto 20.20 leucos 8150 neutros 5160 (63.4%) linfos 2160 (26%) plt 539000 PCR 14.8 - 22.11.2020: Hb 6.3 Leucos 6420 Neutros 3930 (61%) Linfos 1860(29%) PLT 511000 BUN 11.6 Cr 0.3 ALT 23.9 Na 138 K 3.95 Cl 103 PCR 6.01 -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periférica: Normales en numero, no se observan blastos ni alteraciones morfológicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilocitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos+, hipocromia +. IMAGENES: 15.12: Rx tórax: Normal. 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 16.12.20: Hemocultivo 1: Negativo. Hemocultivo 2: Positivo *Staphylococcus capitis* a las 21 horas. Este tipo de microorganismos son considerados normalmente contaminantes. No se realizó estudio de sensibilidad. 8.12.20

cultivo escara trocanterica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo *Proteus mirabilis* PROCEDIMIENTOS: -15.12.2020: ULCERA SACRA LIMPIA CON EXPOSICION OSEA ULCERAS TROCANTERICAS CON ESCASO CONTENIDO NECROTICO EN BORDES FETIDO. SE DESBRIDA SIN COMPLICACIONES. -30.11.2020: se observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm con tejido de granulación bien perfundido ulcera trocanterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocantérica der de aprox 4 cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado. Se dejó alevín de protección en maleolos. -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutáneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro ulcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio, tejido de granulación incipiente, y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa, nuevas úlceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta musculo, cubiertas con aposito eczema en dorso, perineal y glúteo con áreas de confluencia y algunas de exfoliación.

ANALISIS: Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Quien ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. En la cirugía previa el 15.12.2020 se le realizó lavado, observaron úlcera sacra con exposición osea, limpia, ulcera trocanterica izquierda y derecha con escaso tejido necrótico y bordes limpios. El día de hoy la paciente se encuentra en aceptables condiciones generales, en manejo por enfermera de TEO, sin signos ni síntomas de infección, reumatología considera que los picos febriles se deben a actividad lúpica. El día de hoy será llevada a cambio de VAC y lavado + desbridamiento ya que VAC de glúteo no presenta buen sello. Después de cirugía debe continuar curaciones por TEO.

PLAN: - Continua hospitalizada - Nada vía oral - Cambio de VAC y lavado + desbridamiento el día de hoy - Cuidado de úlceras a cargo de TEO - Control estricto de signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.12.2020

Hora Registro: 09:42:43

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de *proteus*, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con *proteus*. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV

SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere verla mejor, tolera vía oral sin episodios eméticos desde hace más de 2 semanas. Si bien último pico febril había sido el día 20.12.20, hoy nuevo pico febril, previo a realización de lavado qx. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* **EXAMEN FÍSICO:** TA: 112/71 mmHg, FC: 169 lpm, FR: 19 rpm, Sat: 96% T: 38°C Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. **CARDIOPULMONAR** ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. **EXTREMIDADES:** no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. **PIEL:** ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. **NEUROLÓGICO:** Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 HB 7.0 6.5 Hto 23.7 22.1 Leucos 11010 13650 Neutros 8320 10950 Linfos 1780 1500 Monoc 610 850 Eos 0 0 Plat 583. 561. PCR 13.21 BUN 12.1 Cr 0.32 Na 137 K 4.4 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac láctico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 **INMUNOLÓGICOS:** 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 **ANTIDNA** 13.5 5.5 **AntiDNA IFI** NEGAT NEG. NEGATIVO

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocantérica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Último lavado por parte de cirugía general el 15.12.20 encontrando úlcera sacra limpia y úlcera trocantérica con escaso contenido necrótico. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20 la cual aún debe mantenerse por la fluctuación de su condición clínica y por no cubrirse requerimientos nutricionales por vía oral. - Anemia con descenso hasta 5.8, transfundida con 2UGR, ahora con hemoglobina estable. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal. Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. - Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central o por actividad de LES, el cual se está tratando. Infectología indicó continuar con curaciones y sin antibiótico. Se tomaron nuevos hemocultivos, en 1 de los 2 con crecimiento de contaminante. Paraclínicos sin elevación de reactantes de fase aguda. Se ajustó manejo antipirético y se solicitó revaloración por parte de psiquiatría quien ajustó posibles medicamentos que podían contribuir con un síndrome serotoninérgico. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada, último pico febril el día 20.12.20, sin embargo nuevo pico febril el día de hoy previo a realización de procedimiento quirúrgico, se esperar hallazgos intraoperatorios para definir nuevas conductas. Paraclínicos del día de hoy con nivel de hemoglobina estable, leucocitosis leve, azoados y electrolitos normales. Se continua con naproxeno y vigilar curva termica. **Puesto que paciente tolera vía oral, se solicita concepto de fonología y nutrición para definir retiro de sonda de gastrostomía y continuar vía oral.**

- HOY lavado + debridamiento qx 23.12.2020 - Valoración por fonología y nutrición definir posibilidad de retiro de gastrostomía

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 23.12.2020

Hora Registro: 22:20:22

Responsable: FRANCO FLOREZ, MARIA JOSEFA

Tipo de herida :

Infectada

Descripción de la prestación :

DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITIVO

Hallazgos :

ulcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis ,tamaño aprox 10 x 12 cm , piel alrededor sana
ulcera trocater izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, tejido de granulación palido cerca a articulación, muy escaso muscular , profundidad aprox 15 x 6 cm
ulcera trocaterica derecha con necrosis de fascia lata ,grasa periarticular , exposición de la misma, , tejido palido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm

Descripción procedimiento :

paciente en decubito prono ,asepsia y antisepsia con yodados en gluteos y caderas colocacion de campos qx
identificación de hallazgos y desbridamiento con tijera y electrobisturi en cadera der , se ic a ortopedia de turno Dr Martinez quien refiere continuar lavados ,no cambios en manejo o desbridamiento se envia cultivo de tejido curetaje en ulcera trocaterica izquierda y borde inferior de sacra hemostasia con electrobisturi y lavado exhaustivo con salina 2 lt curacion con barrera lisa de 20 cm #2 alrededor de ulceras , sistema vac large con espuma que se divide para ulceras y puente de union sacro con trocater derecho se solicita stomagesive pasta para sellar adecuadamente perianal y disminuir riesgo de contaminación plastico adherente ,sensatrack#2 y conexión con "y" a canister antiguo limpieza INSUMOS NO PBS DRAPE PELICULA TRANSPARENTE M6275009 KCI 1 GUANTE ESTERIL S/TALCO 7.5 2D72N75X CARDINA 2 GUANTE ESTERIL S/TALCO 8.0 2D72N80X CARDINA 1

Complicaciones :

no

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 24.12.2020

Hora Registro: 10:04:27

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFÍ LUZ

NUTRICION

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.12.2020

Hora Registro: 10:26:25

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus

eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV
 SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere verla mejor, reporta hallazgos quirúrgicos con evidencia de escaras sacras y trocántericas en proceso de cicatrización, sin embargo escara de pie derecho con secreción purulenta (toman cultivo). El día de ayer sin picos febriles. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA: 90/56 mmHg, FC: 126 lpm, FR: 20 rpm, Sat: 96% T: 37C Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y ruidos basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 HB 7.0 6.5 Hto 23.7 22.1 Leucos 11010 13650 Neutros 8320 10950 Linfos 1780 1500 Monoc 610 850 Eos 0 0 Plat 583. 561. PCR 13.21 BUN 12.1 Cr 0.32 Na 137 K 4.4 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac láctico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccigeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocántero, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocántica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Último lavado por parte de cirugía general el 15.12.20 encontrando úlcera sacra limpia y úlcera trocántica con escaso contenido necrótico. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20 la cual aún debe mantenerse por la fluctuación de su condición clínica y por no cubrirse requerimientos nutricionales por vía oral. - Anemia con descenso hasta 5.8, transfundida con 2UGR, ahora con hemoglobina estable. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal. Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. - Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central o por actividad de LES, el cual se está tratando. Infectología indicó continuar con curaciones y sin antibiótico. Se tomaron nuevos hemocultivos, en 1 de los 2 con crecimiento de contaminante. Paraclínicos sin elevación de reactantes de fase aguda. Se ajustó manejo antipirético y se solicitó revaloración por parte de psiquiatría quien ajustó posibles medicamentos que podían contribuir con un síndrome serotoninérgico. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada, último pico febril el día 20.12.20, sin embargo nuevo pico febril el día de hoy previo a realización de procedimiento quirúrgico, se esperar hallazgos intraoperatorios para definir nuevas conductas. Paraclínicos del día 23.12.20 con nivel de hemoglobina estable, leucocitosis leve, azoados y electrolitos normales. Se continúa con naproxeno y vigilar curva térmica. -Puesto que paciente tolera vía oral, se solicitó concepto de fonoaudiología y nutrición para definir retiro de sonda de gastrostomía y continuar vía oral. -Hallazgos intraoperatorios (según reporta madre-no contamos con descripción qx), con escaras sacras y trocántericas en mejoría, sin embargo escara de pie derecho con secreción purulenta tomaron cultivo, en espera de concepto de infectología dado previa decisión de no iniciar antibióticoterapia. Continuamos atentos a su evolución clínica.

- P// Valoración por fonoaudiología y nutrición definir posibilidad de retiro de gastrostomía. - P// Cultivo de escara pie derecho.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 24.12.2020

Hora Registro: 10:44:10

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFI LUZ

NUTRICION 1. DIETA SEMIBLANDA SIN ESPESOS, REF AM GELATINA O YOGURT Y PM FRUTA PICADA (PAPAYA, MANGO, PIÑA) ,NO ENVIAR CAFE EN DESAYUNO REMPLAZO AVENA O JUGO DE NARANJA O UVA, ALMUERZO Y CENA: PROTEINA ASADA CREMA NO ENVIAR SOPA 2.NUTREN 1.5 VIA ORAL A LAS 9 Y 19 HORAS 3. VIGILAR SINTOMAS GASTROINTESTINALES ADVERSOS. 4.MIPRES ACTUAL 20201224152025187576

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.12.2020

Hora Registro: 11:34:18

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL - EVOLUCIÓN LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020
DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera de presión en región sacra, troncanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutanea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Subjetivo: La paciente pasó buena noche, tranquila, sin dolor, niega cualquier sintomatología adicional. Diuresis sin alteraciones, no realiza deposiciones desde procedimiento quirúrgico, tolera adecuadamente vía oral líquida.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Examen físico: Paciente en buenas condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 24.12.2020 00:00:48 36,70 121,00 19,00 80,00 44,00 56,00 96,00 23.12.2020 08:00:00 36,60 152,00 20,00 101,00 67,00 78,33 96,00 23.12.2020 12:00:00 36,00 156,00 19,00 113,00 68,00 83,00 98,00 23.12.2020 04:00:45 38,00 169,00 19,00 112,00 71,00 84,67 96,00 22.12.2020 23:00:12 36,60 155,00 17,00 107,00 65,00 79,00 97,00 22.12.2020 20:00:00 37,50 150,00 18,00 114,00 73,00 86,67 99,00 22.12.2020 16:00:00 37,50 147,00 18,00 109,00 74,00 85,67 95,00 22.12.2020 12:21:21 36,50 163,00 20,00 116,00 74,00 88,00 98,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC en U con sello dudoso. Escara trocantérica derecha con espuma y VAC con buen sello. VAC con abundantes detritos. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS: -23.12.20 (2PM): Leucos 13.650, N 10.950, L 1.500, PLAQ 561.000, HB 6.5, HTO 22.1%, BUN 12.1, CR 0.32, NA 137.2, K 4.44, CL 101.9 -18.12.20: Leucos 11010, Neutros 8320, Linfos 1780, Monoc 610, Eos 0, HB 7.0, Hto 23.7, Plat 583., PCR 13.21 -15.11.2020: Leucos 9410, Neutros 7760, Linfos 1070, HB 6.9, Hto 23.1, Plat 503.000, PCR 14.5, VSG 42, BUN 7.4, Creatinina 0.29, AST 51.2, ALT 97.2, LDH 169, Sodio 137.6, Potasio 4.34 3.9 4.22, Cloro 102.7, Mg 1.78 1.99, Calcio 9.27, Procalcitonina 0.201, Ác láctico 1.69 - 30.11.2020 Hemograma Hb: 8.7 HTO 28 MCV: 82 N/L: 520/2170 PLT: 496.000 - 29.11.2020 Hb 5.8 Hto 20.20 leucos 8150 neutros 5160 (63.4%) linfos 2160 (26%) plt 539000 PCR 14.8 - 22.11.2020: Hb 6.3 Leucos 6420 Neutros 3930 (61%) Linfos 1860(29%) PLT 511000 BUN 11.6 Cr 0.3 ALT 23.9 AST 17.9 Na 138 K 3.95 Cl 103 PCR 6.01 -17.11.2020: Leucos 7870, Neutros 5200, Linfos 1750, Hb 6.3, Hcto 24.1, Plaquetas 400000, Cr 0.31, BT 0.16, BD 0.13, BI 0.03, DHL 196, NA 135, K 3.91 Extension de sangre periférica: Normales en numero, n ose observan blastos ni alteraciones morfológicas. Neutros 73%, Linfos 19%, Monocitos 8%, Anisocitosis leve a expensas de macrocitos y microcitos +, Poiquilocitosis leve a expensas de dacriocitos y ovalocitos+, hipocromia +. IMAGENES: 15.12: Rx tórax: Normal. 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 16.12.20: Hemocultivo 1: Negativo. Hemocultivo 2: Positivo Staphylococcus capitis a las 21 horas. Este tipo de microorganismos son considerados normalmente contaminantes. No se realizó estudio de sensibilidad. 8.12.20 cultivo escara trocantérica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis PROCEDIMIENTOS: -23.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: Pendiente reporte oficial. -15.12.2020: ÚLCERA SACRA LIMPIA CON EXPOSICIÓN ÓSEA ÚLCERAS TROCANTÉRICAS CON ESCASO CONTENIDO NECRÓTICO EN BORDES FÉTIDOS. SE DESBRIDA SIN COMPLICACIONES. -30.11.2020: se

observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm con tejido de granulación bien perfundido úlcera trocanterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocantérica der de aprox 4 cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado. Se dejó alevín de protección en maleolos. -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutáneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro úlcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio, tejido de granulación incipiente, y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa, nuevas úlceras trocántericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diámetro con necrosis de piel alrededor y compromiso profundo hasta músculo, cubiertas con apósito eczema en dorso, perineal y glúteo con áreas de confluencia y algunas de exfoliación.

ANÁLISIS: Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Quien ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. En la cirugía previa el 15.12.2020 se le realizó lavado, observaron úlcera sacra con exposición ósea, limpia, úlcera trocántericas izquierda y derecha con escaso tejido necrótico y bordes limpios. El VAC no presenta buen sello desde el 22.12.20 y ha requerido ser fijado en múltiples ocasiones, por lo que ayer fue llevada a nuevo lavado + desbridamiento + cambio de VAC, sin complicaciones (está pendiente el reporte oficial de los hallazgos). Ha presentado picos febriles nocturnos esta semana, último el 23.12.20 los cuales reumatología considera que se deben a actividad lúpica, sin embargo están atentos a los hallazgos intra quirúrgicos. **Se comenta paciente con Dra Franco, quien considera que la úlcera trocantérica izquierda persiste muy profunda, toma cultivo para determinar si requiere nuevo manejo antibiótico, las otras úlceras tienen tejido de granulación palido pero con mejoría notoria. una vez se reporte el cultivo valoración por infectología para definir si se beneficia de nuevo ciclo antibiótico corto.**

PLAN: - Continua hospitalizada - Dieta común - pendiente reporte de cultivo valoración por infectología con el resultado.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 24.12.2020

Hora Registro: 13:44:47

Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR

FONOAUDIOLOGIA CONTINUAR CON DIETA INSTAURADA POR PARTE DE FONOAUDIOLOGIA (DEGLUCION) PRESENTA DEGLUCION NORMAL POR LO CUAL SE PUEDE RETIRAR GASTROSTOMIA PREVIA INDICACION DE MEDICO TRATANTE Y NUTRICION SE CIERRA INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA - DEGLUCION CONTINUA CON TRABAJO POR ESPECIALISTA EN LENGUAJE

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.12.2020

Hora Registro: 13:49:15

Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología Diagnóstico Fonoaudiológico: - DEGLUCION NORMAL - Alteración en la comunicación DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Púrpura trombocitopénica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y trocántericas izquierda con sistema VAC y trocántericas derecha con apósito. -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarotomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central

Seguimiento.

PACIENTE ESTABLE, EN CAMA, DORMIDA, RESPONDE AL LLAMADO, TOLERANDO AIRE AMBIENTE. EN COMPAÑÍA DE LA MADRE QUIEN REFIERE TOLERANCIA A DIETA CON BUENA INGESTA SE REALIZA SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DURANTE EL ALMUERZO CON DIETA SEMIBLANDA, REALIZA MASTICACIÓN EFECTIVA PARA ELABORACIÓN DEL BOLO, DEGLUCIÓN COMPLETA, ASCENSO LARÍNGEO PRESENTE. TOMA LÍQUIDOS CLAROS, SIN EVIDENCIAR SIGNOS DE ALARMA CON LAS CONSISTENCIAS EVALUADAS. SE REITERAN A FAMILIAR TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN Y SIGNOS DE ALARMA, DICE ENTENDER Y ACEPTAR SE COMENTA CON DOCTORA MURCIA (INTERNISTA DE PISO), HOSPITALARIA, NUTRICIÓN Y JEFE DE TURNO, SE INFORMA QUE **LA PACIENTE NO PRESENTA DISFAGIA PARA LA DIETA INSTAURADA POR LO CUAL SE PODRÍA PENSAR EN RETIRO DE GASTROSTOMIA, PREVIA INDICACIÓN DE MEDICO TRATANTE Y NUTRICION.** SE CIERRA INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA (DEGLUCION). CONTINUA SOLO CON MANEJO POR ESPECIALISTA EN LENGUAJE QUEDA ESTABLE. -----

-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha

desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

CONTINUAR CON DIETA INSTAURADA POR PARTE DE FONOAUDIOLOGIA (DEGLUCION) PRESENTA DEGLUCION NORMAL POR LO CUAL SE PUEDE RETIRAR GASTROSTOMIA PREVIA INDICACION DE MEDICO TRATANTE Y NUTRICION SE CIERRA INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA - DEGLUCION CONTINUA CON TRABAJO POR ESPECIALISTA EN LENGUAJE

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 25.12.2020

Hora Registro: 08:13:03

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFI LUZ

NUTRICION 1. DIETA SEMIBLANDA SIN ESPESOS, REF AM GELATINA O YOGURT Y PM FRUTA PICADA (PAPAYA, MANGO, PIÑA) ,NO ENVIAR CAFE EN DESAYUNO REMPLAZO AVENA O JUGO DE NARANJA O UVA, ALMUERZO Y CENA: PROTEINA ASADA CREMA NO ENVIAR SOPA 2.NUTREN 1.5 VIA ORAL A LAS 9 Y 19 HORAS 3. VIGILAR SINTOMAS GASTROINTESTINALES ADVERSOS. 4.MIPRES ACTUAL 20201224152025187576 NOTA: POR PARTE DE NUTRICION PRESENTA INGESTA DEL 100% DE LOS ALIMENTOS OFRECIDOS Y, ADECUADA TOLERANCIA Y ADHERENCIA A LA TOMA DE FORMULA NUTRICIONAL POR LO CUAL SE PUEDE RETIRAR GASTROSTOMIA PREVIA INDICACION DE MEDICO TRATANTE

NUTRICION PACIENTE CON ADECUADO CUBRIMIENTO NUTRICIONAL, NO REQUIRIENDO USO DE Sonda DE GASTROSTOMIA, POR NUTRICION NO HAY CONTRAINDICACION DE RETIRO DE GASTROSTOMIA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.12.2020

Hora Registro: 11:02:01

Responsable: CRUZ MENDOZA, DIEGO FERNANDO

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL - EVOLUCIÓN LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020
DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera de presión en región sacra, troncanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutanea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC
Subjetivo: La paciente refiere sentirse en aceptables condiciones, familiar refiere pasar buena noche, sin dolor, sin fiebre. Refiere que anoche presentó escalofrío, sin elevación de la temperatura. Diuresis sin alteraciones, no realiza deposiciones desde anteayer, tolera adecuadamente vía oral.

Objetivo: *Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en buenas condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma, postración crónica. Sin signos de dificultad respiratoria, luce hemodinámicamente estable.
SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 25.12.2020 04:39:43 37,80 137,00 22,00 103,00 63,00 76,33 97,00 25.12.2020 00:48:58 37,00 148,00 21,00 93,00 54,00 67,00 100,00 24.12.2020 20:59:36 37,50 151,00 22,00 94,00 50,00 64,67 100,00 24.12.2020 16:00:00 36,60 149,00 20,00 103,00 70,00 81,00 97,00 24.12.2020 12:00:00 36,00 140,00 18,00 99,00 61,00 73,67 97,00 24.12.2020 08:00:00 36,10 138,00 22,00 87,00 54,00 65,00 94,00 24.12.2020 04:00:15 37,00 126,00 20,00 90,00 56,00 67,33 96,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC en U con buen sello. Escara trocantérica derecha con espuma y VAC con buen sello. VAC con abundantes detritos. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS: -23.12.20: Cultivos de tejido de úlcera sacra en proceso. Gram: se observan ocasionales bacilos Gram negativos en la preparación. -23.12.20 (2PM): Leucos 13.650, N 10.950, L 1.500, PLAQ 561.000, HB 6.5, HTO 22.1%, BUN 12.1, CR 0.32, NA 137.2, K 4.44, CL 101.9 -18.12.20: Leucos 11010, Neutros 8320, Linfos 1780, Monoc 610, Eos 0, HB 7.0, Hto 23.7, Plat 583., PCR 13.21 -15.11.2020: Leucos 9410, Neutros 7760, Linfos 1070, HB 6.9, Hto 23.1, Plat 503.000, PCR 14.5, VSG 42, BUN 7.4, Creatinina 0.29, AST 51.2, ALT 97.2, LDH 169, Sodio 137.6, Potasio 4.34 3.9 4.22, Cloro 102.7, Mg 1.78 1.99, Calcio 9.27, Procalcitonina 0.201, Ác láctico 1.69 - 30.11.2020 Hemograma Hb: 8.7 HTO 28 MCV: 82 N/L: 520/2170 PLT: 496.000 - 29.11.2020 Hb 5.8 Hto 20.20 leucos 8150 neutros 5160 (63.4%) linfos 2160 (26%) plt 539000 PCR 14.8 - 22.11.2020: Hb 6.3 Leucos 6420 Neutros 3930 (61%) Linfos 1860(29%) PLT 511000 BUN 11.6 Cr 0.3 ALT 23.9 AST 17.9 Na 138 K 3.95 Cl 103 PCR 6.01 IMAGENES: 15.12: Rx tórax: Normal. 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de

las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 16.12.20: Hemocultivo 1: Negativo. Hemocultivo 2: Positivo Staphylococcus capitis a las 21 horas. Este tipo de microorganismos son considerados normalmente contaminantes. No se realizó estudio de sensibilidad. 8.12.20 cultivo escara trocanterica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva, glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo Proteus mirabilis PROCEDIMIENTOS: -23.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm , piel alrededor sana ulcera trocanter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, tejido de granulación pálido cerca a articulación, muy escaso muscular , profundidad aprox 15 x 6 cm ulcera trocanterica derecha con necrosis de fascia lata ,grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm. Paciente en decúbito prono ,asepsia y antisepsia con yodados en glúteos y caderas colocación de campos qx identificación de hallazgos y desbridamiento con tijera y electrobisturí en cadera derecha, se ic a ortopedia de turno Dr Martinez quien refiere continuar lavados, no cambios en manejo o desbridamiento se envía cultivo de tejido curetaje en úlcera trocanterica izquierda y borde inferior de sacra hemostasia con electrobisturí y lavado exhaustivo con salina 2 lt curación con barrera lisa de 20 cm #2 alrededor de úlceras , sistema vac large con espuma que se divide para úlceras y puente de unión sacro con trocanter derecho se solicita stomagesive pasta para sellar adecuadamente perianal y disminuir riesgo de contaminación plástico adherente ,sensatrack #2 y conexión con "y" a canister antiguo limpieza. -15.12.2020: ÚLCERA SACRA LIMPIA CON EXPOSICIÓN ÓSEA ÚLCERAS TROCANTÉRICAS CON ESCASO CONTENIDO NECRÓTICO EN BORDES FÉTIDOS. SE DESBRIDA SIN COMPLICACIONES. -30.11.2020: se observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm con tejido de granulación bien perfundido ulcera trocanterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocantérica der de aprox 4 cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado. Se dejó alevín de protección en maleolos. -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutaneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro ulcera trocantérea izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio , tejido de granulación incipiente ,y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa, nuevas ulceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alredeor y compromiso profundo hasta musculo ,cubiertas con aposito eczema en dorso ,perineal y gluteo con areas de confluencia y algunas de exfacelacion.

ANALISIS: Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Quien ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. En la cirugía previa el 15.12.2020 se le realizó lavado, observaron úlcera sacra con exposición osea, limpia, ulcera trocanterica izquierda y derecha con escaso tejido necrótico y bordes limpios. El VAC no presentaba buen sello desde el 22.12.20 y requirió ser fijado en múltiples ocasiones, por lo que fue llevada a nuevo lavado + desbridamiento + cambio de VAC, sin complicaciones el 23.12.2020, en el cual se encuentra úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm , piel alrededor sana ulcera trocanter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, tejido de granulación pálido cerca a articulación, muy escaso muscular , profundidad aprox 15 x 6 cm; ulcera trocanterica derecha con necrosis de fascia lata ,grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm, se interconsulta a ortopedia (de turno Dr Martinez) quienes indican continuar lavados, no cambios en manejo o desbridamiento. Se envía cultivo de tejido curetaje en úlcera trocanterica izquierda y borde inferior de sacra, hemostasia con electrobisturí y lavado exhaustivo con salina 2 lt curación con barrera lisa de 20 cm #2 alrededor de úlceras, sistema VAC large con espuma que se divide para úlceras y puente de unión sacro con trocanter derecho se solicita stomagesive pasta para sellar adecuadamente perianal y disminuir riesgo de contaminación plástico adherente ,sensatrack #2 y conexión con "y" a canister antiguo limpieza. En el gram de las muestras intraoperatorias se observan ocasionales bacilos gram negativos, seguimos pendientes de resultados finales de los cultivos (hasta ahora sin crecimiento microbiológico) y de la valoración por infectología para determinar si requiere nuevo manejo antibiótico. Las otras úlceras tienen tejido de granulación pálido pero con mejoría notoria. Ha presentado picos febriles nocturnos esta semana, último el 23.12.20 los cuales reumatología considera que se deben a actividad lúpica, sin embargo están atentos a reporte de cultivos. El día de hoy la paciente continúa estable, sin síntomas ni signos de infección sistémica, con VAC funcional y drenaje de abundantes detritus. Por el momento debe continuar hospitalizada, se explica a la familiar quien refiere entender y aceptar.

PLAN: - Continua hospitalizada - Dieta común - Pendiente reporte de cultivo - Pendiente valoración por infectología con el resultado.

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.12.2020

Hora Registro: 11:51:56

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ - CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folic tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere verla mejor, sin nuevos picos febriles, refiere que ingiere alimentos sin inconvenientes. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA: 111/60 mmHg, FC: 150 lpm, FR: 19 rpm, Sat: 97% T: 37.6C Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 HB 7.0 6.5 Hto 23.7 22.1 Leucos 11010 13650 Neutros 8320 10950 Linfos 1780 1500 Monoc 610 850 Eos 0 0 Plat 583. 561. PCR 13.21 BUN 12.1 Cr 0.32 Na 137 K 4.4 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccigeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, ulcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocantérica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa.

Último lavado por parte de cirugía general el 15.12.20 encontrando úlcera sacra limpia y úlcera trocantérica con escaso contenido necrótico. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20 la cual aún debe mantenerse por la fluctuación de su condición clínica y por no cubrirse requerimientos nutricionales por vía oral. - Anemia con descenso hasta 5.8, transfundida con 2UGR, ahora con hemoglobina estable. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal. Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. - Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central o por actividad de LES, el cual se está tratando. Infectología indicó continuar con curaciones y sin antibiótico. Se tomaron nuevos hemocultivos, en 1 de los 2 con crecimiento de contaminante. Paraclínicos sin elevación de reactantes de fase aguda. Se ajustó manejo antipirético y se solicitó revaloración por parte de psiquiatría quien ajustó posibles medicamentos que podían contribuir con un síndrome serotoninérgico. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada, ultimo pico febril el día 20.12.20, sin embargo nuevo pico febril el día de hoy previo a realización de procedimiento quirúrgico, se esperar hallazgos intraoperatorios para definir nuevas conductas. Paraclínicos del día 23.12.20 con nivel de hemoglobina estable, leucocitosis leve, azoados y electrolitos normales. Se continua con naproxeno y vigilar curva termica. **Puesto que paciente tolera via oral, se solicitó concepto de fonoaudiología, quienes refiere que de momento deglución es normal por lo que esta podría ser retirada, sin embargo aun pendiente concepto de nutrición para definir retiro de sonda de gastrostomía y continuar via oral. -Hallazgos intraoperatorios con escaras sacras y trocántericas con adecuado tejido de granulación en mejoría, sin embargo escara de pie derecho con secreción purulenta tomaron cultivo, en espera de concepto de infectología dado previa decisión de no iniciar antibióticoterapia.** Continuamos atentos a su evolución clínica.

- P// Valoración por nutrición definir posibilidad de retiro de gastrostomía. - P// Cultivo de escara pie derecho.

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.12.2020

Hora Registro: 11:12:24

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ - CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere verla mejor, sin nuevos picos febriles, refiere que ingiere

alimentos sin inconvenientes. Tolera vía oral. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA: 100/60 mmHg, FC: 110 lpm, FR: 17 rpm, Sat: 97% Afebril Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 HB 7.0 6.5 Hto 23.7 22.1 Leucos 11010 13650 Neutros 8320 10950 Linfos 1780 1500 Monoc 610 850 Eos 0 0 Plat 583. 561. PCR 13.21 BUN 12.1 Cr 0.32 Na 137 K 4.4 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocántero, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocántica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Último lavado por parte de cirugía general el 15.12.20 encontrando úlcera sacra limpia y úlcera trocántica con escaso contenido necrótico. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20 la cual aún debe mantenerse por la fluctuación de su condición clínica y por no cubrirse requerimientos nutricionales por vía oral. - Anemia con descenso hasta 5.8, transfundida con 2UGR, ahora con hemoglobina estable. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal. Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. - Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central o por actividad de LES, el cual se está tratando. Infectología indicó continuar con curaciones y sin antibiótico. Se tomaron nuevos hemocultivos, en 1 de los 2 con crecimiento de contaminante. Paraclínicos sin elevación de reactantes de fase aguda. Se ajustó manejo antipirético y se solicitó revaloración por parte de psiquiatría quien ajustó posibles medicamentos que podían contribuir con un síndrome serotoninérgico. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada, último pico febril el día 20.12.20, sin embargo nuevo pico febril el día de hoy previo a realización de procedimiento quirúrgico, se esperar hallazgos intraoperatorios para definir nuevas conductas. Paraclínicos del día 23.12.20 con nivel de hemoglobina estable, leucocitosis leve, azoados y electrolitos normales. Se continúa con naproxeno y vigilar curva térmica. -Puesto que paciente tolera vía oral, se solicitó concepto de fonología, quienes refiere que de momento deglución es normal se indica retiro de gastrostomía. -Hallazgos intraoperatorios con escaras sacras y trocánticas con adecuado tejido de granulación en mejoría, sin embargo escara de pie derecho con secreción purulenta tomaron cultivo, en espera de concepto de infectología dado previa decisión de no iniciar antibióticoterapia. Continuamos atentos a su evolución clínica.

-Retiro de gastrostomía.

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.12.2020

Hora Registro: 12:32:37

Responsable: CAPRE PEREIRA, JESSICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL - EVOLUCIÓN LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020

DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera de presión en región sacra, troncanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutanea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Subjetivo: La paciente refiere sentirse en regulares condiciones generales, familiar refiere que ha presentado escalofrío asociado a elevación de alzas térmicas durante la noche. Además refiere dolor en tórax asociado a visión borrosa ayer a las 6pm. Diuresis y deposiciones sin alteraciones, tolera adecuadamente vía oral.

Objetivo: *Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en buenas condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma, postración crónica. Sin signos de dificultad respiratoria, luce hemodinámicamente estable. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 26.12.2020 04:00:00 36,40 147,00 18,00 74,00 84,67 98,00 26.12.2020 00:01:00 35,40 150,00 16,00 59,00 74,00 96,00 25.12.2020 20:00:00 39,40 153,00 18,00 75,00 87,67 90,00 25.12.2020 16:00:00 37,10 158,00 22,00 69,00 79,67 94,00 25.12.2020 12:00:00 36,80 148,00 19,00 73,00 84,67 96,00 25.12.2020 08:00:00 37,60 150,00 19,00 60,00 77,00 97,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC en U con buen sello. Escara trocantérica derecha con espuma y VAC con buen sello. VAC con abundantes detritos. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS: -23.12.2020: INFORME PRELIMINAR CULTIVO DE BACTERIAS, TEJIDO Sitio Anatómico: TEJIDO DE TROCANter DERECHO: Se obtuvo crecimiento abundante de *Proteus mirabilis* y escaso crecimiento de *Klebsiella pneumoniae* a las 24 horas de incubación. -23.12.20: Cultivos de tejido de úlcera sacra en proceso. Gram: se observan ocasionales bacilos Gram negativos en la preparación. -23.12.20 (2PM): Leucos 13.650, N 10.950, L 1.500, PLAQ 561.000, HB 6.5, HTO 22.1%, BUN 12.1, CR 0.32, NA 137.2, K 4.44, CL 101.9 -18.12.20: Leucos 11010, Neutros 8320, Linfos 1780, Monoc 610, Eos 0, HB 7.0, Hto 23.7, Plat 583., PCR 13.21 IMAGENES: 15.12: Rx tórax: Normal. 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 16.12.20: Hemocultivo 1: Negativo. Hemocultivo 2: Positivo *Staphylococcus capitis* a las 21 horas. Este tipo de microorganismos son considerados normalmente contaminantes. No se realizó estudio de sensibilidad. 8.12.20 cultivo escara trocantérica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo *Proteus mirabilis* PROCEDIMIENTOS: -23.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm , piel alrededor sana ulcera trocanter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, tejido de granulación pálido cerca a articulación, muy escaso muscular , profundidad aprox 15 x 6 cm ulcera trocantérica derecha con necrosis de fascia lata ,grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm. Paciente en decúbito prono ,asepsia y antisepsia con yodados en glúteos y caderas colocación de campos qx identificación de hallazgos y desbridamiento con tijera y electrobisturí en cadera derecha, se ic a ortopedia de turno Dr Martinez quien refiere continuar lavados, no cambios en manejo o desbridamiento se envía cultivo de tejido curetaje en úlcera trocantérica izquierda y borde inferior de sacra hemostasia con electrobisturí y lavado exhaustivo con salina 2 lt curación con barrera lisa de 20 cm #2 alrededor de úlceras , sistema vac large con espuma que se divide para úlceras y puente de unión sacro con trocanter derecho se solicita stomagesive pasta para sellar adecuadamente perianal y disminuir riesgo de contaminación plástico adherente ,sensatrack #2 y conexión con "y" a canister antiguo limpieza. -15.12.2020: ÚLCERA SACRA LIMPIA CON EXPOSICIÓN ÓSEA ÚLCERAS TROCANTERICAS CON ESCASO CONTENIDO NECRÓTICO EN BORDES FÉTIDOS. SE DESBRIDA SIN COMPLICACIONES. -30.11.2020: se observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm con tejido de granulación bien perfundido ulcera trocantérica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocantérica der de aprox 4 cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado. Se dejó alevín de protección en maleolos. -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutaneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro ulcera trocantérica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio , tejido de granulación incipiente ,y necrosis de fascia lata , ligamento de inserción de m. glúteo y bursa, nuevas úlceras trocantéricas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alredeor y compromiso profundo hasta musculo ,cubiertas con aposito eczema en dorso ,perineal y glúteo con areas de confluencia y algunas de exfacelacion.

ANALISIS: Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocánterica izquierda y derecha. Quien ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. En la cirugía previa el 15.12.2020 se le realizó lavado, observaron úlcera sacra con exposición osea, limpia, úlcera trocánterica izquierda y derecha con escaso tejido necrótico y bordes limpios. El VAC no presentaba buen sello desde el 22.12.20 y requirió ser fijado en múltiples ocasiones, por lo que fue llevada a nuevo lavado + desbridamiento + cambio de VAC, sin complicaciones el 23.12.2020, en el cual se encuentra úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm, piel alrededor sana úlcera trocánter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, tejido de granulación pálido cerca a articulación, muy escaso muscular, profundidad aprox 15 x 6 cm; úlcera trocánterica derecha con necrosis de fascia lata, grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm, se interconsulta a ortopedia (de turno Dr Martínez) quienes indican continuar lavados, no cambios en manejo o desbridamiento. Se envía cultivo de tejido curetaje en úlcera trocánterica izquierda y borde inferior de sacra, hemostasia con electrobisturí y lavado exhaustivo con salina 2 lt curación con barrera lisa de 20 cm #2 alrededor de úlceras, sistema VAC large con espuma que se divide para úlceras y puente de unión sacro con trocánter derecho se solicita stomagesive pasta para sellar adecuadamente perianal y disminuir riesgo de contaminación plástico adherente, sensatrack #2 y conexión con "y" a canister antiguo limpieza. En el gram de las muestras intraoperatorias se observan ocasionales bacilos gram negativos, y en el cultivo de bacterias se obtuvo crecimiento abundante de Proteus mirabilis y escaso crecimiento de Klebsiella pneumoniae a las 24 horas de incubación. Seguimos pendientes de los resultados finales de los cultivos y se solicita valoración por infectología hoy para determinar inicio de pauta antibiótico. Las otras úlceras tienen tejido de granulación pálido pero con mejoría notoria. Ha presentado picos febriles nocturnos esta semana, desde anoche con escalofrío, taquicardia, tolerando adecuadamente la vía oral, con diuresis y deposiciones sin alteraciones, con VAC funcional y drenaje de abundantes detritos. **Se encuentra en seguimiento por fonología para terapias por lenguaje.** Está **pendiente valoración por nutrición para definir posibilidad de retiro de gastrostomía,** por ahora continúa con dieta común por vía oral. La Dra Franco programó **próximo lavado para el lunes 28.12.2020.** Debe continuar hospitalizada, se explica a la familiar quien refiere entender y aceptar.

PLAN: - Continua hospitalizada - Dieta común - **Pendiente reporte final de cultivo** - Se solicita valoración por **infectología** - Pendiente **valoración por nutrición** para definir posibilidad de retiro de gastrostomía. - Próximo lavado de escara sacra el lunes 28.12.2020 (POR FERNANDO RODRIGUEZ)

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.12.2020

Hora Registro: 16:07:16

Responsable: ROSSO SUAREZ, FERNANDO

Especialidad: **INFECTOLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020, 23.12.2020).

ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018.

Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020-12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020)

Signos Vitales: T: 37.1 FC: 164 Fr: 20 TA: 114/47 mmHg (69) 39.4 147 18 106/74 mmHg (84) LABORATORIOS:

-23.12.2020: Leucocitos 13650, Hb 6.5, plaquetas: 561 mil, Creatinina 0.3, BUN 12.1, Na: 137, K: 4.4, cloro 1010

-17.12.2020: Leucocito 11 mil, Hb: 7, plaquetas 583 mil, PCR 13.2. MICROBIOLOGICOS: - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2

positivo para Staphylococcus capitis. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para C. albicans. -

07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para K. pneumoniae KPC. CONCEPTO Paciente previamente conocida por el

servicio de Infectología por antecedentes anotas y úlcera sacra que ha requerido múltiples intervenciones quirúrgicas

con colocación de sistema vac y manejo antibiótico; última intervención el 23 de Diciembre con cultivo positivo para

Proteus y Klebsiella pneumoniae, pendiente resultado de antibiograma. Desde hace 48 horas nuevamente con presencia

de picos febriles cuantificados asociado elevación de reactantes de fase aguda; **se considera pertinente toma de RMN de**

pelvis, se solicitan **Hemocultivos** par bacterias y hongos y **se decide iniciar manejo antibiótico** con Meropenem 2 gr

cada 8 horas. Se explica. Dr. Fernando Rosso Infectología - Medicina Interna

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.12.2020

Hora Registro: 10:40:52

Responsable: TORRES DELGADO, MONICA PATRICIA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL - EVOLUCIÓN LUISA FERNANDA ISAZA CC: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020

DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera de presión en región sacra, troncanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020). 2. Sd febril 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Infección de tejidos blandos 5. Sepsis. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Subjetivo: La paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales, sin dolor, afebril en el momento.

Objetivo: *Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en buenas condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma. Sin signos de dificultad respiratoria, luce hemodinámicamente estable. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 27.12.2020 08:00:00 34,90 170,00 20,00 105,00 58,00 73,67 96,00 27.12.2020 04:00:00 37,10 120,00 19,00 104,00 58,00 73,33 99,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC en U FUNCIONAL rocantérica derecha con espuma y VAC FUNCIONAL Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido. PARACLINICOS: -23.12.20 (2PM): Leucos 13.650, N 10.950, L 1.500, PLAQ 561.000, HB 6.5, HTO 22.1%, BUN 12.1, CR 0.32, NA 137.2, K 4.44, CL 101.9 -18.12.20: Leucos 11010, Neutros 8320, Linfos 1780, Monoc 610, Eos 0, HB 7.0, Hto 23.7, Plat 583., PCR 13.21 MICROBIOLÓGICOS: - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. - 07.12.21020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. IMAGENES: 15.12: Rx tórax: Normal. 08.12 ECO TEJIDOS BLANDOS: Leve edema los tejidos blandos superficiales adyacentes a la sonda de gastrostomía sin observar colecciones ni masas asociadas ECO ABDOMEN TOTAL: 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales que sugieren vejiga de esfuerzo. 2. Detritus intravesical 12.11: Citometría: Estudio inmunofenotípico de líquido cefalorraquídeo donde no se evidencia infiltración por desorden linfoproliferativo. 11.11: COOMBS Directo: Positivo 1+ 11.1120: BT 0.20 BD 0.15 BI 0.05 LDH 185 Albumina 2.13 Vit B12 1348 Ferritina 231 Acido folico 11.5 PRUEBAS INFECCIOSAS: 16.12.20: Hemocultivo 1: Negativo. Hemocultivo 2: Positivo *Staphylococcus capitis* a las 21 horas. Este tipo de microorganismos son considerados normalmente contaminantes. No se realizó estudio de sensibilidad. 8.12.20 cultivo escara trocantérica: k. PNEUMONIAE (CARBAPENEMASA+ 13.12.20) 15.11.20 Hemocultivos 2/2 en proceso. Urocultivo ordenado 11.11: LCR: Presión apertura 20 cmH2O. 1 linfocito, VDRL no reactiva glucosa 46.1, proteínas 27, LDH 21. Gram, BK, tinta china, Criptococo, KOH negativos. Cultivo negativo a las 24 horas. 11.11: Cultivo (escara trocantérica) positivo *Proteus mirabilis* PROCEDIMIENTOS: -23.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm , piel alrededor sana ulcera trocanter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, tejido de granulación pálido cerca a articulación, muy escaso muscular , profundidad aprox 15 x 6 cm ulcera trocantérica derecha con necrosis de fascia lata ,grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm. Paciente en decúbito prono ,asepsia y antisepsia con yodados en glúteos y caderas colocación de campos qx identificación de hallazgos y desbridamiento con tijera y electrobisturí en cadera derecha, se ic a ortopedia de turno Dr Martinez quien refiere continuar lavados, no cambios en manejo o desbridamiento se envía cultivo de tejido curetaje en úlcera trocantérica izquierda y borde inferior de sacra hemostasia con electrobisturí y lavado exhaustivo con salina 2 lt curación con barrera lisa de 20 cm #2 alrededor de úlceras , sistema vac large con espuma que se divide para úlceras y puente de unión sacro con trocanter derecho se solicita stomagesive pasta para sellar adecuadamente perianal y disminuir riesgo de contaminación plástico adherente ,sensatrack #2 y conexión con "y" a canister antiguo limpieza. -15.12.2020: ÚLCERA SACRA LIMPIA CON EXPOSICIÓN ÓSEA ÚLCERAS TROCANTÉRICAS CON ESCASO CONTENIDO NECRÓTICO EN BORDES FÉTIDOS. SE DESBRIDA SIN COMPLICACIONES. -30.11.2020: se observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm con tejido de granulación bien perfundido ulcera trocantérica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocantérica der de aprox 4 cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado. Se dejó alejin de protección en maleolos. -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutaneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro ulcera trocantérea izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio , tejido de granulacion incipiente ,y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa, nuevas ulceras trocantéricas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alredeor y compromiso profundo hasta musculo ,cubiertas con aposito eczema en dorso ,perineal y gluteo con areas de confluencia y algunas de exfacelacion.

ANALISIS: Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Quien ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. Último lavado el 23.12.20 en el cual se encuentra úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm, piel alrededor sana úlcera trocanter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, úlcera trocantérica derecha con necrosis de fascia lata, grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm, se interconsulta a ortopedia (de turno Dr Martinez) quienes indican continuar lavados, no cambios en manejo o desbridamiento. **Se envía cultivo de tejido curetaje en úlcera trocantérica izquierda. Se obtuvo crecimiento abundante de Proteus mirabilis pansensible y escaso crecimiento de Klebsiella pneumoniae productora de carbapenemasas. En seguimiento por infectología que inicia manejo con meropenem.** Actualmente sin dolor, último pico febril el día de ayer, tolerando adecuadamente la vía oral, VAC funcional y drenaje de abundantes detritos. Será llevada a **nuevo lavado el 28.12.20.**

Próximo lavado de escara sacra el lunes 28.12.2020(POR FERNANDO RODRIGUEZ)

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.12.2020

Hora Registro: 11:16:32

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con ílio adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 °C, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere un poco intranquila, ansiosa. Ayer presneto nuevo pico febril. Tolerancia vía oral, aun no retiran sonda de gastrostomía. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA: 105/58 mmHg, FC: 120 lpm, FR: 20 rpm, Sat: 96% T: 37.1°C Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONANDO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, fuerza 3/5 en 4 extremidades. Espasticidad generalizada.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 HB 7.0 6.5 Hto 23.7 22.1 Leucos 11010 13650 Neutros 8320 10950 Linfos 1780 1500 Monoc 610 850 Eos 0 0 Plat 583. 561. PCR 13.21 BUN 12.1 Cr 0.32 Na 137 K 4.4 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200

6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1
 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36
 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina
 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870
 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1
 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina
 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196
 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47
 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT
 NEG. NEGATIVO - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, ahora hospitalizada por compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccigeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocantérica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Último lavado por parte de cirugía general el 15.12.20 encontrando úlcera sacra limpia y úlcera trocantérica con escaso contenido necrótico. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20 la cual aún debe mantenerse por la fluctuación de su condición clínica y por no cubrirse requerimientos nutricionales por vía oral. - Anemia con descenso hasta 5.8, transfundida con 2UGR, ahora con hemoglobina estable. - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20), con mejoría neurológica en producción verbal. Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. - Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central o por actividad de LES, el cual se está tratando. Infectología indicó continuar con curaciones y sin antibiótico. Se tomaron nuevos hemocultivos, en 1 de los 2 con crecimiento de contaminante. Paraclínicos sin elevación de reactantes de fase aguda. Se ajustó manejo antipirético y se solicitó revaloración por parte de psiquiatría quien ajustó posibles medicamentos que podían contribuir con un síndrome serotoninérgico. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada, ultimo pico febril el día 20.12.20, sin embargo nuevo pico febril el día de hoy previo a realización de procedimiento quirúrgico, se esperar hallazgos intraoperatorios para definir nuevas conductas. Paraclínicos del día 23.12.20 con nivel de hemoglobina estable, leucocitosis leve, azoados y electrolitos normales. Se continua con naproxeno y vigilar curva termica. -Puesto que paciente tolera vía oral, se solicitó concepto de fonoaudiología y nutrición, quienes refieren que de momento deglución es normal y tolera adecuadamente diate por lo que se indicó su retiro, pendiente. -Hallazgos intraoperatorios con escaras sacras aun con signos de infección, evaluada por infectología con reporte de cultivo positivo para Proteus y Klebsiella pneumoniae, pendiente resultado de antibiograma, sin embargo ante nuevo pico febril asociado a elevación de reactantes de fase aguda; indican toma de RMN de pelvis, nuevo set de Hemocultivos para bacterias y hongos e inician manejo antibiótico con Meropenem 2 gr cada 8 horas. -Dado **aumento de ansiedad indico revaloracion por psiquiatría**. De momento continuamos atentos a su evolución clínica.

-Retirar gastrostomía. -P// Lavado de escara sacra el lunes 28.12.2020. -Infectología: Meropenem 2 gr iv cada 8 horas (FI: 27.12.20) -revaloracion por psiquiatría por aumento de ansiedad.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.12.2020
 Hora Registro: 11:17:49
 Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX
 Especialidad: REUMATOLOGIA
 Tipo de Evolución: Evolución
 mañana paraclínicos.

..

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.12.2020
 Hora Registro: 12:44:12

Responsable: CASTILLO MARTINEZ, ALEJANDRO

Especialidad: **PSIQUIATRIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Luisa Isaza 20 años DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). Medicación actual por Psiquiatría: - Sertralina 100mg en la mañana (aumento 14 dic 2020) - Lorazepam 2mg en la noche - Clozapina 100mg en la noche Se responde nueva interconsulta solicitada por "aumento de ansiedad" Paciente quien había sido valorada previamente por la especialidad durante la actual hospitalización en relación a síndrome catatónico, en ese momento se indicó manejo con clozapina 125mg, lorazepam 1mg en la mañana y en la tarde y 3mg en la noche y sertralina 100mg. La madre refiere que con el manejo instaurado la **paciente está durmiendo bien, que ya no ha vuelto a tornarse hostil, que no ha tenido nuevos episodios de agitación psicomotora ni a referir alucinaciones visuales ni auditivas.** Sin embargo en la última semana, especialmente en los últimos tres días (aproximadamente) la observa ansiosa durante el día, le pide a la madre que no se separe de ella, necesita verla constantemente, se angustia ante la idea de quedarse sola o cuando escuchaba ruidos de la paciente con quien compartía habitación, estos síntomas son de predominio diurno y en las noches aunque le pide a la madre que duerma con ella, la observa mucho más tranquila. La paciente refiere que **lo que más le molesta es el dolor de las escaras, que no sabe por qué pero quiere estar con su madre en todo momento. Negó alucinaciones "ya no".**

Encuentro paciente en su habitación en compañía de su madre. Realiza contacto visual espontáneo, colabora con la entrevista, actitud pueril. Psicomotor: Equinético Afecto: Mal modulado, fondo ansioso Lenguaje: volumen de voz sin alteraciones. Nomina, repite, comprende Pensamiento: Coherente, disminución de la producción ideoverbal, niega ideas de muerte, auto o heteroagresión. Temor intenso a quedarse sola. Preocupación por síntomas dolorosos. No identifico delirios. Sensorio: Alerta, orientada, sin fallas evidentes en la memoria, tendencia al pensamiento concreto Juicio y raciocinio: debilitados

Paciente quien se encontraba en seguimiento por Psiquiatría en relación a síntomas catatónicos, se cerró interconsulta por mejoría sintomática. **Ahora con exacerbación de síntomas ansiosos de predominio diurno que temporalmente coincide con la suspensión de la dosis del día de lorazepam; se reinicia. Se considera que se beneficia de valoración por Psicología** y dado la hospitalización prolongada y la privación de reforzadores conductuales que podrían estar contribuyendo a sus síntomas afectivos se considera que **se beneficia de terapia ocupacional en salud mental.**

Continuar sertralina y clozapina igual Lorazepam 1mg en la mañana y 2mg en la noche Valoración por Psicología
Terapia Ocupacional en salud mental.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.12.2020

Hora Registro: 12:50:05

Responsable: ROSSO SUAREZ, FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020).

ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018.

Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020- 14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 - ACTIVO - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) -

Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) Signos Vitales: T: 37.2 FC: 120 Fr: 19 TA: 104/58 mmHg (69)

LABORATORIOS: -23.12.2020: Leucocitos 13650, Hb 6.5, plaquetas: 561 mil, Creatinina 0.3, BUN 12.1, Na: 137, K:

4.4, cloro 1010 -17.12.2020: Leucocito 11 mil, Hb: 7, plaquetas 583 mil, PCR 13.2. MICROBIOLOGICOS: - 26.12.2020:

Hemocultivos negativos, hemocultivo para hongos pendiente. - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para

Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae BLEE+ / CarbaNP positiva. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo

para Staphylococcus capitis. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para C. albicans. -

07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para K. pneumoniae KPC. CONCEPTO Paciente previamente conocida por el servicio de Infectología por antecedentes anotas y úlcera sacra que ha requerido múltiples intervenciones quirúrgicas con colocación de sistema vac y manejo antibiótico; última intervención el 23 de Diciembre con cultivo positivo para Proteus y Klebsiella pneumoniae BLEE + y Carba NP positiva. Desde hace 48 horas nuevamente con presencia de picos febriles cuantificados asociado elevación de reactantes de fase aguda; el día de ayer se inició manejo con Meropenem 2 gr cada 8 horas y se solicitaron hemocultivos los cuales van negativos, pendiente Hemocultivos para hongos.

Adicional, se solicitó RMN de pelvis la cual se encuentra pendiente. Por el momento se considera debe continuar igual pauta antimicrobiana hasta obtener reportes definitivos. Se explica a la madre. Dr. Fernando Rosso Infectología - Medicina Interna

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.12.2020

Hora Registro: 14:31:27

Responsable: ROSSO SUAREZ, FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020).

ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018.

Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistemica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 - ACTIVO - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) -

Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) Signos Vitales: T: 37.2 FC: 120 Fr: 19 TA: 104/58 mmHg (69)

LABORATORIOS: -23.12.2020: Leucocitos 13650, Hb 6.5, plaquetas: 561 mil, Creatinina 0.3, BUN 12.1, Na: 137, K:

4.4, cloro 1010 -17.12.2020: Leucocito 11 mil, Hb: 7, plaquetas 583 mil, PCR 13.2. MICROBIOLOGICOS: - 26.12.2020:

Hemocultivos negativos, hemocultivo para hongos pendiente. - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae* BLEE+ / CarbaNP positiva. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. -

07.12.21020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. CONCEPTO Paciente previamente conocida por el servicio de Infectología por antecedentes anotas y úlcera sacra que ha requerido múltiples intervenciones quirúrgicas con colocación de sistema vac y manejo antibiótico; ultima intervención el 23 de Diciembre con cultivo positivo para *Proteus* y *Klebsiella pneumoniae* BLEE + y Carba NP positiva. Desde hace 48 horas nuevamente con presencia de picos febriles cuantificados asociado elevacion de reactantes de fase aguda; el día de ayer se inicio manejo con Meropenem 2 gr cada 8 horas y se solicitaron hemocultivos los cuales van negativos, pendiente Hemocultivos para hongos.

Adicional, se solicitó RMN de pelvis la cual se encuentra pendiente. Por el momento se considera debe continuar igual pauta antimicrobiana hasta obtener reportes definitivos. Se explica a la madre. Dr. Fernando Rosso Infectología - Medicina Interna

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.12.2020

Hora Registro: 15:08:51

Responsable: ROSSO SUAREZ, FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis*. 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020).

ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018.

Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistemica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 - ACTIVO - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) -

Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) Signos Vitales: T: 37.2 FC: 120 Fr: 19 TA: 104/58 mmHg (69)

LABORATORIOS: -23.12.2020: Leucocitos 13650, Hb 6.5, plaquetas: 561 mil, Creatinina 0.3, BUN 12.1, Na: 137, K:

4.4, cloro 1010 -17.12.2020: Leucocito 11 mil, Hb: 7, plaquetas 583 mil, PCR 13.2. MICROBIOLOGICOS: - 26.12.2020:

Hemocultivos negativos, hemocultivo para hongos pendiente. - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae* BLEE+ / CarbaNP positiva. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. -

07.12.21020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. CONCEPTO Paciente previamente conocida por el servicio de Infectología por antecedentes anotas y úlcera sacra que ha requerido múltiples intervenciones quirúrgicas con colocación de sistema vac y manejo antibiótico; ultima intervención el 23 de Diciembre con cultivo positivo para

Proteus y Klebsiella pneumoniae BLEE + y Carba NP positiva. Desde hace 48 horas nuevamente con presencia de picos febriles cuantificados asociado elevacion de reactantes de fase aguda; el día de ayer se inicio manejo con Meropenem 2 gr cada 8 horas y se solicitaron hemocultivos los cuales van negativos, pendiente Hemocultivos para hongos. Adicional, se solicitó RMN de pelvis la cual se encuentra pendiente. Por el momento se considera debe continuar igual pauta antimicrobiana hasta obtener reportes definitivos. Se explica a la madre. Dr. Fernando Rosso Infectologia - Medicina Interna

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.12.2020

Hora Registro: 12:02:03

Responsable: TOBON GARCIA, GABRIEL JAIME

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. Presentó picos febriles en la noche ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre quien refiere un poco intranquila, ansiosa respecto a la cirugía del día de hoy. Tolera vía oral, hoy suspendida. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA: 105/58 mmHg, FC: 158 lpm, FR: 20 rpm, Sat: 96% T: 37.0C Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinell: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 HB 7.0 6.5 5.2 Hto 23.7 22.1 18 Leucos 11010 13650 12500 Neutros 8320 10950 9980 Linfos 1780 1500 1580 Monoc 610 850 810 Eos 0 0 0 Plat 583. 561. 533. PCR 13.21 BUN 12.1 Cr 0.32 0.29 Na 137 136 K 4.4 3.24 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9

10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO - 26.12.2020: Hemocultivo hongos pendiente, Hemocultivo CVC #1 positivo para bacilos gram negativos a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para bacilos gram negativos a las 18 horas - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20). Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Dado que no es claro el origen del compromiso neurológico, una de las posibilidades etiológicas es que se trate de una porfiria, se solicita entonces porfobilinógeno en orina. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccigeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocantérica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Último lavado por parte de cirugía general el 15.12.20 encontrando úlcera sacra limpia y úlcera trocantérica con escaso contenido necrótico. - Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Paraclínicos sin elevación de reactantes de fase aguda. Se ajustó manejo antipirético psiquiatría también ajustó medicamentos que pudiesen contribuir con elevación de temperatura. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada, sin embargo en los últimos días con fiebre nuevamente y en la última cirugía con signos de infección en las escaras. Viene en seguimiento por infectología inician manejo con meropenem de sde el 26.12.2020. En hemocultivos de control con crecimiento a las 10 horas de bacilos gramnegativos, ya tiene cubrimiento con meropenem, estamos atentos a concepto de infectología. El día de hoy será llevada nuevamente a cirugía. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Puesto que paciente tolera via oral, se solicitó concepto de fonoaudiología y nutrición, quienes refieren que de momento deglución es normal y tolera adecuadamente diate por lo que se indicó su retiro, que tiene pendiente. - Anemia que ha sido fluctuante, hoy requerimiento de transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos, además con procedimiento quirúrgico el día de hoy. -Dado aumento de ansiedad indico revaloracion por psiquiatría.

-Transfusión de 2 UGR, reposición de potasio -Lavado de úlcera por presión hoy -SS porfobilinógeno en orina 24 h -Retirar gastrostomía. -Infectología: Meropenem 2 gr iv cada 8 horas (FI: 27.12.20) -revaloracion por psiquiatría por aumento de ansiedad.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.12.2020

Hora Registro: 14:42:07

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis y K. pneumoniae BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 - ACTIVO - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) Signos Vitales: T: 37.3 FC: 150 Fr: 20 TA: 106/67 mmHg (80) LABORATORIOS: -28.12.2020: Leucocitos 12500, Hb 5.2, plaquetas: 533 , creatinina 0.29, ALT: 67, AST: 48, Na: 136, K: 3.24, PCR: 23 -23.12.2020: Leucocitos 13650, Hb 6.5, plaquetas: 561 mil, Creatinina 0.3, BUN 12.1, Na: 137, K: 4.4, cloro 1010 -17.12.2020: Leucocito 11 mil, Hb: 7, plaquetas 583 mil,

PCR 13.2. MICROBIOLOGICOS: - 26.12.2020: Hemocultivo hongos pendiente, Hemocultivo CVC #1 positivo para bacilos gram negativos a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para bacilos gram negativos a las 18 horas - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae* BLEE+ / CarbaNP positiva. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. - 07.12.21020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. CONCEPTO Paciente previamente conocida por el servicio de Infectología por antecedentes anotas y úlcera sacra que ha requerido múltiples intervenciones quirúrgicas con colocación de sistema vac y manejo antibiótico; última intervención el 23 de Diciembre con cultivo positivo para *Proteus* y *Klebsiella pneumoniae* BLEE + y Carba NP positiva. Se inició manejo antibiótico con Meropenem 2 gr cada 8 horas hoy día 2; con persistencia de picos febriles aislados. Adicional, hoy con reporte de dos hemocultivos de CVC positivos para bacilos gram negativos a las 17 y 23 horas respectivamente REPORTE PRELIMINAR PROTEUS. sin embargo preocupa infección concomitante por *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenems mediante encima y identificada en tejido. Se inicia tratamiento idóneo con ceftazidima — AV 2. 5 g/8h asociado a Metronidazol 500 g/8 h. El día de hoy será llevada a nuevo lavado quirúrgico por parte de cirugía general, está pendiente realización de RMN de pelvis. POr parte de infectología se considera debe continuar igual pauta antimicrobiana instaurada. Se explica. Atentamente, Dr. Pablo Andrés Moncada Vallejo. Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas.

ACETAMINOFEN 500MG TAB 500 MG VIA ORAL C/8H BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G 1 G TOPICA C/12H CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G INTRAVENOS C/8H CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 1 G TOPICA C/12H CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG VIA ORAL C/24H CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG VIA ORAL C/24H ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG SUBCUTANEA C/24H HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,3 MG INTRAVENOS C/6H HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,3 MG INTRAVENOS C/6H HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML 10 ML VIA ORAL C/12H IPRATROPIO BROMURO 20MCG/DOSIS FCO 200 DOSIS 60 MCG INHALATORI C/8H LORAZEPAN 2 MG TAB 2 MG VIA ORAL C/24H LORAZEPAN 2 MG TAB 2 MG VIA ORAL C/24H METRONIDAZOL 500MG BOL 100ML 500 MG INTRAVENOS C/8H PREDNISOLONA 5MG TAB 15 MG VIA ORAL C/24H SERTRALINA TABLETAS 50 MG 100 MG VIA ORAL C/24H SOLK CENTRAL 0,2 MEQ/MLX100ML (10MLPOTASIO+90ML DE SSN) 100 ML INTRAVENOS C/3H

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.12.2020

Hora Registro: 15:03:48

Responsable: TORRES DELGADO, MONICA PATRICIA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGIA GENERAL PACIENTE EN SALA DE CIRUGIA , NOS INFORMAN QUE NO HAY DISPONIBILIDADDE GLOBULOS ROJOS EN LA INSTITUCION, ADEMAS SE ENCUENTRA CON HB DE ,5,2 Y FRECUENCIA CARDIACA 165, EN ACUERDO CON ANESTESIOLOGIA SE SUSPENDE PROCEDIMIENTO PARA EL DIA DE HOY EL SISTEMA VAC ESTA FUNCIONAL COMENTADO Y DEFINIDO DR F RODRIGUEZ CTE SE LE EXPLICA A LA MADRE DE LA PACIENTE

-

-

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.12.2020

Hora Registro: 08:33:46

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis* y *K. pneumoniae* BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) Signos Vitales: T: 38 FC: 131 Fr: 20 TA: 94/60 mmHg (72) LABORATORIOS: -28.12.2020: Leucocitos 12500, Hb 5.2, plaquetas: 533 , creatinina 0.29, ALT: 67, AST: 48, Na:

136, K: 3.24, PCR: 23 -23.12.2020: Leucocitos 13650, Hb 6.5, plaquetas: 561 mil, Creatinina 0.3, BUN 12.1, Na: 137, K: 4.4, cloro 1010 -17.12.2020: Leucocito 11 mil, Hb: 7, plaquetas 583 mil, PCR 13.2. MICROBIOLOGICOS: - 26.12.2020: Hemocultivo hongos pendiente, Hemocultivo CVC #1 positivo para bacilos gram negativos a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para bacilos gram negativos a las 18 horas - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae* BLEE+ / CarbaNP positiva. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. - 07.12.21020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. CONCEPTO Paciente previamente conocida por el servicio de Infectología por antecedentes anotas y úlcera sacra que ha requerido múltiples intervenciones quirúrgicas con colocación de sistema vac y manejo antibiótico; última intervención el 23 de Diciembre con cultivo positivo para *Proteus* y *Klebsiella pneumoniae* BLEE + y Carba NP positiva. Adicional a lo anterior, cursando con bacteremia con dos hemocultivos de CVC positivos para *Proteus mirabilis*. El día de ayer se realizó cambio a esquema antimicrobiano a Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas para cubrimiento de gram negativos especialmente Bacterioides. El día de ayer **tenía programado lavado quirúrgico; sin embargo, no fue posible dado que no había disponibilidad de hemoderivados y cursa con anemia** con hemoglobina de 5. En horas de la **noche se realizó transfusión de hemoderivados**, aún **se encuentra pendiente laboratorios de control del día de hoy**. Por parte de infectología debe continuar con **igual pauta antimicrobiana**. Atentamente, Dr. Pablo Andrés Moncada Vallejo. Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas.

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.12.2020

Hora Registro: 10:46:15

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL - EVOLUCIÓN Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, troncanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutanea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Subjetivo: La paciente refiere sentirse en regulares condiciones generales, sin embargo no presenta dolor, familiar refiere que ha presentado escalofrío, y fiebre. Niega otra sintomatología. Diuresis y deposiciones sin alteraciones, tolerando adecuadamente la vía oral. Antibióticos: - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) (26.12.2020- Activo) - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020)

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en regulares condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma, postración crónica. Sin signos de dificultad respiratoria, luce hemodinámicamente estable. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 29.12.2020 00:18:53 38,00 171,00 20,00 88,00 47,00 60,67 96,00 28.12.2020 20:18:26 37,80 165,00 20,00 94,00 48,00 63,33 100,00 28.12.2020 16:00:00 37,00 168,00 20,00 101,00 66,00 77,67 100,00 28.12.2020 08:00:00 35,80 148,00 20,00 94,00 61,00 72,00 96,00 28.12.2020 04:00:00 37,30 158,00 20,00 106,00 67,00 80,00 99,00 28.12.2020 00:04:00 37,00 131,00 20,00 100,00 61,00 74,00 99,00 27.12.2020 20:00:00 38,20 151,00 20,00 100,00 67,00 78,00 99,00 27.12.2020 16:00:00 38,90 165,00 20,00 117,00 69,00 85,00 98,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC en U con buen sello. Escara trocantérica derecha con espuma y VAC con buen sello. VAC funcional con abundantes detritos. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -28.12.2020: NA 138.3, K 4.08, CL 99.7, 1.85, FOSFORO 4.19. -28.12.2020: leucos 12.500, N 9.980, L 1.580, PLAQ 533.000, HB 5.2, HTO 18.1, Cr 0.29, AST 48.6, ALT 67, NA 136.1, K 3.24, PCR 23.16. -23.12.20 (2PM): Leucos 13.650, N 10.950, L 1.500, PLAQ 561.000, HB 6.5, HTO 22.1%, BUN 12.1, CR 0.32, NA 137.2, K 4.44, CL 101.9 -18.12.20: Leucos 11010, Neutros 8320, Linfos 1780, Monoc 610, Eos 0, HB 7.0, Hto 23.7, Plat 583., PCR 13.21 Microbiológico: -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. Pendiente reporte final. - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora decarba-penemasas. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis

profunda, positivo para C. albicans. - 07.12.21020: Cultivo escara sacra positivo para K. neumonie KPC. Procedimientos: -23.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm , piel alrededor sana ulcera trocanter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, tejido de granulación pálido cerca a articulación, muy escaso muscular , profundidad aprox 15 x 6 cm ulcera trocanterica derecha con necrosis de fascia lata , grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm. -15.12.2020: Úlceras sacre limpia con exposición osea úlceras trocantericas con escaso contenido necrótico en bordes fétidos. Se desbrida sin complicaciones. -30.11.2020: se observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm con tejido de granulación bien perfundido ulcera trocanterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocantérica der de aprox 4 cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado. Se dejó alevín de protección en maleolos. -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutaneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro ulcera trocantérea izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio , tejido de granulación incipiente ,y necrosis de fascia lata , ligamento de inserción de m. glúteo y bursa, nuevas úlceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Quien ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. Último lavado el 23.12.20 en el cual se encuentra úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm , piel alrededor sana ulcera trocanter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, ulcera trocanterica derecha con necrosis de fascia lata ,grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm, se interconsulta a ortopedia (de turno Dr Martinez) quienes indican continuar lavados, no cambios en manejo o desbridamiento. Se envía cultivo de tejido curetaje en úlcera trocanterica izquierda. Se obtuvo crecimiento abundante de Proteus mirabilis pansensible y escaso crecimiento de Klebsiella pneumoniae productora de carbapenemasas. En seguimiento por infectología que inicia manejo con meropenem, hoy día 1. Infectología solicita hemocultivos de ayer, que evidencian a las 24 horas crecimiento de bacilos gram negativos. En el momento la paciente se encuentra afebril, sin nuevos picos febriles ni escalofrío, con mejoría del dolor, con VAC funcional y drenaje de abundantes detritos. En paraclínicos de ayer se evidencia descenso de leucocitos y neutrófilos, sin embargo con PCR en aumento respecto a previa, hipopotasemia leve y hemoglobina baja en 5.2, por lo que se indica transfusión que está pendiente para el día de hoy, además se inició reposición de potasio, con resolución de hipopotasemia en electrolitos de control del día de hoy. **Estaba programada para nuevo lavado ayer 28.12.20, pero se cancela procedimiento hasta que la paciente se encuentre en mejores condiciones clínicas.** El día de hoy el hemograma de control postransfusional está ordenado y pendiente, y cuenta con electrolitos de control del día de hoy en rangos de normalidad. Infectología cambio esquema antibiótico el día de ayer en base a el antibiograma del cultivo de tejido de la escara. Hoy se encuentra en el día 1 de ceftazidima + metronidazol. Continúa pendiente antibiograma de hemocultivos, en los cuales se evidenció crecimiento de Proteus mirabilis. Por ahora **la paciente debe continuar hospitalizada en manejo conjunto con especialidad tratante (reumatología) e infectología**, en vigilancia clínica y paraclínica, **según evolución clínica se programará nuevo desbridamiento.**

- Continua hospitalizada a cargo de Reumatología - Dieta comun - Igual manejo médico - Pendiente antibiograma de hemocultivo - Pendiente transfusion GR - Quedamos a la espera para programar nuevamente procedimiento

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.12.2020

Hora Registro: 10:47:25

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis y K. pneumoniae BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) Signos Vitales: T: 38 FC: 131 Fr: 20 TA: 94/60 mmHg (72) LABORATORIOS: -28.12.2020: Leucocitos 12500, Hb 5.2, plaquetas: 533 , creatinina 0.29, ALT: 67, AST: 48, Na: 136, K: 3.24, PCR: 23 -23.12.2020: Leucocitos 13650, Hb 6.5, plaquetas: 561 mil, Creatinina 0.3, BUN 12.1, Na: 137, K: 4.4, cloro 1010 -17.12.2020: Leucocito 11 mil, Hb: 7, plaquetas 583 mil, PCR 13.2. MICROBIOLOGICOS: - 26.12.2020: Hemocultivo hongos pendiente, Hemocultivo CVC #1 positivo para bacilos gram negativos a las 17 horas y

35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para bacilos gram negativos a las 18 horas - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae* BLEE+ / CarbaNP positiva. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. - 07.12.21020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. CONCEPTO Paciente previamente conocida por el servicio de Infectología por antecedentes anotas y úlcera sacra que ha requerido múltiples intervenciones quirúrgicas con colocación de sistema vac y manejo antibiótico; ultima intervención el 23 de Diciembre con cultivo positivo para *Proteus* y *Klebsiella pneumoniae* BLEE + y Carba NP positiva. Adicional a lo anterior, cursando con bacteremia con dos hemocultivos de CVC positivos para *Proteus mirabilis*. El día de ayer se realizó cambio a esquema antimicrobiano a Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas para cubrimiento de gram negativos especialmente *Bacterioides*. El día de ayer tenía programado lavado quirúrgico; sin embargo, no fue posible dado que no había disponibilidad de hemoderivados y cursa con anemia con hemoglobina de 5. En horas de la noche se realizó transfusión de hemoderivados, aún se encuentra pendiente laboratorios de control del día de hoy. Por parte de infectología debe continuar con igual pauta antimicrobiana. Atentamente, Dr. Pablo Andrés Moncada Vallejo. Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.12.2020

Hora Registro: 12:27:33

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. Presentó picos febriles en la noche ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de su madre ayer no se pudo hacer cirugía por falta de la transfusión, se hará el día de hoy. Se ha sentido bien. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA: 91/61(72) mmHg, FC: 144 lpm, FR: 20 rpm, Sat: 96% T: 37 (a las 12 con 38°C) Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS

TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA.
NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 HB 7.0 6.5 5.2 Hto 23.7 22.1 18 Leucos 11010 13650 12500 Neutros 8320 10950 9980 Linfos 1780 1500 1580 Monoc 610 850 810 Eos 0 0 0 Plat 583. 561. 533. PCR 13.21 BUN 12.1 Cr 0.32 0.29 Na 137 136 K 4.4 3.24 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO - 26.12.2020: Hemocultivo hongos pendiente, Hemocultivo CVC #1 positivo para bacilos gram negativos a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para bacilos gram negativos a las 18 horas - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20). Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Dado que no es claro el origen del compromiso neurológico, una de las posibilidades etiológicas es que se trate de una porfiria, se solicita entonces porfobilinógeno en orina. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocantérica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético psiquiatría también ajustó medicamentos que pudiesen contribuir con elevación de temperatura. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada, sin embargo en los últimos días con fiebre nuevamente y en la última cirugía con signos de infección en las escaras. Viene en seguimiento por infectología inician manejo con meropenem desde el 26.12.2020, pero el día de ayer ante bacteriemia por gram negativos se cambió a Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas, hoy con tipificación con Proteus mirabilis. Hoy se llevará nuevamente a cirugía de lavado de UPP. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Puesto que paciente tolera vía oral, se solicitó concepto de fonoaudiología y nutrición, quienes refieren que de momento deglución es normal y tolera adecuadamente diate por lo que se indicó su retiro, que tiene pendiente. - Anemia que ha sido fluctuante, ayer se indicó transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos, no fue posible su consecución ayer por lo que la cirugía tuvo que ser reprogramada, hoy ya con aplicación de la segunda unidad, tiene pendiente cirugía. Se explica a madre de la paciente, entiende y acepta.

-Lavado de úlcera por presión hoy -Pte porfobilinógeno en orina 24 h Retirar gastrostomía, -Infectología: Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas -revaloración por psiquiatría por aumento de ansiedad.

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.12.2020

Hora Registro: 11:33:54

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años DIAGNÓSTICOS 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis y K. pneumoniae BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus

eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas).
 ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) Signos Vitales: T: 36 FC: 97 Fr: 20 TA: 89/46 mmHg (72) LABORATORIOS: -28.12.2020: Leucocitos 12500, Hb 5.2, plaquetas: 533 , creatinina 0.29, ALT: 67, AST: 48, Na: 136, K: 3.24, PCR: 23 -23.12.2020: Leucocitos 13650, Hb 6.5, plaquetas: 561 mil, Creatinina 0.3, BUN 12.1, Na: 137, K: 4.4, cloro 1010 -17.12.2020: Leucocito 11 mil, Hb: 7, plaquetas 583 mil, PCR 13.2. MICROBIOLOGICOS: - 26.12.2020: Hemocultivo hongos pendiente, Hemocultivo CVC #1 positivo para bacilos gram negativos a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para bacilos gram negativos a las 18 horas – PROTEUS MIRABILIS. - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae BLEE+ / CarbaNP positiva. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para Staphylococcus capitis. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para C. albicans. - 07.12.21020: Cultivo escara sacra positivo para K. pneumoniae KPC. CONCEPTO Paciente previamente conocida por el servicio de Infectología por antecedentes de úlceras y úlcera sacra que ha requerido múltiples intervenciones quirúrgicas con colocación de sistema vac y manejo antibiótico; última intervención el 23 de Diciembre con cultivo positivo para Proteus y Klebsiella pneumoniae BLEE + y Carba NP positiva. Adicional a lo anterior, cursando con bacteremia con dos hemocultivos de CVC positivos para Proteus mirabilis. Hoy completa día 2 de manejo antibiótico con Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas ; desde el punto de vista infeccioso con adecuada respuesta, no ha vuelto a presentar picos febriles , hoy luce bien, más tranquila y sin signos de sírs. El día de ayer se realizó transfusión de hemoderivados y fue llevada a lavado quirúrgico (pendiente nota operatoria). Por el momento debe continuar **igual manejo antimicrobiano**, se solicitan laboratorios de control para el día de mañana.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.12.2020

Hora Registro: 12:04:33

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. Presentó picos febriles en la noche ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: El día de ayer fue llevada a cirugía de lavado de escaras, se siente bien,

niega dolor en el momento, refiere 3 días sin deposición. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA: 89/46 (60)mmHg, FC:97 lpm, FR: 20 rpm, Sat: 97% T: 36 Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 HB 7.0 6.5 5.2 Hto 23.7 22.1 18 Leucos 11010 13650 12500 Neutros 8320 10950 9980 Linfos 1780 1500 1580 Monoc 610 850 810 Eos 0 0 0 Plat 583. 561. 533. PCR 13.21 BUN 12.1 Cr 0.32 0.29 Na 137 136 K 4.4 3.24 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO - 26.12.2020: Hemocultivo hongos pendiente, Hemocultivo CVC #1 positivo para bacilos gram negativos a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para bacilos gram negativos a las 18 horas - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20). Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Dado que no es claro el origen del compromiso neurológico, una de las posibilidades etiológicas es que se trate de una porfiria, se solicita entonces porfobilinógeno en orina; aun pendiente que se tome la muestra - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccigeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocántérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, ulcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocántérica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético psiquiatría también ajustó medicamentos que pudiesen contribuir con elevación de temperatura. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada, sin embargo en los últimos días con fiebre nuevamente y en la última cirugía con signos de infección en las escaras. Viene en seguimiento por infectología inician manejo con meropenem desde el 26.12.2020, pero el día de ayer ante bacteriemia por gram negativos se cambió a Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas, hoy con tipificación con Proteus mirabilis. El día de ayer fue llevada a lavado de escaras, sin complicaciones, paciente con adecuado control del dolor. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Puesto que paciente tolera vía oral, se solicitó concepto de fonoaudiología y nutrición, quienes refieren que de momento deglución es normal y tolera adecuadamente diate por lo que se indicó su retiro, que tiene pendiente. - Anemia que ha sido fluctuante, reciente transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos.

-Pte porfobilinógeno en orina 24 h -Retirar gastrostomía. -Se aumenta dosis de hidróxido de magnesio -Infectología: Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas FI 28.12.2020

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.12.2020

Hora Registro: 12:15:13

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL - EVOLUCIÓN Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutanea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Antibióticos: - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020) (13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) Subjetivo: La paciente refiere sentirse en regulares condiciones generales, no presenta dolor, tolerando adecuadamente la vía oral. La familiar refiere que ha presentado escalofrío y fiebre. Niega otra sintomatología. Diuresis y deposiciones sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en regulares condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma, postración crónica. Sin signos de dificultad respiratoria, luce hemodinámicamente estable. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 29.12.2020 00:18:53 38,00 171,00 20,00 88,00 47,00 60,67 96,00 28.12.2020 20:18:26 37,80 165,00 20,00 94,00 48,00 63,33 100,00 28.12.2020 16:00:00 37,00 168,00 20,00 101,00 66,00 77,67 100,00 28.12.2020 08:00:00 35,80 148,00 20,00 94,00 61,00 72,00 96,00 28.12.2020 04:00:00 37,30 158,00 20,00 106,00 67,00 80,00 99,00 28.12.2020 00:04:00 37,00 131,00 20,00 100,00 61,00 74,00 99,00 27.12.2020 20:00:00 38,20 151,00 20,00 100,00 67,00 78,00 99,00 27.12.2020 16:00:00 38,90 165,00 20,00 117,00 69,00 85,00 98,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC en U con buen sello. Escara trocantérica derecha con espuma y VAC con buen sello. VAC funcional con abundantes detritos. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrofilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 -28.12.2020: NA 138.3, K 4.08, CL 99.7, 1.85, FOSFORO 4.19. -28.12.2020: leucos 12.500, N 9.980, L 1.580, PLAQ 533.000, HB 5.2, HTO 18.1, Cr 0.29, AST 48.6, ALT 67, NA 136.1, K 3.24, PCR 23.16. -23.12.20 (2PM): Leucos 13.650, N 10.950, L 1.500, PLAQ561.000, HB 6.5, HTO 22.1%, BUN 12.1, CR 0.32, NA 137.2, K 4.44, CL 101.9 -18.12.20: Leucos 11010, Neutros 8320, Linfos 1780, Monoc 610, Eos 0, HB 7.0, Hto 23.7, Plat 583., PCR 13.21 Microbiológico: -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. Pendiente reporte final. - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para Proteus mirabilis pansensible y Klebsiella pneumoniae productora decarbapenemasas. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para Staphylococcus capitis. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para C. albicans. - 07.12.21020: Cultivo escara sacra positivo para K. pneumoniae KPC. Procedimientos: -29.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: Pendiente descripción quirúrgica -23.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm , piel alrededor sana ulcera trocanter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, tejido de granulación pálido cerca a articulación, muy escaso muscular , profundidad aprox 15 x 6 cm ulcera trocanterica derecha con necrosis de fascia lata , grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm. -15.12.2020: Úlceras sacre limpia con exposición osea úlceras trocantericas con escaso contenido necrótico en bordes fétidos. Se desbrida sin complicaciones. -30.11.2020: se observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm con tejido de granulación bien perfundido ulcera trocanterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocantérica der de aprox 4 cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado. Se dejó alevín de protección en maleolos. -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutaneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro ulcera trocantérea izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio , tejido de granulacion incipiente ,y necrosis de fascia lata , ligamento de insercion de m. gluteo y bursa, nuevas úlceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alredeor y compromiso

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a **úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha**. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. En el lavado del 23.12.20 se encuentra úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm , piel alrededor sana ulcera trocanter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, **ulcera trocanterica derecha con necrosis de fascia lata, grasa periarticular, exposición** de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm, **se interconsulta a ortopedia** (de turno Dr Martinez)

quienes indican continuar lavados, no cambios en manejo o desbridamiento. Se envía cultivo de tejido curetaje en úlcera trocántica izquierda y se obtuvo crecimiento abundante de *Proteus mirabilis* pansensible y escaso crecimiento de *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. En paraclínicos se reportó hipopotasemia leve y hemoglobina baja en 5.2, por lo que se indica transfusión, además se inició reposición de potasio, con resolución de hipopotasemia. Estaba programada para nuevo lavado el 28.12.20, pero por condición clínica de la paciente se aplaza procedimiento, se transfunde y se realiza el 29.12.2020. Se encuentra en día 2 efectivo de manejo antibiótico con Ceftazidima/ Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas. Fue valorada por reumatología quienes refieren que dado a que el origen del compromiso neurológico no es claro se debe descartar porfiria por lo que solicitan porfobilinógeno en orina, además por tratarse de paciente que tolera la vía oral y que no presenta trastorno de deglución se indica retiro de gastrostomía. El día de hoy paciente clínicamente estable, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, adecuada modulación del dolor. Paraclínicos de control muestran ascenso de niveles de hemoglobina (5.2-6.8). El día de hoy es valorada por infectología quienes solicitan paraclínicos de control para el día de mañana. Por ahora la paciente debe continuar hospitalizada en manejo conjunto con especialidad tratante reumatología e infectología. Se explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

- Continúa hospitalizada a cargo de Reumatología - Dieta común - Igual manejo médico - Paraclínicos de control para el día de mañana - Pendiente porfobilinógeno en orina

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.12.2020

Hora Registro: 09:48:10

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presentó dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de *Proteus*, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con *Proteus*. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. Presentó picos febriles en la noche ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Mejoría de dolor en escaras, niega fiebre, tolera vía oral hace varias semanas y manifiesta incomodidad por leve dolor en zona de gastrostomía. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA: 104/70mmHg, FC:84 lpm, FR: 18 rpm, Sat: 96% T: 36 Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONANDO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 Hto 23.7 22.1 18 21.8 Leucos 11010 13650 12500 9210 Neutros 8320 10950 9980 7200 Linfos 1780 1500 1580 1410 Monoc 610 850 810 430 Eos 0 0 0 10 Plat 583. 561. 533. 537. PCR 13.21 BUN 12.1 Cr 0.32 0.29 0.29 Na 137 136 142 K 4.4 3.24 4.0 P 3.56 Mg 2.1 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO - 26.12.2020: Hemocultivo hongos pendiente, Hemocultivo CVC #1 positivo para bacilos gram negativos a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para bacilos gram negativos a las 18 horas - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20). Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Dado que no es claro el origen del compromiso neurológico, una de las posibilidades etiológicas es que se trate de una porfiria, se solicita entonces porfobilinógeno en orina; pendiente este estudio. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocántero, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocántica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético psiquiatría también ajustó medicamentos que pudiesen contribuir con elevación de temperatura. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada, sin embargo en los últimos días con fiebre nuevamente y en la última cirugía con signos de infección en las escaras. Viene en seguimiento por infectología inician manejo con meropenem desde el 26.12.2020, pero el día de ayer ante bacteriemia por gram negativos se cambió a Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas, con tipificación con Proteus mirabilis. El 29.12 fue llevada a lavado de escaras, sin complicaciones, paciente con adecuado control del dolor. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Puesto que paciente tolera vía oral, **fonoaudiología y nutrición refieren que de momento deglución es normal y tolera adecuadamente diate por lo que se indicó su retiro, sin embargo dado su condición de postración se ha considerado en conjunto con gastro que puede requerirse de nuevo esta vía, por el momento se ha conservado.** - Anemia que ha sido fluctuante, reciente transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos, ahora estable.

-Pte porfobilinógeno en orina 24 h -Infectología: Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas FI 28.12.2020

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.12.2020

Hora Registro: 16:07:25

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años cama: 725B 31 de diciembre de 2020

Paciente conocida por la especialidad, con muy larga estancia en este centro, presencia de múltiples complicaciones infecciosas ante de ingreso a este centro, que esta siendo manejada con los siguientes diagnósticos 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis y K. pneumoniae BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 - 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 - 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020- 23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 - ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 - ACTIVO) La paciente el día

de hoy luce mas despierta y activa reactiva que con respecto a dias previos, refiere presencia de sintomas ansiosos desde el dia de ayer, reviso comportamiento de curva termica y su ultimo pico febril data del 29 de diciembre, no ha tenido presencia de diarrea ni de vomito. Su frecuencia cardiaca es de 106 su pulso es sincronico, no detecto presencia de agregados pulmonares, no hay tirajes o retracciones tiene leve edema pre tibial duro pero no hay signos de trombosis venosa Sus laboratorios hoy muestran: leucos de 9210, Neutros de 7200, INL de 5.11, hgb de 6.5 plaquetas de 537000, creatinina de 0.29 sodio de 142.90 potasio de Sus ultimos aislamientos microbiologicos datan del 26 de diciembre: Hemocultivo CVC #1 positivo para bacilos gram negativos a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para bacilos gram negativos a las 18 horas – PROTEUS MIRABILIS resistente a imipenem; del 24 de diciembre tiene un Cultivo de trocanter derecho: Positivo para Proteus mirabilis (con igual patrón de sensibilidad) y Klebsiella pneumoniae BLEE+ / CarbaNP positiva. La paciente completa un nuevo ciclo de antibiótico , hoy en día 3, dado perfil de sensibilidad se encuentra cubierta con Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas, ha tenido presencia de multiples antibioticos y manejo qx para control de foco infeccioso, cabe anotar que desde el inicio la paciente reporta presencia de taquicardia aun en ausencia de picos febriles, y que si bien su estado es regular muestran un claro patrón de mejoría de su parte neurológica que con respecto al ingreso Por ahora debe continuar con **tratamiento antibiótico sin modificaciones** Dr Juan Diego Velez Infectologia- Medicina Interna. FVL

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.01.2021

Hora Registro: 09:53:37

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. Presentó picos febriles en la noche ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Tolerancia vía oral, ligero dolor en gastrostomía. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: SV T 37.8 FC 150 FR 20 TA 101/62 TAM 75 SO2 97% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no

presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 Hto 23.7 22.1 18 21.8 Leucos 11010 13650 12500 9210 Neutros 8320 10950 9980 7200 Linfos 1780 1500 1580 1410 Monoc 610 850 810 430 Eos 0 0 0 10 Plat 583. 561. 533. 537. PCR 13.21 BUN 12.1 Cr 0.32 0.29 0.29 Na 137 136 142 K 4.4 3.24 4.0 P 3.56 Mg 2.1 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO - 26.12.2020: Hemocultivo hongos pendiente, Hemocultivo CVC #1 positivo para bacilos gram negativos a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para bacilos gram negativos a las 18 horas - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20). Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Dado que no es claro el origen del compromiso neurológico, una de las posibilidades etiológicas es que se trate de una porfiria, se solicita entonces porfobilinógeno en orina; pendiente este estudio. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 dias). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocantérica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético psiquiatría también ajustó medicamentos que pudiesen contribuir con elevación de temperatura. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada, sin embargo en los últimos días con fiebre nuevamente y en la última cirugía con signos de infección en las escaras. Viene en seguimiento por infectología inician manejo con meropenem desde el 26.12.2020, pero el día de ayer ante bacteriemia por gram negativos se cambió a Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas, con tipificación con Proteus mirabilis. El 29.12 fue llevada a lavado de escaras, sin complicaciones, paciente con adecuado control del dolor. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Puesto que paciente tolera vía oral, fonoaudiología y nutrición refieren que de momento deglución es normal y tolera adecuadamente diate por lo que se indicó su retiro, sin embargo dado su condición de postración se ha considerado en conjunto con gastro que puede requerirse de nuevo esta vía, por el momento se ha conservado. - Anemia que ha sido fluctuante, reciente transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos, ahora estable. Sin sangrados, nuevo hemograma antes de próximo lavado.

-Pte porfobilinógeno en orina 24 h -Infectología: Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas FI 28.12.2020

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.01.2021

Hora Registro: 11:00:09

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años 2021.Ene.01 Diagnosticos: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis y K. pneumoniae BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 - 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) -

REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020- 23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) La paciente el día de hoy luce mas despierta y activa , presento un ico febril el día de ayer y febrículas, no ha tenido presencia de diarrea ni de vómito. Signos vitales con temperatura de 37.8 ° C. Paraclínicos del día de hoy aun en proceso. Sus últimos aislamientos microbiológicos son del 26 de diciembre Hemocultivo CVC #1 positivo para proteus mirabilis a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para proteus mirabilis a las 23 horas resistente a imipenem; del 24 de diciembre tiene un Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis (con igual patrón de sensibilidad) y Klebsiella pneumoniae BLEE+ / CarbaNP positiva. Se encuentra en cubrimiento antibiotico con ceftazidima avibactam y meropenem hoy día 4. Llama la atención pico febril el día de ayer. Por el momento se considera **continuar igual** manejo antibiotico y observar. Dr Juan Diego Velez Infectologia- Medicina Interna. FVL

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.01.2021

Hora Registro: 14:15:52

Responsable: MIRANDA DIAZ, AUDREY JOSE

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Cirugia plastica Paciente adulta con multiples ulceras por presion (sacra y trocaterica bilateral) de gran tamaño que solicitan valoración para posibilidad de cubrimiento. Paciente en el momento en cama, desahogada con multiples morbilidades. Se solicita albumina, proteinas totales, pt y ptt, y posteriormente se definirá conducta y posibilidad de colgajo.

-

-

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.01.2021

Hora Registro: 09:15:21

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. Presentó picos febriles en la noche ANTECEDENTES

PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Drenaje por gastrostomía. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: SV T 36 FC 138 FR 19 TA 111/83 TAM 92 SO2 100% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 Hto 23.7 22.1 18 21.8 Leucos 11010 13650 12500 9210 Neutros 8320 10950 9980 7200 Linfos 1780 1500 1580 1410 Monoc 610 850 810 430 Eos 0 0 0 10 Plat 583. 561. 533. 537. PCR 13.21 BUN 12.1 Cr 0.32 0.29 0.29 Na 137 136 142 K 4.4 3.24 4.0 P 3.56 Mg 2.1 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac láctico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procalc Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO - 26.12.2020: Hemocultivo hongos pendiente, Hemocultivo CVC #1 positivo para bacilos gram negativos a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para bacilos gram negativos a las 18 horas - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20). Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Dado que no es claro el origen del compromiso neurológico, una de las posibilidades etiológicas es que se trate de una porfiria, se solicita entonces porfobilinógeno en orina; pendiente este estudio. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocántero, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocántero izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético psiquiatría también ajustó medicamentos que pudiesen contribuir con elevación de temperatura. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada, sin embargo en los últimos días con fiebre nuevamente y en la última cirugía con signos de infección en las escaras. Viene en seguimiento por infectología inician manejo con meropenem desde el 26.12.2020, pero el día de ayer ante bacteriemia por gram negativos se cambió a Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas, con tipificación con *Proteus mirabilis*. El 29.12 fue llevada a lavado de escaras, sin complicaciones, paciente con adecuado control del dolor. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Puesto que paciente tolera vía oral, fonología y nutrición refieren que de momento deglución es normal y tolera adecuadamente diate por lo que se indicó su retiro, sin embargo dado su condición de postración se ha considerado en conjunto con gastro que puede requerirse de nuevo esta vía, por el momento se ha conservado. - Anemia que ha sido fluctuante, reciente transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos, ahora estable. Sin sangrados, nuevo hemograma antes de próximo lavado.

-Pte porfobilinógeno en orina 24 h -Infectología: Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas FI 28.12.2020 -Concepto gastroenterología respecto a gastrostomía -Val TEO.

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.01.2021

Hora Registro: 10:29:43

Responsable: MALDONADO GUTIERREZ, CATALINA

Especialidad: **GASTROENTEROLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

GASTROENTEROLOGIA PACIENTE PORTADORA DE GASTROSTOMIA CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO. 1. Úlcera de presión en región sacra, troncanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutanea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos EN EL MOMENTO **SOLICITAN VALORACION POR SOSPCHA DE DISFUNCION DE GASTROSOTMIA POR FILTRACION SOBRE SUS PAREDES** EN EL MOMENTO PACIENTE AUN CON COMORBILIDADES NO RESUELTAS CON **RIESGO DE REQUERIR NUEVO INIOG DE NUTRIONC POR GASTROSOTMIA** SE CONSIDERA POR AHORA DEJAR ESTA CERRADA Y VALORACION POR GRUPO DE TEO PARA MANEJO LOCAL Y ELLOS NOS AVISARAN PARA DEFINIR SI SE REQUIERE CAMBIO, **NO SE RECOMIENDA POR AHORA RETIRO DE ESTA DADO LA POSIBLE NECESIDAD DE REUTILIZAR**. SIN OTRAS INTERVECCIONES.

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.01.2021

Hora Registro: 10:40:15

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL - EVOLUCIÓN Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, troncanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutanea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Antibioticos: - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020- 23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) Subjetivo: Paciente refiere sentirse en mejores condiciones generales, sin dolor. Tolerando vía oral. Diuresis y deposiciones sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en regulares condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma, postración crónica. Sin signos de dificultad respiratoria, luce hemodinámicamente estable. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 02.01.2021 08:00:07 36,00 138,00 19,00 100,00 65,00 76,67 99,00 02.01.2021 04:00:00 36,80 134,00 20,00 111,00 83,00 92,33 100,00 02.01.2021 00:20:07 35,00 134,00 20,00 86,00 55,00 65,33 96,00 01.01.2021 20:00:00 35,40 131,00 20,00 118,00 64,00 82,00 99,00 01.01.2021 16:00:00 36,00 120,00 20,00 99,00 64,00 75,67 96,00 01.01.2021 12:00:00 35,70 130,00 19,00 99,00 70,00 79,67 98,00 01.01.2021 08:00:00 37,80 150,00 20,00 101,00 62,00 75,00 97,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica con sistema VAC despegado completamente, no funcional, con abundantes detritos. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT, PTT, INR en proceso -01.01.2021: Porfobilinogeno en 24 horas en proceso. PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrofilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrofilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 -28.12.2020: NA 138.3, K 4.08, CL 99.7, 1.85, FOSFORO 4.19. -28.12.2020: leucos 12.500, N 9.980, L 1.580, 'PLAQ 533.000, HB 5.2, HTO 18.1, Cr 0.29, AST 48.6, ALT 67, NA 136.1, K 3.24, PCR 23.16. -23.12.20 (2PM): Leucos 13.650, N 10.950, L 1.500, PLAQ561.000, HB 6.5, HTO 22.1%, BUN 12.1, CR 0.32, NA 137.2, K 4.44, CL 101.9 -18.12.20: Leucos 11010, Neutros 8320, Linfos 1780, Monoc 610, Eos 0, HB 7.0, Hto 23.7, Plat 583., PCR 13.21 Microbiológico: -29.12.2020: Hemocultivos positivos para Proteus mirabilis resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC.

Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora decarbenemasas. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. - 07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. Procedimientos: -29.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: Pendiente descripción quirúrgica -23.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm, piel alrededor sana úlcera trocanter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, tejido de granulación pálido cerca a articulación, muy escaso muscular, profundidad aprox 15 x 6 cm úlcera trocanterica derecha con necrosis de fascia lata, grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm. -15.12.2020: Úlceras sacre limpia con exposición osea úlceras trocantericas con escaso contenido necrótico en bordes fétidos. Se desbrida sin complicaciones. -30.11.2020: se observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm con tejido de granulación bien perfundido úlcera trocanterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocantérica der de aprox 4 cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado. Se dejó alevín de protección en maleolos. -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutaneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro úlcera trocantérea izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio, tejido de granulación incipiente, y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa, nuevas úlceras trocantericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diametro con necrosis de piel alrededor y compromiso

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. En el lavado del 23.12.20 se encuentra úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm, piel alrededor sana úlcera trocanter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, úlcera trocanterica derecha con necrosis de fascia lata, grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm, se interconsulta a ortopedia (de turno Dr Martinez) quienes indican continuar lavados, no cambios en manejo o desbridamiento. Se envía cultivo de tejido curetaje en úlcera trocanterica izquierda y se obtuvo crecimiento abundante de *Proteus mirabilis* pansensible y escaso crecimiento de *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. En paraclínicos se reportó hipopotasemia leve y hemoglobina baja en 5.2, por lo que se indica transfusión, además se inició reposición de potasio, con resolución de hipopotasemia. Estaba programada para nuevo lavado el 28.12.20, pero por condición clínica de la paciente se aplaza procedimiento, se transfunde y se realiza el 29.12.2020, sin complicaciones. En el momento paciente clínicamente estable, sin dolor, sin nuevos picos febriles. Valorada por infectología quienes refieren debe seguir mismo manejo antibiótico ya instaurado con Ceftazidima/ Avibactam + Metronidazol, hoy día 5 efectivo. Sistema VAC despegado, con producido de 150 cc en las ultimas 24 horas. **Ayer fue valorada por cirugía plástica quienes solicitan paraclínicos para definir posteriormente conducta y posibilidad de colgajo, pero mientras tanto se debe pasar turno a salas de cirugía para poner nuevo VAC.** Paraclínicos con proteínas totales y albumina por debajo de rango de normalidad. **Pendiente porfobilinógeno.** Por ahora la paciente debe continuar hospitalizada en manejo conjunto con especialidad tratante reumatología e infectología. Se explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

- Continúa hospitalizada a cargo de Reumatología - Nada vía oral previo a la cirugía - Igual manejo médico - Pendiente porfobilinógeno en orina y tiempos de coagulación - Se pasa turno para cambio de VAC - Vigilancia de signos vitales - Avisar cambios a cirujano de turno - Gracias!

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.01.2021

Hora Registro: 11:15:43

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años 2021.Ene.02 Diagnosticos: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Púrpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis* y *K. pneumoniae* BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020, 23.12.2020). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020- 23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) La paciente el día de hoy luce mas despierta y activa, interactúa con el medio, afebril, no ha tenido presencia de diarrea ni de vómito, con disminución del producido por el VAC. Signos vitales con temperatura de 37.8 ° C. Paraclínicos del 3 dic 2020 con leucocitos en 6210, neutrofilos 7200, linfocitos 1410, hemoglobina 6.5, hcto: 21.8, plaquetas 537.000, creatinina 0.29, sodio 142, potasio 4, cloro 107, fósforo 3.56, magnesio 2.1. Sus últimos aislamientos microbiológicos son del 26 de

diciembre Hemocultivo CVC #1 positivo para proteus mirabilis a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para proteus mirabilis a las 23 horas resistente a imipenem; del 24 de diciembre tiene un Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis (con igual patrón de sensibilidad) y Klebsiella pneumoniae BLEE+ / CarbaNP positiva. Se encuentra en cubrimiento antibiotico con ceftazidima avibactam y meropenem hoy dia 5. Por el momento se considera continuar **igual manejo antibiotico** y observar. Dr Juan Diego Velez Infectologia- Medicina Interna. FVL

.

.

.

Informe Preanestesia

Fecha Registro: 02.01.2021

Hora Registro: 19:33:46

Responsable: CUJINO ALVAREZ, INDIRA FABIANA

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Enfermedad actual :

Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, troncanterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutanea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Paraclínicos: -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT, PTT, INR en proceso -01.01.2021: Porfobilinogeno en 24 horas en proceso. PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrofilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56

Preparación general - observaciones :

se firma consentimiento de anestesia ss reserva de GR.

Preparación general - ayuno recomendado :

8h

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: **02.01.2021**

Hora Registro: 20:50:17

Responsable: RODRIGUEZ HOLGUIN, FERNANDO

Tipo de herida :

Contaminada

Descripción de la prestación :

DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOS

Hallazgos :

ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES CON ESCASO TEJIDO FIBRINOIDE EN LA DERECHA CERCANO A LA ARTICULACION DE LA CADERA. BOLSILLOS QUE SE EXTIENDEN DISTAL A TROCANTERES, EN LA DERECHA HAY BOLSILLO PROFUNDO HACIA EL GLUTEO QUE PERMITE PALPAR LA ARTICULACION DE LA CADERA SIN EXPONER LA CABEZA DEL FEMUR. ESCARA SACRA CON TEJIDO DE GRANULACION ROSADO Y LIMPIO DE 12 CM DE DIAMETRO, NO EXPOSICION ÓSEA.

Descripción procedimiento :

EN POSICION PRONA. ASEPSIA, ANTISEPSIA Y CAMPOS. RETIRO DE ESPUMAS DE VAC. IRRIGACION Y LAVADO DE ESCARA TROCANTERICA IZQUIERDA. DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO DE GRANULACION Y MEMBRANAS FIBRINOIDES CON CURETA. AFRONTAMIENTO DE PLANOS MUSCULARES PROFUNDOS PARA DISMINUCION PROGRESIVA DE ESPASMO MUERTO Y BOLSILLOS CON PDS 2-0. IRRIGACION Y LAVADO DE ESCARA TROCANTERICA DERECHA. DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO DE GRANULACION Y MEMBRANAS FIBRINOIDES CON CURETA Y TIJERA. AFRONTAMIENTO DE PLANOS MUSCULARES PROFUNDOS PARA DISMINUCION PROGRESIVA DE ESPASMO MUERTO Y BOLSILLOS CON PDS 2-0. IRRIGACION Y LAVADO DE ESCARA SACRA. DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO DE GRANULACION Y MEMBRANAS FIBRINOIDES CON CURETA. INSTALACION DE SISTEMA VAC L CON PROTECCION DE PIEL CON ESPUMA AMD EN PERIFERIA DE LAS ESCARAS, COMUNICANDO LESIONES CON EXTENSION DE ESPUMA GRIS HACIA CADERA DERECHA Y DEJANDO DRENES EN PLANOS PROFUNDOS A LOS CIERRES MUSCULARES TROCANTERICOS CONECTADOS A LAS ESPUMAS.

Complicaciones :**Descripción Quirúrgica**

Fecha Registro: 02.01.2021

Hora Registro: 21:57:03

Responsable: CRUZ MENDOZA, DIEGO FERNANDO

Tipo de herida :

Contaminada

Descripción de la prestación :

SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SU

Hallazgos :

Úlcera por presión a nivel sacro de 12x12 cm con tejido de granulación sin sobreinfección macroscópica, Úlcera trocánterica izquierda de 15x5 cm con 4 cm de profundidad, hay exposición de fascia lata y capsula articular trocánterica membranas fibrinopurulentas a nivel del borde superior con tejido hipoperfundido subcutáneo, úlcera en región trocánterica derecha de 6x6 diámetro con 5 cm de profundidad exposición de trocánter mayor, membranas fibrinopurulentas sobre tejido celular subcutáneo y abundante tejido de granulación en el fondo. Sistema de presión negativo con espuma gris y apósito AMD. Sarcopenia global.

Descripción procedimiento :

Asepsia y antisepsia, campos quirúrgicos, retiro de sistema VAC previo en las 3 escaras, hallazgos, lavado con 1000cc de salina en cada uno, desbridamiento con electrobisturí de membranas fibrinopurulentas y tejido desvitalizado, hemostasia, se confecciona con ayuda de sistema VAC talla L en paralelo y un solo sensatrack espuma en cada uno quedando hermético. Se deja presión de 100mmHg. No complicaciones, no sangrados. No toma de muestras.

Complicaciones :**Evolución Médica**

Fecha Registro: 03.01.2021

Hora Registro: 10:14:08

Responsable: TORRES DELGADO, MONICA PATRICIA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL - EVOLUCIÓN Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocánterica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarotomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Antibióticos: - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) Subjetivo: Paciente refiere sentirse bien, sin dolor, pasó buena noche. Tolerancia la vía oral. Diuresis y deposiciones sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en regulares condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma, postración crónica. Sin signos de dificultad respiratoria, luce hemodinámicamente estable. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 03.01.2021 04:00:00 37,00 134,00 20,00 94,00 57,00 69,33 96,00 03.01.2021 00:05:00 35,30 112,00 20,00 98,00 66,00 76,67 98,00 02.01.2021 20:00:00 36,10 117,00 20,00 120,00 85,00 96,67 100,00 02.01.2021 16:00:00 36,00 117,00 19,00 96,00 70,00 78,67 97,00 02.01.2021 12:00:00 36,20 136,00 20,00 95,00 69,00 77,67 100,00 02.01.2021 08:00:07 36,00 138,00 19,00 100,00 65,00 76,67 99,00 02.01.2021 04:00:00 36,80 134,00 20,00 111,00 83,00 92,33 100,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Tórax: Normoexpandible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios. Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocánterica izquierda y sacra con sistema VAC con buen sello. Escara trocánterica derecha con espuma y VAC con buen sello. VAC funcional con abundantes detritos. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 -28.12.2020: NA 138.3, K 4.08, CL 99.7, 1.85, FÓSFORO

4.19. -28.12.2020: leucos 12.500, N 9.980, L 1.580, 'PLAQ 533.000, HB 5.2, HTO 18.1, Cr 0.29, AST 48.6, ALT 67, NA 136.1, K 3.24, PCR 23.16. Microbiológico: -29.12.2020: Hemocultivos positivos para *Proteus mirabilis* resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. - 07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. Procedimientos: -02.01.2021: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: Úlcera por presión a nivel sacro de 12x12 cm con tejido de granulación sin sobreinfección macroscópica, Úlcera trocánterica izquierda de 15x5 cm con 4 cm de profundidad, hay exposición de fascia lata y capsula articular trocánterica membranas fibrinopurulentas a nivel del borde superior con tejido hipoperfundido subcutáneo, úlcera en región trocánterica derecha de 6x6 diámetro con 5 cm de profundidad exposición de trocánter mayor, membranas fibrinopurulentas sobre tejido celular subcutáneo y abundante tejido de granulación en el fondo. Sistema de presión negativo con espuma gris y apósito AMD. Sarcopenia global. Asepsia y antisepsia, campos quirúrgicos, retiro de sistema VAC previo en las 3 escaras, hallazgos, lavado con 1000cc de salina en cada uno, desbridamiento con electrobisturí de membranas fibrinopurulentas y tejido desvitalizado, hemostasia, se confecciona con ayuda de sistema VAC talla L en paralelo y un solo sensatrack espuma en cada uno quedando hermético. Se deja presión de 100mmHg. No complicaciones, no sangrados. No toma de muestras. -29.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: Pendiente descripción quirúrgica -23.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: Úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm, piel alrededor sana úlcera trocánter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, tejido de granulación pálido cerca de articulación, muy escaso muscular, profundidad aprox 15 x 6 cm úlcera trocánterica derecha con necrosis de fascia lata, grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm. -15.12.2020: Úlceras sacre limpia con exposición ósea úlceras trocántericas con escaso contenido necrótico en bordes fétidos. Se desbrida sin complicaciones. -30.11.2020: se observaron úlcera sacra de aprox 8-10 cm con tejido de granulación bien perfundido úlcera trocánterica izq de aprox 5 cm en piel con fondo de aprox 15 cm, escasas membranas verdosas en fascia e intramuscular, tejido de granulación adecuado en resto de cavidad úlcera trocánterica der de aprox 4 cm en piel y Fondo de aprox 8 cm con fibras musculares superficiales necróticas, resto con tejido de granulación incipiente adecuado piel con eritema leve alrededor de úlceras, dorso recuperado. Se dejó alevín de protección en maleolos. -24.11.2020 Lavado, desbridamiento de escaras y cambio de VAC: Hallazgos: úlcera sacra de aprox 10 cm con sistema vac y duoderm contaminado de materia fecal borde inferior. puntos de afrontamiento de piel y subcutáneo dehiscentes adecuado tejido de granulación que ya no deja ver superficie de sacro úlcera trocánterica izquierda de aprox 5 cm en superficie y profunda de aprox 15 cm x 8 cm con sistema vac medio, tejido de granulación incipiente, y necrosis de fascia lata, ligamento de inserción de m. glúteo y bursa, nuevas úlceras trocántericas derechas #2 en piel aprox 1y 1.5 cm de diámetro con necrosis de piel alrededor y compromiso

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocánterica izquierda y derecha. Ayer se llevó a la vado en salas de cirugía sin complicaciones, hoy estable vac funcional.

CUIDADOS DE VAC ATENTOS A PROGRAMACION DE NUEVO LAVADO EN LA PROXIMA SEMANA

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.01.2021

Hora Registro: 10:26:48

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con ílio adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además,

en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Se siente mejor, no fiebre. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: SV T 37 FC 134 FR 20 TA 94/57 TAM 69 SO2 96% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 Hto 23.7 22.1 18 21.8 Leucos 11010 13650 12500 9210 Neutros 8320 10950 9980 7200 Linfos 1780 1500 1580 1410 Monoc 610 850 810 430 Eos 0 0 0 10 Plat 583. 561. 533. 537. PCR 13.21 BUN 12.1 Cr 0.32 0.29 0.29 Na 137 136 142 K 4.4 3.24 4.0 P 3.56 Mg 2.1 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO - 26.12.2020: Hemocultivo hongos pendiente, Hemocultivo CVC #1 positivo para bacilos gram negativos a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para bacilos gram negativos a las 18 horas - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20). Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Dado que no es claro el origen del compromiso neurológico, una de las posibilidades etiológicas es que se trate de una porfiria, se solicita entonces porfobilinógeno en orina; pendiente este estudio. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocantérica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético psiquiatría también ajustó medicamentos que pudiesen contribuir con elevación de temperatura. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada, sin embargo en los últimos días con fiebre nuevamente y en la última cirugía con signos de infección en las escaras. Viene en seguimiento por infectología inician manejo con meropenem desde el 26.12.2020, pero el día de ayer ante bacteriemia por gram negativos se cambió a Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas, con tipificación con Proteus mirabilis. 02.1.20 nuevo lavado: Úlcera por presión a nivel sacro de 12x12 cm con tejido de

granulacion sin sobreinfeccion macroscopica, Ulcera trocanterica izquierda de 15x5 cm con 4 cm de profundidad, hay exposicion de fascia lata y capsula articular trocanterica membranas fibrinopurulentas a nivel del borde superior con tejido hipoperfundido subcutaneo, ulcera en region trocanterica derecha de 6x6 diametro con 5 cm de profundidad exposicion de trocanter mayor, membranas fibrinopurulentas sobre tejido celular subcutaneo y abundante tejido de granulacion en el fondo. Sistema de presion negativo con espuma gris y aposito AMD. Sarcopenia global. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Puesto que paciente tolera via oral, fonoaudiologia y nutricion refieren que de momento deglucion es normal y tolera adecuadamente diate por lo que se indicó su retiro, sin embargo dado su condición de postración se ha considerado en conjunto con gastro que puede requerirse de nuevo esta via, por el momento se ha conservado. - Anemia que ha sido fluctuante, reciente transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos, ahora estable. Sin sangrados, nuevo hemograma antes de próximo lavado.

-Pte porfobilinógeno en orina 24 h -Infectologia: Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas FI 28.12.2020 -Val TEO.

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.01.2021

Hora Registro: 11:08:35

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años 2021.Ene.03 Diagnosticos: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis y K. pneumoniae BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020- 23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) La paciente en aceptables condiciones generales, tranquila en compañía de familiar (madre), interactúa con el medio, afebril, con disminucion del producido por el VAC, pendiente cambio de sistema VAC. Signos vitales con temperatura de 37 ° C, frecuencia cardiaca 134, frecuencia respiratoria 20, TA 94/57, TAM 69, SatO2: 96%. Sin paraclínicos el día de hoy. Sus ultimos aislamientos microbiológicos son del 26 de diciembre Hemocultivo CVC #1 positivo para proteus mirabilis a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para proteus mirabilis a las 23 horas resistente a imipenem; del 24 de diciembre tiene un Cultivo de trocanter derecho: Positivo para Proteus mirabilis (con igual patrón de sensibilidad) y Klebsiella pneumoniae BLEE+ / CarbaNP positiva. Se encuentra en cubrimiento antibiotico con ceftazidima avibactam y metronidazol hoy día 6. Por el momento se considera continuar igual manejo antibiotico y observar. Atentos a evolución. Dr Juan Diego Velez Infectologia- Medicina Interna. FVL

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.01.2021

Hora Registro: 11:03:01

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además,

en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales. Sin nuevos episodios de fiebre. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: T 35 FC 130 LPM FR 21X MIN PESO 48 KG TA 102/67 MMHG TAM 78 SAT 98% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 Hto 23.7 22.1 18 21.8 Leucos 11010 13650 12500 9210 Neutros 8320 10950 9980 7200 Linfos 1780 1500 1580 1410 Monoc 610 850 810 430 Eos 0 0 0 10 Plat 583. 561. 533. 537. PCR 13.21 BUN 12.1 Cr 0.32 0.29 0.29 Na 137 136 142 K 4.4 3.24 4.0 P 3.56 Mg 2.1 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO - 26.12.2020: Hemocultivo hongos pendiente, Hemocultivo CVC #1 positivo para bacilos gram negativos a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para bacilos gram negativos a las 18 horas - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20). Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Dado que no es claro el origen del compromiso neurológico, una de las posibilidades etiológicas es que se trate de una porfiria, se solicita entonces porfobilinógeno en orina; del cual esta pendiente resultado. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccigeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocantérica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético psiquiatría también ajustó medicamentos que pudiesen contribuir con elevación de temperatura. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada, sin embargo en los últimos días con fiebre nuevamente y en la última cirugía con signos de infección en las escaras. Viene en seguimiento por infectología inician manejo con meropenem desde el 26.12.2020, pero el día de ayer ante bacteriemia por gram negativos se cambió a Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol

500 mg cada 8 horas, con tipificación con *Proteus mirabilis*. 02.1.20 nuevo lavado: Úlcera por presión a nivel sacro de 12x12 cm con tejido de granulación sin sobreinfección macroscópica, Úlcera trocánterica izquierda de 15x5 cm con 4 cm de profundidad, hay exposición de fascia lata y capsula articular trocánterica membranas fibrinopurulentas a nivel del borde superior con tejido hipoperfundido subcutáneo, úlcera en región trocánterica derecha de 6x6 diámetro con 5 cm de profundidad exposición de trocánter mayor, membranas fibrinopurulentas sobre tejido celular subcutáneo y abundante tejido de granulación en el fondo. Sistema de presión negativo con espuma gris y apósito AMD. Sarcopenia global. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Puesto que paciente tolera vía oral, fonología y nutrición refieren que de momento deglución es normal y tolera adecuadamente dieta por lo que se indicó su retiro, sin embargo dado su condición de postración se ha considerado en conjunto con gastro que puede requerirse de nuevo esta vía, por el momento se ha conservado. - Anemia que ha sido fluctuante, reciente transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos, ahora estable. Sin sangrados, nuevo hemograma antes de próximo lavado (última intervención el 02.01.2021) **pendiente programar lavado la próxima semana**. - Recibe cubrimiento antibiótico con ceftazidima avibactam hoy día 7/7, atentos a indicaciones de infectología.

- **Pte porfobilinógeno en orina** 24 h -Infectología: Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas FI 28.12.2020 (HOY DIA 7)

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.01.2021

Hora Registro: 14:41:51

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años 2021.Ene.04 Diagnósticos: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Púrpura trombocitopénica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis* y *K. pneumoniae* BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarotomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). Aislamiento en escara *P. mirabilis* ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) EXAMEN FÍSICO: Paciente acostada en cama, luce tranquila, afebril, anictérica FC: 136, Temp 36, Fr 20, PA 108/75 (86), Sat 98% MICROBIOLOGÍA Sus últimos aislamientos microbiológicos son del 26 de diciembre Hemocultivo CVC #1 positivo para *proteus mirabilis* a las 17 horas y 35 minutos y *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase).... Hemocultivo CVC #2 positivo para *proteus mirabilis* a las 23 horas resistente a imipenem; del 24 de diciembre tiene un Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* (con igual patrón de sensibilidad) y *Klebsiella pneumoniae* BLEE+ / CarbaNP positiva. PARACLÍNICOS 02/01/2020: PT 14.8, INR 1.3, PTTa 53.1 CONCEPTO La paciente en aceptables condiciones generales, tranquila en compañía de familiar (madre), interactúa con el medio, afebril, con disminución del producido por el VAC, pendiente cambio de sistema VAC. Últimos paraclínicos del 02/01/2020, pruebas de coagulación con PTTa prolongado, en contexto de uso de enoxaparina profiláctica. Se encuentra en día 7 de cubrimiento con ceftazidima/avibactam con aislamiento de *klebsiella KPC* (*Klebsiella pneumoniae* carbapenemase) en úlcera sacra y en sangre. Por el momento debe continuar con el mismo manejo instaurado, pendiente de evolución.

--

--

--

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.01.2021

Hora Registro: 17:06:06

Responsable: RAMÍREZ DIAZ, JULIANA MARIA

Especialidad: **PSICOLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta Psicología

PSICOLOGIA Se atiende llamado de Interconsulta solicitado por Médico Tratante. Paciente femenina de 21 años que se encuentra en su habitación de Hospitalización en compañía de su Madre: Luz Eneyda González de 54 años. Antecedentes anotados en Historia Clínica: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Vive en el barrio Siloé desde hace 21 años. Origen familiar: Aguadas, Caldas. **Ocupación antes de hospitalización: Vendedora de Ropa en Almacén. Vive con Padre, Madre, Hermano de 26 años. La Madre refiere que actualmente está durmiendo bien gracias al medicamento.**

Encuentro paciente en su habitación en compañía de su madre. Realiza **contacto visual espontáneo, colabora con la entrevista, actitud pueril. Psicomotor: Movimientos disminuidos. Afecto: Mal modulado, fondo ansioso, labil. Lenguaje: volumen de voz sin alteraciones. Nomina, repite, comprende Pensamiento: Poco coherente, disminución de la**

producción ideoverbal, **niega ideas de muerte, auto o heteroagresión. Temor intenso a quedarse sola. Refiere temor a contagiarse por COVID-19.** Sensopercepción: **Refiere alucinaciones.** Sensorio: **Alerta, no orientada en tiempo, dificultades en la memoria, tendencia al pensamiento concreto. Juicio y raciocinio: debilitados**

Durante la interconsulta **se ofrece amplia escucha a la paciente, quien relata sus experiencias relacionadas con la hospitalización. Manifiesta cansancio debido a larga estancia hospitalaria. Refiere querer irse a casa.** Se observa **confundida y abrumada emocionalmente. Expresa llanto debido a último diagnóstico relacionado con infección. Se validan las emociones y se ofrece contención, soporte y apoyo emocional. Se observa a la Madre cansada por proceso de larga estancia y diagnósticos asociados.** Se brinda Psicoeducación y se hacen recomendaciones.

Se comenta el caso con Médico Tratante. Se recomienda valoración por Psiquiatría. Continuar acompañamiento por Psicología.

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.01.2021

Hora Registro: 17:19:17

Responsable: GORDILLO RODRIGUEZ, CARLOS ANDRES

Especialidad: **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INTERCONSULTA ORTOPEDIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 20 AÑOS Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Desde junio de 2020 con compromiso neuropsiquiátrico y postración, con escaras grado 4 en ambos trocánteres y en la región sacra, requiriendo múltiples lavados y manejo con sistema VAC por parte de cirugía, con aislamiento en cultivos de *Proteus mirabilis* resistente a imipenem y *Klebsiella pneumoniae* BLEE+ / CarbaNP positiva, en manejo con ceftazidima/avibactam y metronidazol, hoy día 7, con hemocultivos positivos para los mismos patógenos, se sospecha la osteomielitis como foco, por lo cual nos interconsultan. Antecedentes Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Farmacológicos: prednisolona, cloroquina, ácido fólico, quetiapina, ácido valproico y cefazolina Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Examen físico: Paciente acostada en cama, alerta, tranquila, colaboradora, sin dificultad respiratoria, en compañía de familiar. Región sacra y trocanterica bilateral: cubiertas con sistema VAC funcionante, sin fuga, con escaso producido serohemático. Paraclínicos 02/01/2021: PT 14.8, INR 1.3, PTTa 53.1 31/12/2020: Leuc 9210, N% 78.2, L% 15.3, Hb 6.5, Hmt 21.8, Plq 537 29/12/2020: Leuc 12830, N% 90.5, L% 5.4, Hb 6.8, Hmt 22.3, Plq 528 Microbiología 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 positivo para *proteus mirabilis* a las 17 horas y 35 minutos y *kleniella KPC (Klebsiella pneumoniae carbapenemase)*.... Hemocultivo CVC #2 positivo para *proteus mirabilis* a las 23 horas resistente a imipenem. 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* (con igual patrón de sensibilidad) y *Klebsiella pneumoniae* BLEE+ / CarbaNP positiva. Imágenes 30.12.2020 **Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo.** Análisis/Plan: se comentara con ortopedia infecciones oseas

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.01.2021

Hora Registro: 11:54:35

Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 20 AÑOS Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocánterea izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Examen físico: Paciente acostada en cama, alerta, tranquila, colaboradora, sin dificultad respiratoria, en compañía de familiar. Región sacra y trocanterica bilateral: cubiertas con sistema VAC funcionante, sin fuga, con escaso producido serohemático. Paraclínicos 05.01.2021: Hb 7.4, HTO 26.5, PLT 558, Leu 9.01, N 6.11, L 1.87, PCR 4.07 02/01/2021: PT 14.8, INR 1.3, PTTa 53.1 31/12/2020: Leuc 9210, N% 78.2, L% 15.3, Hb 6.5, Hmt 21.8, Plq 537 29/12/2020: Leuc 12830, N% 90.5, L% 5.4, Hb 6.8, Hmt 22.3, Plq 528 Microbiología 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 positivo para *proteus mirabilis* a las 17 horas y 35 minutos y *kleniella KPC (Klebsiella pneumoniae carbapenemase)*.... Hemocultivo CVC #2 positivo para *proteus mirabilis* a las 23 horas resistente a imipenem. 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* (con igual patrón de sensibilidad) y *Klebsiella pneumoniae* BLEE+ / CarbaNP positiva. Imágenes 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis.

Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo. Análisis/Plan: Paciente comentada con Ortopedia Infecciones Dr Diazgranados, quien considera lesión de sacro no susceptible de manejo dada sarcopenia y condición actual de la paciente, en lesiones trocantericas es posible realizar curetaje y cultivo, se coordinará con cirugía para intervenir en el mismo tiempo quirúrgico, quedamos atentos, se explica a paciente y familiar, refieren comprender y aceptar. curetaje y cultivo en trocanteres, lesión con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Desde junio de 2020 con compromiso neuropsiquiátrico y postración, con escaras grado 4 en ambos trocánteres y en la región sacra, requiriendo múltiples lavados y manejo con sistema VAC por parte de cirugía, con aislamiento en cultivos de *Proteus mirabilis* resistente a imipenem y *Klebsiella pneumoniae* BLEE+ / CarbaNP positiva, en manejo con ceftazidima/avibactam y metronidazol, hoy día 7, con hemocultivos positivos para los mismos patógenos, **se sospecha la osteomielitis como foco, por lo cual nos interconsultan. se comentara con ortopedia infecciones oseas**

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.01.2021

Hora Registro: 11:58:24

Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 20 AÑOS Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocánterea izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Examen físico: Paciente acostada en cama, alerta, tranquila, colaboradora, sin dificultad respiratoria, en compañía de familiar. Región sacra y trocanterica bilateral: cubiertas con sistema VAC funcionante, sin fuga, con escaso producido serohemático. Paraclínicos 05.01.2021: Hb 7.4, HTO 26.5, PLT 558, Leu 9.01, N 6.11, L 1.87, PCR 4.07 02/01/2021: PT 14.8, INR 1.3, PTTa 53.1 31/12/2020: Leuc 9210, N% 78.2, L% 15.3, Hb 6.5, Hmt 21.8, Plq 537 29/12/2020: Leuc 12830, N% 90.5, L% 5.4, Hb 6.8, Hmt 22.3, Plq 528 Microbiología 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 positivo para *proteus mirabilis* a las 17 horas y 35 minutos y *kleniella* KPC (*Klebsiella pneumoniae* carbapenemase).... Hemocultivo CVC #2 positivo para *proteus mirabilis* a las 23 horas resistente a imipenem. 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* (con igual patrón de sensibilidad) y *Klebsiella pneumoniae* BLEE+ / CarbaNP positiva. Imágenes 30.12.2020 Resonancia Magnetica de pelvis: Escaras trocántericas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo. Análisis/Plan: Paciente comentada con Ortopedia Infecciones Dr Diazgranados, quien considera **lesión de sacro no susceptible de manejo dada sarcopenia y condición actual de la paciente, en lesiones trocantericas es posible realizar curetaje y cultivo, se coordinará con cirugía para intervenir en el mismo tiempo quirúrgico**, quedamos atentos, se explica a paciente y familiar, refieren comprender y aceptar.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.01.2021

Hora Registro: 12:32:29

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ - CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2

sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: paciente refiere sentirse en iguales condiciones generales, sin nuevas alzas térmicas, Refiere angustia por posibles intervenciones quirúrgicas a seguir. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: Hora T FC FR TAS TAD TAM SAT 04:00:00 37,90 162,00 18,00 0,00 105,00 65,00 78,33 98,00 08:00:00 36,00 147,00 20,00 0,00 110,00 81,00 90,67 98,00 PESO 48 KG Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 Monoc 610 850 810 430 640 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. PCR 13.21 4.07 BUN 12.1 Cr 0.32 0.29 0.29 Na 137 136 142 K 4.4 3.24 4.0 P 3.56 Mg 2.1 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac láctico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO -04.01.2021 Hemocultivos en proceso*** - 26.12.2020: Hemocultivo hongos pendiente, Hemocultivo CVC #1 positivo para bacilos gram negativos a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para bacilos gram negativos a las 18 horas - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LES diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se considera vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración. Neurología indicó EEG ambulatorio. Ante sospecha de actividad lúpica persistente en SNC, y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. Por pobre evolución de su estado neurológico, progresión de los hallazgos de vasculitis en SNC, y ante sospecha de infección persistente se inició Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (13-14.11.20). Recibió segunda dosis 1g/k/día por 2 días el 14-15.12.2020 con adecuada tolerancia. Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Dado que no es claro el origen del compromiso neurológico, una de las posibilidades etiológicas es que se trate de una porfiria, se solicita entonces porfobilinógeno en orina; del cual esta pendiente resultado. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por

cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocántero, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días). El 30.11.20 cirugía, úlcera sacra de 8-10 cm, úlcera trocántica izq. de 15 cm. tto con piperacilina tazobactam (29.11-06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. Picos febriles nocturnos persistentes. En escara sacra *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenémicos que ya se ha aislado previamente. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético psiquiatría también ajustó medicamentos que pudiesen contribuir con elevación de temperatura. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada, sin embargo en los últimos días con fiebre nuevamente y en la última cirugía con signos de infección en las escaras. Viene en seguimiento por infectología inician manejo con meropenem desde el 26.12.2020, pero el día de ayer ante bacteriemia por gram negativos se cambió a Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas, con tipificación con *Proteus mirabilis*. 02.1.20 nuevo lavado: Úlcera por presión a nivel sacro de 12x12 cm con tejido de granulación sin sobreinfección macroscópica, Úlcera trocántica izquierda de 15x5 cm con 4 cm de profundidad, hay exposición de fascia lata y capsula articular trocántica membranas fibrinopurulentas a nivel del borde superior con tejido hipoperfundido subcutáneo, úlcera en región trocántica derecha de 6x6 diametro con 5 cm de profundidad exposición de trocánter mayor, membranas fibrinopurulentas sobre tejido celular subcutáneo y abundante tejido de granulación en el fondo. Sistema de presión negativo con espuma gris y apósito AMD. Sarcopenia global. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Puesto que paciente tolera vía oral, fonología y nutrición refieren que de momento deglución es normal y tolera adecuadamente dieta por lo que se indicó su retiro. Se comentará nuevamente con gastroenteróloga de turno Dra. Eliana Rojas para definir retiro de **gastrostomía, se evidencian signos de quemadura química alrededor de esta**. - Anemia que ha sido fluctuante, reciente transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos, ahora estable. Sin sangrados, nuevo hemograma antes de próximo lavado (última intervención el 02.01.2021) pendiente programar lavado la próxima semana. - Recibe cubrimiento antibiótico con ceftazidima avibactam hoy día 8, por indicaciones de infectología. Ayer se solicitó concepto de ortopedia ante sospecha de osteomielitis, foco infeccioso no controlado, **pendiente valoración por ortopedista de infecciones óseas**. Según informan de manera verbal **existe posibilidad de llevar a nueva revisión quirúrgica donde definirán necesidad de intervenciones adicionales, posible desarticulación?** - **Dado la persistencia de salvas de taquicardia se indica realización de Holter EKG 24 horas**. Atentos a resultados.

- SS Holter EKG - Se comenta con gastroenterología Dra. Rojas - **Pte porfobilinógeno** en orina 24 h - Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas FI 28.12.2020 (HOY DIA 8)

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.01.2021

Hora Registro: 14:50:33

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años Diagnosticos: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por *Proteus mirabilis* y *K. pneumoniae* BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarotomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) Paraclínicos: -05.01.2021: leucos 9010, N 6110, L 1870, plaquetas 558000, hemoglobina 7.4, PCR 4 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 -28.12.2020: NA 138.3, K 4.08, CL 99.7, 1.85, FÓSFORO 4.19. -28.12.2020: leucos 12.500, N 9.980, L 1.580, PLAQ 533.000, HB 5.2, HTO 18.1, Cr 0.29, AST 48.6, ALT 67, NA 136.1, K 3.24, PCR 23.16. -23.12.2020: Leucocitos 13650, Hb 6.5, plaquetas: 561 mil, Creatinina 0.3, BUN 12.1, Na: 137, K: 4.4, cloro 1010 -17.12.2020: Leucocito 11 mil, Hb: 7, plaquetas 583 mil, PCR 13.2. Microbiológico: -05.01.2021: hemocultivos en proeso -29.12.2020: Hemocultivos positivos para *Proteus mirabilis* resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. - 07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. IMÁGENES: 30.12.2020: RMN Pelvis: Escaras trocánticas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral Derrame articular de la cadera derecha ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con antecedente de LES, con compromiso neurológico y neuropsiquiátrico, postrada, desahondada, hospitalizada desde septiembre y conocida en el servicio de infectología por úlceras sacras y trocánticas sobreinfectadas que han requerido manejo Antimicrobiano en múltiples ocasiones. La paciente en aceptables condiciones generales, tranquila en compañía de familiar (madre), interactúa con el medio, afebril, con disminución del producido por el VAC, pendiente cambio de sistema VAC. Actualmente la paciente se encuentra en mejores condiciones, afebril, aun con taquicardia. Sin

paraclínicos el día e hoy. Sus últimos aislamientos microbiológicos son del 26 de diciembre Hemocultivo CVC #1 positivo para proteus mirabilis a las 17 horas y 35 minutos. Hemocultivo CVC #2 positivo para proteus mirabilis a las 23 horas resistente a imipenem; del 24 de diciembre tiene un Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis (con igual patrón de sensibilidad) y Klebsiella pneumoniae BLEE+ / CarbaNP positiva. Cuenta además con RMN de cadera que muestra **signos de osteomielitis en cadera derecha y región sacra y derrame articular en cadera derecha, muy probablemente el foco de infección.** Ya valorada por ortopedia y traumatología quienes consideran la paciente se beneficiaría de intervención quirúrgica (curetaje) en lesiones trocántéricas. Hoy la paciente estable, paraclínicos de control sin leucocitosis, PCR discretamente elevada. Estamos atentos a evolución y resultado de cultivos. Por el momento debe continuar igual manejo antibiótico.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.01.2021

Hora Registro: 16:44:34

Responsable: MIRANDA DIAZ, AUDREY JOSE

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Tipo de Evolución: Evolución

Cirugia plastica Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocánterea izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Laboratorios 02.01.2020 Albumina: 2.34 Proteinas totales: 5.4 0.5.01.2020 Hb: 7.4 Hcto: 26.5 Leucocitos: 3.080 N: 67.8% L: 20.8% Paciente adulta con multiples morbilidades y **ulceras en region sacra y trocaterica bilateral quien por el momento no es candidata para manejo reconstructivo con colgajos por alta tasa de fracaso o complicaciones mayores. Requiere mejoría de su estado nutricional, hematológico y control de infección antes de definir viabilidad de manejo reconstructivo.** Se explica concepto y conducta a la madre y paciente la cual entiente y acepta.

-

-

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.01.2021

Hora Registro: 08:43:56

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocánterea izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Antibióticos: - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 - 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 - ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 - ACTIVO) Subjetivo: Paciente comenta sentirse en mejores condiciones generales, sin dolor. Diuresis y deposiciones presentes. Sin alteraciones. Se encuentra sin vía oral, el día de hoy será llevada a nueva cirugía.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en regulares condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma, postración crónica. Sin signos de dificultad respiratoria. FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 06.01.2021 04:00:00 36,50 140,00 19,00 90,00 60,00 70,00 98,00 06.01.2021 00:01:00 36,70 133,00 19,00

92,00 62,00 72,00 98,00 05.01.2021 20:00:00 36,70 142,00 19,00 111,00 75,00 87,00 99,00 05.01.2021 16:00:00 36,60 150,00 20,00 112,00 7,00 42,00 96,00 05.01.2021 12:05:41 36,10 146,00 20,00 88,00 63,00 71,33 97,00 05.01.2021 08:00:00 36,00 147,00 20,00 110,00 81,00 90,67 98,00 05.01.2021 04:00:00 37,90 162,00 18,00 105,00 65,00 78,33 98,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Tórax: Normoexpandible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC con buen sello. Escara trocantérica derecha con espuma y VAC con buen sello. VAC funcional con abundantes detritos. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -05.01.2021: Hb 7.4, HTO 26.5, PLT 558, Leu 9.01, N 6.11, L 1.87, PCR 4.07 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrofilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 -28.12.2020: NA 138.3, K 4.08, CL 99.7, 1.85, FÓSFORO 4.19. -28.12.2020: leucos 12.500, N 9.980, L 1.580, PLAQ 533.000, HB 5.2, HTO 18.1, Cr 0.29, AST 48.6, ALT 67, NA 136.1, K 3.24, PCR 23.16. Microbiológico: -29.12.2020: Hemocultivos positivos para *Proteus mirabilis* resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. -24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. -07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. IMÁGENES: 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocantéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo. Procedimientos: -02.01.2021: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: Úlcera por presión a nivel sacro de 12x12 cm con tejido de granulación sin sobreinfección macroscópica, Úlcera trocantérica izquierda de 15x5 cm con 4 cm de profundidad, hay exposición de fascia lata y capsula articular trocantérica membranas fibrinopurulentas a nivel del borde superior con tejido hipoperfundido subcutáneo, úlcera en región trocantérica derecha de 6x6 cm diámetro con 5 cm de profundidad exposición de trocánter mayor, membranas fibrinopurulentas sobre tejido celular subcutáneo y abundante tejido de granulación en el fondo. Sistema de presión negativo con espuma gris y apósito AMD. Sarcopenia global. Asepsia y antisepsia, campos quirúrgicos, retiro de sistema VAC previo en las 3 escaras, hallazgos, lavado con 1000cc de salina en cada uno, desbridamiento con electrobisturí de membranas fibrinopurulentas y tejido desvitalizado, hemostasia, se confecciona con ayuda de sistema VAC talla L en paralelo y un solo sensatrack espuma en cada uno quedando hermetico. Se deja presión de 100mmHg. No complicaciones, no sangrados. No toma de muestras. -29.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: Pendiente descripción quirúrgica -23.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: Úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm, piel alrededor sana úlcera trocánter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, tejido de granulación pálido cerca a articulación, muy escaso muscular, profundidad aprox 15 x 6 cm úlcera trocantérica derecha con necrosis de fascia lata, grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm. -15.12.2020: Úlceras sacre limpia con exposición osea úlceras trocantéricas con escaso contenido necrótico en bordes fétidos. Se desbrida sin complicaciones.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. En el lavado del 23.12.20 se encuentra úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm, piel alrededor sana úlcera trocantérica izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, úlcera trocantérica derecha con necrosis de fascia lata, grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm, se interconsulta a ortopedia (de turno Dr Martínez) quienes indican continuar lavados, no cambios en manejo o desbridamiento. Se envía cultivo de tejido curetaje en úlcera trocantérica izquierda y se obtuvo crecimiento abundante de *Proteus mirabilis* pansensible y escaso crecimiento de *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. En paraclínicos se reportó hipopotasemia leve y hemoglobina baja en 5.2, por lo que se indica transfusión, además se inició reposición de potasio, con resolución de hipopotasemia. Estaba programada para nuevo lavado el 28.12.20, pero por condición clínica de la paciente se aplaza procedimiento, se transfunde y se realiza el 29.12.2020, sin complicaciones. El 02.01.2021 se encuentra sistema VAC despegado, con escasa producción, por lo que fue llevada a lavado + desbridamiento + cambio de VAC, donde encuentran úlcera sacra con tejido de granulación sin sobre infección, úlcera trocantérica izquierda con capsula articular trocantérica con membranas fibropurulentas a nivel del borde superior con tejido hipoperfundido, úlcera trocantérica derecha con membranas fibropurulentas sobre tejido subcutáneo y abundante tejido de granulación al fondo, proceden a lavar con 1000 cc cada escara y posteriormente debridar con electrobisturí las membranas fibrinopurulentas y tejido desvitalizado y dejan sistema VAC a presión de 100 mmHg. En el momento paciente clínicamente estable, afebril, sin dolor. Se encuentra recibiendo manejo antibiótico con Ceftazidima/ Avibactam + Metronidazol, hoy día 9 efectivo. Persiste con taquicardia por lo que reumatología indica realización de Holter EKG 24 horas. Además por presencia de eritema en área alrededor de gastrostomía fue comentada por reumatología con gastroenterología de turno Dra. Eliana Rojas para definir retiro de gastrostomía. Valorada por ortopedia infecciones

quienes consideran que la lesión del sacro no es susceptible de manejo por sarcopenia y condición de la paciente; sin embargo, refieren que lesiones trocántéricas se realizará curetaje y toma de cultivo en mismo tiempo quirúrgico con nuestro servicio. El día de ayer fue valorada por cirugía plástica quienes consideran que por el momento no es candidata para manejo reconstructivo con colgajos porque tiene alta probabilidad de fracaso o complicaciones mayores, por ahora requiere mejoría de su estado nutricional y control de infecciones antes de definir la viabilidad de un manejo reconstructivo. **Psiquiatría indica terapia ocupacional por hospitalización prolongada. El día de hoy la paciente será llevada a cirugía para cambio de VAC, en conjunto con ortopedia de infecciones para manejo de osteomielitis y retiro de gastrostomía.** Se explica a la paciente y la madre, quienes refieren entender y aceptar.

-Continua hospitalizada a cargo de Reumatología -Nada vía oral previo a la cirugía -Igual manejo médico -Hoy nuevo procedimiento quirúrgico -Vigilancia de signos vitales -Avisar cambios a Médico hospitalario de turno

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.01.2021

Hora Registro: 10:31:01

Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 20 AÑOS Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocánterea izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Examen físico: Paciente acostada en cama, alerta, tranquila, colaboradora, sin dificultad respiratoria, en compañía de familiar. T:35 FC: 144 FR: 20 PA: 106/72 (83,3) SaO2: 100% Región sacra y trocánterica bilateral: cubiertas con sistema VAC funcionante, sin fuga, con escaso producido serohemático. Paraclínicos 05.01.2021: Hb 7.4, HTO 26.5, PLT 558, Leu 9.01, N 6.11, L 1.87, PCR 4.07 02/01/2021: PT 14.8, INR 1.3, PTTa 53.1 31/12/2020: Leuc 9210, N% 78.2, L% 15.3, Hb 6.5, Hmt 21.8, Plq 537 29/12/2020: Leuc 12830, N% 90.5, L% 5.4, Hb 6.8, Hmt 22.3, Plq 528 Microbiología 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 positivo para *proteus mirabilis* a las 17 horas y 35 minutos y *kleniella KPC* (*Klebsiella pneumoniae carbapenemase*).... Hemocultivo CVC #2 positivo para *proteus mirabilis* a las 23 horas resistente a imipenem. 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* (con igual patrón de sensibilidad) y *Klebsiella pneumoniae BLEE+* / CarbaNP positiva. Imágenes 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo. Análisis/Plan: Paciente con cuadro conocido, ayer comentada con Ortopedia Infecciones Dr Diazgranados, quien considera lesión de sacro no susceptible de manejo dada sarcopenia y condición actual de la paciente, en lesiones trocánterica es posible realizar curetaje y cultivo, el cual se hará en conjunto con cirugía el día de hoy. Se explica a paciente y familiar, refieren comprender y aceptar. Durante la atención del paciente se hace uso de EPP según recomendaciones de OMS y protocolos institucionales.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.01.2021

Hora Registro: 11:06:37

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con ílio adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo,

antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímica, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: En el momento dormida, en plan de cirugía hoy, refiere la madre que pasó buena noche, sin fiebre. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: FC 140 FR 18 TA 90/60 TAM 70 SO2 98% PESO 48 KG Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncos basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 6.1.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 Monoc 610 850 810 430 640 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. PCR 13.21 4.07 BUN 12.1 Cr 0.32 0.29 0.29 Na 137 136 142 K 4.4 3.24 4.0 P 3.56 Mg 2.1 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina para estudio de porfiria, se envió la prueba a remisión. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocantérica

izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposicion de fascia lata y capsula articular trocanterica membranas fibrinopurulenta, trocanterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposicion de trocanter mayor, membranas fibrinopurulenta. Sarcopenia global. Ortopedia realizará curetaje hoy, cx plastica indicó que no es posible colgajo por la alta posibilidad de falla del mismo. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Tolera via oral, fonoaudiologia y nutricion encuentran deglucion normal, **plan de retiro de gastrostomia por signos de quemadura química alrededor**. - Anemia que ha sido fluctuante, reciente transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos, ahora estable. Sin sangrados. - Persistencia taquicardia con salvas, está pendiente Holter 24h.

- **Cirugía por ortopedia y retiro de gastrostomía hoy** - **Pendiente: Holter** EKG - **En proceso: porfobilinógeno** en orina 24 h (enviado 4.1.21, resultado 9.1.21) - Ceftazidima/Avibactam + Metronidazol FI 28.12.2020 (DÍA 9)

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.01.2021

Hora Registro: 11:30:46

Responsable: PEÑA GARCIA, MARIO ALBERTO

Especialidad: **PSIQUIATRIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Luisa Isaza 20 años Paciente que se encuentra hospitalizada con los siguientes diagnósticos de trabajo anotados en la historia clínica: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérea izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Medicación por Psiquiatría: - Sertralina 100mg en la mañana (aumento 14 dic 2020) - Lorazepam 2mg en la noche - Clozapina 100mg en la noche Se responde **nueva interconsulta solicitada por hospitalización prolongada**. Paciente quien **había sido valorada previamente por la especialidad durante la actual hospitalización en relación a síndrome catatónico**. La madre quien la acompaña de forma permanente refiere que **con el manejo instaurado la paciente está durmiendo bien, no ha vuelto a tornarse hostil, estuvo en manejo por terapia ocupacional en salud mental encontrando mejoría y mayor adaptación al proceso de hospitalización y recuperación**, sin embargo la autorización de dichas terapias ya finalizó.

Encuentro paciente en su habitación en compañía de su madre. Establece contacto visual espontáneo, colabora con la entrevista, actitud pueril. Afecto: poco modulado, ligero fondo ansioso. Lenguaje: volumen de voz sin alteraciones. Nomina, repite, comprende. Pensamiento: Coherente, **disminución de la producción ideoverbal, no ideas de muerte, auto o heteroagresión, Temor intenso a quedarse sola, Preocupación por síntomas dolorosos, No identifico delirios**. Sensorio: **no alucinaciones o ilusiones**. Sensorio: Alerta, orientada, sin fallas evidentes en la memoria. Introspección: pobre conciencia de enfermedad. Prospección: incierta. Juicio y raciocinio: debilitados por la patología de base.

Paciente quien se considera que por la hospitalización prolongada y la privación de reforzadores conductuales que podrían estar contribuyendo a sus síntomas afectivos se considera que se beneficia de terapia ocupacional en salud mental.

Continuar el manejo farmacológico como lo viene recibiendo. **Se solicita autorización para 20 sesiones de Terapia Ocupacional en salud mental**. Seguimiento a solicitud del servicio tratante.

Informe Preanestesia

Fecha Registro: 06.01.2021

Hora Registro: 11:42:25

Enfermedad actual :

Paciente de 21 años con antecedente importante de LES con compromiso inmunológico, hematológico (purpura trombocitopenica) y vasculitis en SNC, Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total.Síndrome catatónico secundario a vasculitis. Por su compromiso neurologico y postracion presenta ulcera de presion sacra, trocantérea izquierda y derecha con sistema VAC. DX -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Medicamentos SULTAMICILINA 375 MG C/12H SERTRALINA 100MG C/24H PREDNISOLONA 15 MG C/24H LORAZEPAN 2 MG C/24H IPRATROPIO BROMURO 60 MCG C/8H HIDROXIDO DE MAGNESIO 10 ML C/8H HIDROMORFONA 0,3 MG C/6H ENOXAPARINA 40 MCG C/24H CLOZAPINA 100 MG C/24H CLOTRIMAZOL 1 G C/12H CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2,5 G C/8H ACETAMINOFEN 500 MG C/8H Programan para nuevo lavado y cambio de VAC.

Preparación general - observaciones :

Paciente en tercera decada de la vida ASA III ,con antecedente importante de LES con compromiso hematologico y

neurologico. **Ahora cursando con proceso infeccioso secundario a ulcera sacra con microorganismos multiresistentes que ha requerido de múltiples debridamientos y manejo con sistema VAC.** Se evidencia paciente taquicardica sin fiebre, resto de sistema cardiovascular y respiratorio sin alteraciones. No se evidencia predictores de via aerea difícil **Paradínicos con leve anemia y trombocitosis. Por lo anterior se autoriza procedimiento quirurgico.** suspender nutrición enteral 8 horas antes del procedimiento y suspender enoxaparina 12 horas antes de la cirugía, se firmará el consentimiento informado previo a la cirugía. Valoracion realizada por: Alejandra Holguin Noreña Residente de anestesiología 1 año Icesi

Preparación general - ayuno recomendado :
8 hrs.

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.01.2021
Hora Registro: 13:16:32
Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tipo de Evolución: Evolución

Ortopedia Dr Gordillo Paciente quien fue llevada a cirugía en conjunto con cirugía general para curetaje y toma de cultivos en ambos trocánteres. No requiere más intervenciones por parte de ortopedia. Quedamos atentos a llamado en caso de requerirlo.

.

.

.

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 06.01.2021
Hora Registro: 13:47:42
Responsable: MAURICIO BURBANO HURTADO
Especialidad: ANESTESIOLOGIA -

Tipo de herida :

Descripción de la prestación :

EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMIA SOD

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

<<< - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA >>> ----- Información Clínica REMITE: SEDACIÓN: Dr Burbano Monitoria de oximetria y frec + INDICACIÓN: paciente con recuperacion del trastorno de deglucion e ingesta adecuada de alimentos ASA:III Previa explicación del procedimiento, riesgos, beneficios y firma del consentimiento informado se realiza estudio endoscópico. Hallazgos ESÓFAGO: Paso fácil por el cricofaríngeo. Mucosa de aspecto normal en toda su extensión. Unión esofagogastrica a los 38 cm. Linea Z regular. ESTÓMAGO: Lago gástrico de contenido claro. Mucosa de fundus de aspecto usual. En retrovision área subcardial e incisura sin lesiones. Cuerpo de aspecto usual. Antro y región prepilórica con eritema plano en parche. Sobre pared anterior se encuentra campana siliconada de sonda de gastrostomia. Píloro normal, franqueable. DUODENO: Bulbo normal. PROCEDIMIENTO: Bajo vision directa endoscópica, con pinza de cuerpo extraño se captura la campana en camara gástrica, a ras de piel se corata la sonda lo que permite que se pueda extraer de forma retrograda y se recupere por boca, sin complicaciones. Se limpia y se cubre ostomía. BIOPSIAS: No Diagnóstico **GASTROPATIA ERITEMATOSA ANTRAL** **EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA DE GASTROSTOMIA** La evaluación del paciente se realizó utilizando todos los elementos de protección personal, cumpliendo los protocolos y lineamientos institucionales.

Complicaciones :

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 06.01.2021
Hora Registro: 14:04:27
Responsable: PEÑA PEÑA, SELFÍ LUZ

NUTRICION

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.01.2021
 Hora Registro: 14:25:20
 Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO
 Especialidad: INFECTOLOGIA
 Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años Diagnosticos: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis y K. pneumoniae BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) Paraclínicos: -06.01.2021: BUN 7.4, creatinina 0.26, sodio 140, potasio 4.4, cloro 104 -05.01.2021: leucos 9010, N 6110, L 1870, plaquetas 558000, hemoglobina 7.4, PCR 4 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 -28.12.2020: NA 138.3, K 4.08, CL 99.7, 1.85, FÓSFORO 4.19. -28.12.2020: leucos 12.500, N 9.980, L 1.580, PLAQ 533.000, HB 5.2, HTO 18.1, Cr 0.29, AST 48.6, ALT 67, NA 136.1, K 3.24, PCR 23.16. -23.12.2020: Leucocitos 13650, Hb 6.5, plaquetas: 561 mil, Creatinina 0.3, BUN 12.1, Na: 137, K: 4.4, cloro 1010 -17.12.2020: Leucocito 11 mil, Hb: 7, plaquetas 583 mil, PCR 13.2. Microbiológico: -05.01.2021: hemocultivos negativos hasta la fecha -29.12.2020: Hemocultivos positivos para Proteus mirabilis resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para Proteus mirabilis pansensible y Klebsiella pneumoniae productora decarbapenemasas. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para Staphylococcus capitis. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para C. albicans. - 07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para K. pneumoniae KPC. IMÁGENES: 30.12.2020: RMN Pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral Derrame articular de la cadera derecha ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con antecedente de LES, con compromiso neurológico y neuropsiquiátrico, postrada, desahondada, hospitalizada desde septiembre y conocida en el servicio de infectología por úlceras sacras y trocántéricas sobreinfectadas que han requerido manejo Antimicrobiano en múltiples ocasiones. Actualmente la paciente se encuentra en mejores condiciones, afebril, aun con taquicardia. Hemocultivos de control del día de hoy son negativos, sin embargo, preocupa que del 24 de diciembre tiene un Cultivo de trocánter derecho que es positivo para Proteus mirabilis resistente a imipenem y Klebsiella pneumoniae BLEE+ / CarbaNP positiva. Cuenta además con RMN de cadera que muestra signos de osteomielitis en cadera derecha y región sacra y derrame articular en cadera derecha, muy probablemente el foco de infección. Fue entonces valorada por ortopedia y cirugía general quienes la llevaron hoy a nuevo lavado encontrando úlceras sacras y trocántérica izquierda en buenas condiciones pero úlcera trocánterica derecha con tejido purulento de ligamentos y fascias. **Pendiente resultado de cultivos tomados en cirugía. Por el momento continuamos igual manejo antibiótico.** Estamos atentos al caso.

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 06.01.2021
 Hora Registro: 14:29:51
 Responsable: GORDILLO RODRIGUEZ, CARLOS ANDRES

Tipo de herida :
 Contaminada

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 06.01.2021
 Hora Registro: 14:29:51
 Responsable: GORDILLO RODRIGUEZ, CARLOS ANDRES

Tipo de herida :
 Contaminada

Descripción de la prestación :

SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO D**Descripción de la prestación :****COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECIN****Hallazgos :**

ulceras de presión trocantericas bilateral exposion osea ambos trocanteres de apro 10 cm bilateral lado derecho
compromiso articular ulceras sacra de apro 12 cm tejido granulacion limpia

Hallazgos :

ulceras de presión trocantericas bilateral exposion osea ambos trocanteres de apro 10 cm bilateral lado derecho
compromiso articular ulceras sacra de apro 12 cm tejido granulacion limpia

Descripción procedimiento :

poscion decubito prono asepsia con iodados se realiza lavado secuestrectomia desbridamiento de escaras, lado derecho se relaiza lavado de tejidos profundos se toma cultivo de trocanter derecho se relaiza ligamentorrafia proximal izquierda, se realiza colgajo de piel compuesto local, se logra cierre completo de piel lado derecho se realiza colgajo de piel compuesto, dejan puntos de afrontameinto se logra cubrir todo el defecto la escara sacra queda a cargo de cirugía general quien realiza cambio de sistema vac procedmeintos sin complicaciones pendiente cultivos oseos

Descripción procedimiento :

poscion decubito prono asepsia con iodados se realiza lavado secuestrectomia desbridamiento de escaras, lado derecho se relaiza lavado de tejidos profundos se toma cultivo de trocanter derecho se relaiza ligamentorrafia proximal izquierda, se realiza colgajo de piel compuesto local, se logra cierre completo de piel lado derecho se realiza colgajo de piel compuesto, dejan puntos de afrontameinto se logra cubrir todo el defecto la escara sacra queda a cargo de cirugía general quien realiza cambio de sistema vac procedmeintos sin complicaciones pendiente cultivos oseos

Complicaciones :

no

Complicaciones :

no

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 06.01.2021

Hora Registro: 15:05:09

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: **TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI**

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. REVALORACION # 1. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en cama, sola, se observa mayor receptividad y expresa motivación por retomar la intervencion.

OBJETIVO: Dejo escala de recuperación personal para ser diligenciada y refiere motivacion por realizar actividad proyecto, la cual le genera sensacion de logro.

ANALISIS: Se explica a la paciente nuevamente la intervención de terapia ocupacional de salud mental y la modalidad de intervención.

PLAN: Se retoma intervención por terapia ocupacional de salud mental con objetivos y metodología por describir segun el resultado de la escala; se explica a la paciente y se despejan dudas. Se realiza intervencion siguiendo las medidas de bioseguridad.

Indicaciones de Enfermeria

Fecha Registro: 06.01.2021

Hora Registro: 15:05:44

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFÍ LUZ

NUTRICION 1. DIETA BLANDA SIN ESPESOS, REF AM GELATINA O YOGURT Y PM FRUTA PICADA (PAPAYA, MANGO, PIÑA) ,NO ENVIAR CAFE EN DESAYUNO REPLAZO AVENA O JUGO DE NARANJA O UVA, ALMUERZO Y CENA: PROTEINA ASADA CREMA NO ENVIAR SOPA 2.NUTREN 1.5 VIA ORAL A LAS 9 Y 19 HORAS 3. VIGILAR SINTOMAS GASTROINTESTINALES ADVERSOS. 4.MIPRES ACTIVO

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 06.01.2021

Hora Registro: 15:31:27

Responsable: FRANCO FLOREZ, MARIA JOSEFA

Tipo de herida :

Contaminada

Descripción de la prestación :

SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SU

Hallazgos :

ulcera sacra aprox 10x12 cm tejido de granulación bien perfundido bordes de piel con eritema y gluteos con eritema por humedad úlceras trocántericas bilateral de aprox 8 cm izquierda limpia con tejido de granulación incipiente sobre musculos, se expone tracción femoral, derecha con escosos tejido ecrotico ,expocision osea y articular

Descripción procedimiento :

paciente en decubito supino asepsia y antisepsia con yodados en gluteos y muslos posterior colocacion de cmapos qx previo retiro de sistemas vac previo lavado y curetaje de escara sacra con 1 lt de salina ,colocaicon de nuevo sistema de succion vac medio dividido el cual se fija a piel con vicryl 1 , se deja barrera lisa alrededor para proteccion de piel por humedad ,eritema , palstico adherente y sensatrack que se conecta a canister antiguo de 1 lt a pr de 100 mmhg intensidad media y continua se acompaña a ortopedia quien relaiza curetaje oseo trocanter derecho y cierre de ulcera trocanter izq continua cirugía

Complicaciones :

no

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.01.2021

Hora Registro: 07:47:43

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocánterea izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Antibióticos: - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) Subjetivo: Paciente refiere sentirse en mejores condiciones generales, se encuentra modulando adecuadamente el dolor. Tolerancia la vía oral, niega náuseas o emesis. Diuresis y deposiciones presentes sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en regulares condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma, postración crónica. Sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC RTAS TAD TAM SATO2 06.01.2021 20:00:00 36,00 124,00 20,00 96,00 63,00 74,00 97,00 06.01.2021 16:00:00 35,00 150,00 20,00 108,00 71,00 83,33 98,00 06.01.2021 12:06:15 35,00 144,00 20,00 106,00 72,00 83,33 100,00 06.01.2021 08:00:00 36,60 136,00 19,00 104,00 70,00 81,33 95,00 06.01.2021 04:00:00 36,50 140,00 19,00 90,00 60,00 70,00 98,00 06.01.2021 00:01:00 36,70 133,00 19,00 92,00 62,00 72,00 98,00 05.01.2021 20:00:00 36,70 142,00 19,00 111,00 75,00 87,00 99,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocántérica izquierda y sacra con sistema VAC con buen sello. Escara trocántérica derecha con espuma y VAC con buen sello. VAC funcional con abundantes detritos. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -06.01.2021: PT 13.8, PTT 46.7, INR 1.21, BUN 7.4, Creatinina 0.26, Sodio 140.5, Potasio 4.4, Cloro 104.6 -05.01.2021: Hb 7.4, HTO 26.5, PLT 558, Leu 9.01, N 6.11, L 1.87, PCR 4.07 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 Microbiológico: -06.01.2021: Cultivo trocánter derecho en proceso. Gram hueso trocánter derecho: No se observan bacterias en la preparación, no se observan células epiteliales en la preparación, se observan ocasionales

células epiteliales en la preparación. -29.12.2020: Hemocultivos positivos para *Proteus mirabilis* resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. -07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. IMÁGENES: 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo. Procedimientos: -06.01.2021: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO VAC HALLAZGOS: úlceras de presión trocántéricas bilateral exposición ósea ambos trocánteres de aprox 10 cm bilateral lado derecho compromiso articular. Úlcera sacra de aprox 12 cm tejido granulación limpia. PROCEDIMIENTO: posición decúbito prono. Asepsia con iodados. Se realiza lavado secuestrectomía desbridamiento de escaras, lado derecho se realiza lavado de tejidos profundos se toma cultivo de trocánter derecho. Se realiza ligamentorrafia proximal izquierda, se realiza colgajo de piel compuesto local, se logra cierre completo de piel. Lado derecho se realiza colgajo de piel compuesto, dejan puntos de afrontamiento se logra cubrir todo el defecto. La escara sacra queda a cargo de cirugía general quien realiza cambio de sistema VAC procedimientos sin complicaciones pendiente cultivos óseos. -02.01.2021: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: Úlcera por presión a nivel sacro de 12x12 cm con tejido de granulación sin sobreinfección macroscópica, Úlcera trocánterica izquierda de 15x5 cm con 4 cm de profundidad, hay exposición de fascia lata y capsula articular trocánterica membranas fibrinopurulentas a nivel del borde superior con tejido hipoperfundido subcutáneo, úlcera en región trocánterica derecha de 6x6 diámetro con 5 cm de profundidad exposición de trocánter mayor, membranas fibrinopurulentas sobre tejido celular subcutáneo y abundante tejido de granulación en el fondo. Sistema de presión negativo con espuma gris y apósito AMD. Sarcopenia global. Asepsia y antisepsia, campos quirúrgicos, retiro de sistema VAC previo en las 3 escaras, hallazgos, lavado con 1000cc de salina en cada uno, desbridamiento con electrobisturí de membranas fibrinopurulentas y tejido desvitalizado, hemostasia, se confecciona con ayuda de sistema VAC talla L en paralelo y un solo sensatrack espuma en cada uno quedando hermético. Se deja presión de 100mmHg. No complicaciones, no sangrados. No toma de muestras. -29.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: Pendiente descripción quirúrgica -23.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm, piel alrededor sana úlcera trocánter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, tejido de granulación pálido cerca a articulación, muy escaso muscular, profundidad aprox 15 x 6 cm úlcera trocánterica derecha con necrosis de fascia lata, grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocánterica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. En el lavado del 23.12.20 se encuentra úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm, piel alrededor sana úlcera trocánter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, úlcera trocánterica derecha con necrosis de fascia lata, grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm, se interconsulta a ortopedia (de turno Dr Martínez) quienes indican continuar lavados, no cambios en manejo o desbridamiento. Se envía cultivo de tejido curetaje en úlcera trocánterica izquierda y se obtuvo crecimiento abundante de *Proteus mirabilis* pansensible y escaso crecimiento de *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. En paraclínicos se reportó hipopotasemia leve y hemoglobina baja en 5.2, por lo que se indica transfusión, además se inició reposición de potasio, con resolución de hipopotasemia. Estaba programada para nuevo lavado el 28.12.20, pero por condición clínica de la paciente se aplaza procedimiento, se transfunde y se realiza el 29.12.2020, sin complicaciones. El 02.01.2021 se encuentra sistema VAC despegado, con escasa producción, por lo que fue llevada a lavado + desbridamiento + cambio de VAC, donde encuentran úlcera sacra con tejido de granulación sin sobre infección, úlcera trocánterica izquierda con capsula articular trocánterica con membranas fibropurulentas a nivel del borde superior con tejido hipoperfundido, úlcera trocánterica derecha con membranas fibropurulentas sobre tejido subcutáneo y abundante tejido de granulación al fondo, proceden a lavar con 1000 cc cada escara y posteriormente debridar con electrobisturí las membranas fibrinopurulentas y tejido desvitalizado y dejan sistema VAC a presión de 100 mmHg. Valorada por cirugía plástica quienes consideran que por el momento no es candidata para manejo reconstructivo con colgajos porque tiene alta probabilidad de fracaso o complicaciones mayores, por ahora requiere mejoría de su estado nutricional y control de infecciones antes de definir la viabilidad de un manejo reconstructivo. En el momento paciente clínicamente estable, afebril, sin dolor, taquicárdica. Se encuentra recibiendo manejo antibiótico con Ceftazidima/ Avibactam + Metronidazol, hoy día 10 efectivo. Sistema VAC funcional drenando 120 cc en las últimas 24 horas. **El día de ayer fue llevada a nuevo lavado + desbridamiento + cambio de VAC,** realizan **lavado, secuestrectomía y desbridamiento de escaras,** en lado derecho se toman cultivos de trocánter. Lado izquierdo realizan ligamentorrafia proximal, colgajo de piel compuesto y logran cerrar el defecto. Estamos pendientes de próxima intervención quirúrgica. Valorada nuevamente por **ortopedia quienes refieren no requiere más intervenciones por su especialidad y** quedan atentos a llamado en caso de ser necesario. Pendeinte Holter EKG 24 horas y porfobilinógeno en orina. Se explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

-Continua hospitalizada a cargo de Reumatología -Dieta común -Igual manejo médico -**Pendiente porfobilinógeno en**

orina - **Pendiente Holter** EKG 24 horas -Vigilancia de signos vitales -Avisar cambios a cirujano de turno -Gracias

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 07.01.2021

Hora Registro: 09:38:40

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: **TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI**

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. SEGUIMIENTO # 1. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en compañía de la madre, se observa receptiva y colaboradora.

OBJETIVO: Está pendiente el resultado de la escala de recuperación personal y se asignara actividad proyecto para realizar en entorno hospitalario buscando generar sensación de logro y mejorar creencia en las habilidades.

ANALISIS: Se retomara **abordaje con el modelo de la ocupación humana y se continuara usando la actividad proyecto para estructurar y orientar en el manejo del tiempo libre, facilitar descarga de energía, mejorar expresión de emociones, mejorar creencia en las habilidades, mejorar tolerancia a la espera y frustración.** Adicionalmente se observara **generar equilibrio en las rutinas actuales.**

PLAN: Recuerdo objetivos terapéuticos, modalidad de intervención y despejo dudas. Explico y despejo dudas. Se realiza intervención siguiendo las medidas de bioseguridad.

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.01.2021

Hora Registro: 14:20:26

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años Diagnosticos: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis y K. pneumoniae BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) Paraclínicos: -07.01.2021: leucos 6440, N 4340, L 1450, plaquetas 501000, hemoglobina 7.1, BUN 11, creatinina 0.26, PCR 4.42, sodio 139, potasio 3.7, cloro 104. -06.01.2021: BUN 7.4, creatinina 0.26, sodio 140, potasio 4.4, cloro 104 -05.01.2021: leucos 9010, N 6110, L 1870, plaquetas 558000, hemoglobina 7.4, PCR 4 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 -28.12.2020: NA 138.3, K 4.08, CL 99.7, 1.85, FÓSFORO 4.19. -28.12.2020: leucos 12.500, N 9.980, L 1.580, PLAQ 533.000, HB 5.2, HTO 18.1, Cr 0.29, AST 48.6, ALT 67, NA 136.1, K 3.24, PCR 23.16. -23.12.2020: Leucocitos 13650, Hb 6.5, plaquetas: 561 mil, Creatinina 0.3, BUN 12.1, Na: 137, K: 4.4, cloro 1010 -17.12.2020: Leucocito 11 mil, Hb: 7, plaquetas 583 mil, PCR 13.2. Microbiológico: -05.01.2021: hemocultivos negativos hasta la fecha -29.12.2020: Hemocultivos positivos para Proteus mirabilis resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para Proteus mirabilis pansensible y Klebsiella pneumoniae productora decarbapenemasas. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para Staphylococcus capitis. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para C. albicans. - 07.12.21020: Cultivo escara sacra positivo para K. pneumoniae KPC. IMÁGENES: 30.12.2020: RMN Pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral Derrame articular de la cadera derecha ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con antecedente de LES, con compromiso neurológico y neuropsiquiátrico, postrada, desacondicionada, hospitalizada desde septiembre y conocida en el servicio de infectología por úlceras sacras y trocántéricas sobreinfectadas que han requerido manejo Antimicrobiano en múltiples ocasiones. Actualmente la paciente se encuentra en mejores condiciones, afebril, aun con taquicardia. Hemocultivos de control del día de hoy son negativos, sin embargo, preocupa que del 24 de diciembre tiene un Cultivo de trocánter derecho que es positivo para Proteus mirabilis resistente a imipenem y Klebsiella pneumoniae BLEE+ / CarbaNP positiva. Cuenta además con RMN de cadera que muestra signos de osteomielitis en cadera derecha y región sacra y derrame articular en cadera derecha, muy probablemente el foco de infección. Fue entonces valorada por ortopedia y cirugía general quienes la llevaron ayer a nuevo lavado encontrando **úlceras sacras y trocántérica izquierda en buenas condiciones pero úlcera trocánterica derecha con tejido purulento de ligamentos y**

fascias. Las úlceras **trocantericas fueron cerradas en cirugía, la ulcera trocanterica aún con sistema VAC.** Hemocultivos de control van negativos, cultivos de escara sacra con *C. albicans* detectada previamente, probablemente por colonización, no requiere manejo antifúngico. **Por el momento debe continuar igual manejo antibiótico por al menos 6 semanas.** Estamos atentos al caso.

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.01.2021

Hora Registro: 18:21:12

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores eincontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Buen estado general, tolerando vía oral, sin sangrado ni dolor en sitio de retiro de gastrostomía, afebril. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: 07.01.21 FC 144 FR 21 T 36.2 Peso 48 kg TA 107/70 TAM 82 Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con herida cubierta, sin signos de sagrado. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tincl: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES CUBIERTAS CON APOSITO, SIN SIGNOS DE SANGRADO. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 7.1.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 28 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6440 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4340 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1450 Monoc 610 850 810 430 640 540 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 501000 PCR 13.21 4.07 BUN 12.1 11 Cr 0.32 0.29 0.29 0.26 Na 137 136 142 139 K 4.4 3.24 4.0 3.79 P 3.56 Mg 2.1 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28

0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina para estudio de porfiria, se envió la prueba a remisión. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccigeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 10). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocantérica membranas fibrinopurulentas, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocater mayor, membranas fibrinopurulentas. Se realizó nuevo lavado el día 06.01.21 con secuestrectomía y debridamiento de ambas úlceras trocantéricas, con colocación de colgajo en región izquierda. Valorado por infectología quienes consideran ante persistencia de pus encontrado en lavado continuar con manejo antibiótico hasta reporte de cultivos. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Tolerancia vía oral, fonología y nutrición encuentran deglución normal. **Se realizó retiro de gastrostomía sin signos de sangrado ni infección en el momento.** - Anemia que ha sido fluctuante, reciente transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos, ahora estable. Sin sangrados. - Persistencia taquicardia con salvas, está pendiente Holter 24h.

- Pendiente cultivos de lavado quirúrgico de región sacra 06.01.221 - Pendiente: Holter EKG - En proceso: porfobilinógeno en orina 24 h (enviado 4.1.21, resultado 9.1.21) - Ceftazidima/Avibactam + Metronidazol FI 28.12.2020 (DIA 10)

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 08.01.2021

Hora Registro: 09:38:31

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. SEGUIMIENTO # 2. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en compañía de la madre, se observa somnolienta y refiere que paso mala noche.

OBJETIVO: Se retoma resultado de la escala de recuperación personal con un puntaje total de: 86, un puntaje ajustado de: 21,5 y mayor compromiso en roles.

ANALISIS: Se retoma abordaje con el modelo de la ocupación humana, usando la actividad proyecto para estructurar y orientar en el manejo del tiempo libre, facilitar descarga de energía, mejorar expresión de emociones, mejorar creencia en las habilidades, mejorar tolerancia a la espera y frustración; además se hará énfasis en el subsistema de habituación.

PLAN: Recuerdo objetivos terapéuticos, modalidad de intervención y despejo dudas. Explico y despejo dudas. Se realiza abordaje siguiendo las medidas de bioseguridad.

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.01.2021
 Hora Registro: 12:45:14
 Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA
 Especialidad: CIRUGIA GENERAL
 Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocántera izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Antibióticos: - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020- 23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) Subjetivo: Paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales, modulando adecuadamente el dolor. Tolerancia la vía oral, niega náuseas o emesis. Diuresis y deposiciones presentes sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en regulares condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma, postración crónica. Sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 08.01.2021 08:00:00 37,00 155,00 20,00 106,00 65,00 78,67 96,00 08.01.2021 04:00:00 37,00 124,00 22,00 98,00 64,00 75,33 98,00 08.01.2021 00:00:25 35,90 116,00 21,00 96,00 56,00 69,33 96,00 07.01.2021 20:00:00 37,20 130,00 23,00 103,00 66,00 78,33 95,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocántica izquierda y sacra con sistema VAC con buen sello. Escara trocántica derecha con espuma y VAC con buen sello. VAC funcional con abundantes detritos. Extremidades: Hipotroficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -07.01.2021: leucos 6440, N 4340, L 1450, plaquetas 501000, hemoglobina 7.1, BUN 11, creatinina 0.26, PCR 4.42, sodio 139, potasio 3.7, cloro 104. -06.01.2021: PT 13.8, PTT 46.7, INR 1.21, BUN 7.4, Creatinina 0.26, Sodio 140.5, Potasio 4.4, Cloro 104.6 -05.01.2021: Hb 7.4, HTO 26.5, PLT 558, Leu 9.01, N 6.11, L 1.87, PCR 4.07 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 Microbiológico: -06.01.2021: Cultivo trocánter derecho en proceso. Gram hueso trocánter derecho: No se observan bacterias en la preparación, no se observan células epiteliales en la preparación, se observan ocasionales células epiteliales en la preparación. -29.12.2020: Hemocultivos positivos para Proteus mirabilis resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para Proteus mirabilis pansensible y Klebsiella pneumoniae productora de carbapenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para Staphylococcus capitis. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para C. albicans. -07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para K. pneumoniae KPC. IMÁGENES: 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocánticas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo. Procedimientos: -06.01.2021: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO VAC HALLAZGOS: úlceras de presión trocánticas bilateral exposición ósea ambos trocánteres de aprox 10 cm bilateral lado derecho compromiso articular. Úlcera sacra de aprox 12 cm tejido granulación limpia. PROCEDIMIENTO: posición decúbito prono. Asepsia con iodados. Se realiza lavado secuestrectomía desbridamiento de escaras, lado derecho se realiza lavado de tejidos profundos se toma cultivo de trocánter derecho. Se realiza ligamentorrafia proximal izquierda, se realiza colgajo de piel compuesto local, se logra cierre completo de piel. Lado derecho se realiza colgajo de piel compuesto, dejan puntos de afrontamiento se logra cubrir todo el defecto. La escara sacra queda a cargo de cirugía general quien realiza cambio de sistema VAC procedimientos sin complicaciones pendiente cultivos óseos. -02.01.2021: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: Úlcera por presión a nivel sacro de 12x12 cm con tejido de granulación sin sobreinfección macroscópica, Úlcera trocántica izquierda de 15x5 cm con 4 cm de profundidad, hay exposición de fascia lata y capsula articular trocántica membranas fibrinopurulentas a nivel del borde superior con tejido hipoperfundido subcutáneo, úlcera en región trocántica derecha de 6x6 cm diámetro con 5 cm de profundidad exposición de trocánter mayor, membranas fibrinopurulentas sobre tejido celular subcutáneo y abundante tejido de granulación en el fondo. Sistema de presión negativo con espuma gris y apósito AMD. Sarcopenia global. Asepsia y antisepsia, campos quirúrgicos, retiro de sistema VAC previo en las 3 escaras, hallazgos, lavado con 1000cc de salina en cada uno, desbridamiento con electrobisturí de membranas fibrinopurulentas y tejido desvitalizado, hemostasia, se

confecciona con ayuda de sistema VAC talla L en paralelo y un solo sensatrack espuma en cada uno quedando hermetico. Se deja presion de 100mmHg. No complicaciones, no sangrados. No toma de muestras. -29.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: Pendiente descripción quirúrgica -23.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm , piel alrededor sana ulcera trocanter izquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, tejido de granulación pálido cerca a articulación, muy escaso muscular , profundidad aprox 15 x 6 cm ulcera trocanterica derecha con necrosis de fascia lata , grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. En el lavado del 23.12.20 se encuentra úlcera sacra con tejido de granulación bien perfundido, no necrosis, tamaño aprox 10 x 12 cm , piel alrededor sana ulcera trocanterizquierdo de aprox 6 cm en piel con profundidad hasta fascia lata sin exposición de articulación, ulcera trocanterica derecha con necrosis de fascia lata, grasa periarticular, exposición de la misma, tejido pálido de granulación profundidad igualmente aprox 15 x 6 cm, se interconsulta a ortopedia (de turno Dr Martinez) quienes indican continuar lavados, no cambios en manejo o desbridamiento. Se envía cultivo de tejido curetaje en úlcera trocanterica izquierda y se obtuvo crecimiento abundante de *Proteus mirabilis* pansensible y escaso crecimiento de *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. Curso con hipokalemia leve y anemia de 5.2 con requerimiento transfusional. El 02.01.2021 se encuentra sistema VAC despegado, con escasa producción, por lo que fue llevada a lavado + desbridamiento + cambio de VAC, donde encuentran ulcera sacra con tejido de granulación sin sobre infección, ulcera trocantérica izquierda con capsula articular trocanterica con membranas fibropurulentas a nivel del borde superior con tejido hipoperfundido, ulcera trocantérica derecha con membranas fibropurulentas sobre tejido subcutaneo y abundante tejido de granulación al fondo, proceden a lavar con 1000 cc cada escara y posteriormente debridar con electrobisturí las membranas fibrinopurulentas y tejido desvitalizado y dejan sistema VAC a presión de 100 mmHg. Valorada por cirugía plástica quienes consideran que por el momento no es candidata para manejo reconstructivo con colgajos porque tiene alta probabilidad de fracaso o complicaciones mayores, por ahora requiere mejoría de su estado nutricional y control de infecciones antes de definir la viabilidad de un manejo reconstructivo. En el momento paciente clínicamente estable, afebril, sin dolor, taquicardica. Se encuentra recibiendo manejo antibiótico con Ceftazidima/ Avibactam + Metronidazol, hoy día 11 efectivo. Sistema VAC funcional drenando menos de 100 cc en las ultimas 24 horas. el 06.01.2021 último lavado + desbridamiento + cambio de VAC, realizan lavado, secuestrectomia y desbridamiento de escaras, en lado derecho se toman cultivos de trocanter. Lado izquierdo realizan ligamentorrafia proximal, colgajo de piel compuesto y logran cerrar el defecto. Estamos pendientes de proxima intervencion quirúrgica. Valorada nuevamente por ortopedia quienes refieren no requiere más intervenciones por su especialidad y quedan atentos a llamado en caso de ser necesario. Pendeinte resultado Holter EKG 24 horas y aun pendiente porfobilinógeno en orina. Se explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

-Continua hospitalizada a cargo de Reumatología -Dieta común -Igual manejo médico -Pendiente porfobilinógeno en orina -Pendiente Holter EKG 24 horas -Vigilancia de signos vitales -se programa cambio de vac para el martes 12/01/21

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.01.2021

Hora Registro: 16:58:06

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus.

Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folicio tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Tolerando vía oral, leve dolor, afebril, sin acompañante durante evaluación. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Signos vitales: FC 140 FR 18 TA 90/60 TAM 70 SO2 98% PESO 48 KG Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 6.1.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 Monoc 610 850 810 430 640 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. PCR 13.21 4.07 BUN 12.1 Cr 0.32 0.29 0.29 Na 137 136 142 K 4.4 3.24 4.0 P 3.56 Mg 2.1 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: *Proteus mirabilis*. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*.

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina para estudio de porfiria, se envió la prueba a remisión. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por *proteus*, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocantérica membranas fibrinopurulenta, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocater mayor, membranas fibrinopurulenta. **Sarcopenia global.** Con **osteomielitis confirmada mediante resonancia**, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, se encuentra **en seguimiento por ortopenia y cirugía plastica para control de escara sacra y trocantérica derecha**. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Tolera vía oral,

fonaudología y nutrición encuentran deglución normal. - Anemia que ha sido fluctuante, reciente transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos, ahora estable. Sin sangrados.

- **Rehabilitación física** - **Pendiente: Holter** EKG - **En proceso: porfobilinógeno** en orina 24 h (enviado 4.1.21, resultado 9.1.21) - Ceftazidima/Avibactam + Metronidazol FI 28.12.2020 (DÍA 9/42) - Seguimiento por ortopedia

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.01.2021

Hora Registro: 19:26:50

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGÍA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años Diagnosticos: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis y K. pneumoniae BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – 05.12.2021) Paraclínicos: -07.01.2021: leucos 6440, N 4340, L 1450, plaquetas 501000, hemoglobina 7.1, BUN 11, creatinina 0.26, PCR 4.42, sodio 139, potasio 3.7, cloro 104. -06.01.2021: BUN 7.4, creatinina 0.26, sodio 140, potasio 4.4, cloro 104 -05.01.2021: leucos 9010, N 6110, L 1870, plaquetas 558000, hemoglobina 7.4, PCR 4 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrofilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 -28.12.2020: NA 138.3, K 4.08, CL 99.7, 1.85, FÓSFORO 4.19. -28.12.2020: leucos 12.500, N 9.980, L 1.580, PLAQ 533.000, HB 5.2, HTO 18.1, Cr 0.29, AST 48.6, ALT 67, NA 136.1, K 3.24, PCR 23.16. -23.12.2020: Leucocitos 13650, Hb 6.5, plaquetas: 561 mil, Creatinina 0.3, BUN 12.1, Na: 137, K: 4.4, cloro 1010 -17.12.2020: Leucocito 11 mil, Hb: 7, plaquetas 583 mil, PCR 13.2. Microbiológico: -08.01.2021: Cultivos de hueso creciendo E. faecalis, pendiente antibiograma -05.01.2021: hemocultivos negativos hasta la fecha -29.12.2020: Hemocultivos positivos para Proteus mirabilis resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para Proteus mirabilis pansensible y Klebsiella pneumoniae productora decarbapenemasas. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para Staphylococcus capitis. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para C. albicans. - 07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para K. pneumoniae KPC. IMÁGENES: 30.12.2020: RMN Pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral Derrame articular de la cadera derecha ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con antecedente de LES, con compromiso neurológico y neuropsiquiátrico, postrada, desacondicionada, hospitalizada desde septiembre y conocida en el servicio de infectología por úlceras sacras y trocántéricas sobreinfectadas que han requerido manejo antimicrobiano en múltiples ocasiones. Actualmente la paciente se encuentra en mejores condiciones, afebril, aun con taquicardia. Preocupa que del 24 de diciembre tiene un cultivo de trocánter derecho que es positivo para Proteus mirabilis resistente a imipenem y Klebsiella pneumoniae BLEE+ / CarbaNP positiva. Cuenta además con RMN de cadera que muestra signos de osteomielitis en cadera derecha y región sacra y derrame articular en cadera derecha, muy probablemente el foco de infección. Fue entonces valorada por ortopedia y cirugía general quienes la llevaron a nuevo lavado encontrando úlceras sacras y trocánterica izquierda en buenas condiciones pero úlcera trocánterica derecha con tejido purulento de ligamentos y fascias. Las úlceras trocántéricas fueron cerradas en cirugía, la úlcera sacra aún con sistema VAC. Hemocultivos de control van negativos, cultivos de escara sacra con C. albicans detectada previamente, probablemente por colonización, no requiere manejo antifúngico. Sin embargo, con **crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso**, habitualmente es sensible a la ampicilina, por lo que continuamos una pauta adicional a la ceftazidima con sulтамиллина oral. **Re-evaluaremos el próximo 12 de Enero ante cualquier eventualidad**, informar al infectólogo de turno. Continúa a cargo de su médico tratante.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.01.2021

Hora Registro: 11:18:16

Responsable: JIMENEZ RAMIREZ, WILLIAM ANDRES

Especialidad: CIRUGÍA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocánterea izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Antibióticos: - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) Subjetivo: Paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales, modulando adecuadamente el dolor. Tolerancia la vía oral, niega náuseas o emesis. Diuresis y deposiciones presentes sin alteraciones.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en regulares condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma, postración crónica. Sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 09.01.2021 08:00:55 37,30 160,00 18,00 93,00 62,00 72,33 95,00 09.01.2021 04:00:00 35,40 145,00 20,00 93,00 62,00 72,33 92,00 09.01.2021 00:00:47 36,50 135,00 20,00 99,00 65,00 76,33 97,00 08.01.2021 20:00:00 37,60 142,00 20,00 105,00 66,00 79,00 97,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocánterea izquierda y sacra con sistema VAC con buen sello. Escara trocánterea derecha con espuma y VAC con buen sello. VAC funcional con abundantes detritos. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -07.01.2021: leucos 6440, N 4340, L 1450, plaquetas 501000, hemoglobina 7.1, BUN 11, creatinina 0.26, PCR 4.42, sodio 139, potasio 3.7, cloro 104. -06.01.2021: PT 13.8, PTT 46.7, INR 1.21, BUN 7.4, Creatinina 0.26, Sodio 140.5, Potasio 4.4, Cloro 104.6 -05.01.2021: Hb 7.4, HTO 26.5, PLT 558, Leu 9.01, N 6.11, L 1.87, PCR 4.07 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 Microbiológico: -06.01.2021: Cultivo trocánter derecho en proceso. Gram hueso trocánter derecho: No se observan bacterias en la preparación, no se observan células epiteliales en la preparación, se observan ocasionales células epiteliales en la preparación. -29.12.2020: Hemocultivos positivos para *Proteus mirabilis* resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. -07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. IMÁGENES: 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo. Procedimientos: -06.01.2021: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO VAC HALLAZGOS: úlceras de presión trocántéricas bilateral exposición ósea ambos trocánteres de aprox 10 cm bilateral lado derecho compromiso articular. Úlcera sacra de aprox 12 cm tejido granulación limpia. PROCEDIMIENTO: posición decúbito prono. Asepsia con iodados. Se realiza lavado secuestrectomía desbridamiento de escaras, lado derecho se realiza lavado de tejidos profundos se toma cultivo de trocánter derecho. Se realiza ligamentorrafia proximal izquierda, se realiza colgajo de piel compuesto local, se logra cierre completo de piel. Lado derecho se realiza colgajo de piel compuesto, dejan puntos de afrontamiento se logra cubrir todo el defecto. La escara sacra queda a cargo de cirugía general quien realiza cambio de sistema VAC procedimientos sin complicaciones pendiente cultivos óseos. -02.01.2021: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: Úlcera por presión a nivel sacro de 12x12 cm con tejido de granulación sin sobreinfección macroscópica, Úlcera trocánterica izquierda de 15x5 cm con 4 cm de profundidad, hay exposición de fascia lata y capsula articular trocánterica membranas fibrinopurulentas a nivel del borde superior con tejido hipoperfundido subcutáneo, úlcera en región trocánterica derecha de 6x6 diámetro con 5 cm de profundidad exposición de trocánter mayor, membranas fibrinopurulentas sobre tejido celular subcutáneo y abundante tejido de granulación en el fondo. Sistema de presión negativo con espuma gris y apósito AMD. Sarcopenia global. Asepsia y antisepsia, campos quirúrgicos, retiro de sistema VAC previo en las 3 escaras, hallazgos, lavado con 1000cc de salina en cada uno, desbridamiento con electrobisturí de membranas fibrinopurulentas y tejido desvitalizado, hemostasia, se confecciona con ayuda de sistema VAC talla L en paralelo y un solo sensatrack espuma en cada uno quedando hermetico. Se deja presión de 100mmHg. No complicaciones, no sangrados. No toma de muestras. -29.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC -23.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por

nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. Valorada por cirugía plástica quienes consideran que por el momento no es candidata para manejo reconstructivo con colgajos porque tiene alta probabilidad de fracaso o complicaciones mayores, por ahora requiere mejoría de su estado nutricional y control de infecciones antes de definir la viabilidad de un manejo reconstructivo. En el momento paciente clínicamente estable, afebril, sin dolor, taquicárdica. Sistema VAC funcional drenando menos de 120 cc en las últimas 24 horas. el 06.01.2021 último lavado + desbridamiento + cambio de VAC, realizan lavado, secuestrectomía y desbridamiento de escaras, en lado derecho se toman cultivos de trocater. Se encontraba recibiendo manejo antibiótico con Ceftazidima/ Avibactam + Metronidazol, sin embargo ayer se cambia pauta antibiotica a Ceftazidima/ Avibactam + sulamnicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Estamos pendientes de próxima intervención quirúrgica el 12.01.21. Valorada nuevamente por ortopedia quienes refieren no requiere más intervenciones por su especialidad y quedan atentos a llamado en caso de ser necesario. Se explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

- **Continúa hospitalizada a cargo de Reumatología** - Dieta común - Igual manejo médico - Vigilancia de signos vitales - se programa cambio de vac para el martes 12/01/21 - se solicita hemograma y pcr, electrolitos

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.01.2021

Hora Registro: 11:47:54

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Leve dolor en región de úlcera sacra, afebril, tolerando vía oral, sin disnea. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA 93/62 FC 145 FR 20 T 37.6 Peso 48 kg Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONANDO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 6.1.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 Monoc 610 850 810 430 640 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. PCR 13.21 4.07 BUN 12.1

Cr 0.32 0.29 0.29 Na 137 136 142 K 4.4 3.24 4.0 P 3.56 Mg 2.1 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina para estudio de porfiria, se envió la prueba a remisión. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Úlcera sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocantérica membranas fibrinopurulenta, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocanter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Nuevo lavado quirúrgico el día 12.01.21. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Tolerancia vía oral, fonología y nutrición encuentran deglución normal. - Sin nuevos paraclínicos desde el día 07.01.21, es solicita control para mañana. **Se retiró el holter de 24 horas el día de ayer, se encuentra pendiente resultado.**

- Rehabilitación física - Pendiente reporte Holter EKG - En proceso: porfobilinógeno en orina 24 h (enviado 4.1.21, resultado 9.1.21) - Ceftazidima/Avibactam FI 28.12.2020 (DIA 10/42) - Sultamicilina FI 08.01.21 (DIA 1/42) - Seguimiento por cirugía general

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.01.2021

Hora Registro: 10:40:21

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL- EVOLUCION Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos:

1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Antibióticos: - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020- 23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – ACTIVO) Subjetivo: Paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales, modulando adecuadamente el dolor. Tolerancia la vía oral,

niega nauseas o emesis. Diuresis y deposiciones presentes de características habituales.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en regulares condiciones generales, no álgica, crónicamente enferma, postración crónica. Sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 10.01.2021 08:46:12 35,90 154,00 21,00 104,00 65,00 78,00 96,00 10.01.2021 04:00:00 36,00 133,00 20,00 110,00 60,00 76,67 98,00 10.01.2021 00:46:43 36,00 142,00 20,00 105,00 62,00 76,33 97,00 09.01.2021 20:00:00 35,60 122,00 20,00 118,00 63,00 81,33 91,00 Cabeza y cuello: Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen y pelvis: Gastrostomía funcional, sin signos inflamatorios Blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Escara trocántérica izquierda y sacra con sistema VAC con buen sello. Escara trocántérica derecha con espuma y VAC con buen sello. VAC funcional con abundantes detritos. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -09.01.2021: cloro:103.6 PCR: 7.67 -07.01.2021: leucos 6440, N 4340, L 1450, plaquetas 501000, hemoglobina 7.1, BUN 11, creatinina 0.26, PCR 4.42, sodio 139, potasio 3.7, cloro 104. -06.01.2021: PT 13.8, PTT 46.7, INR 1.21, BUN 7.4, Creatinina 0.26, Sodio 140.5, Potasio 4.4, Cloro 104.6 -05.01.2021: Hb 7.4, HTO 26.5, PLT 558, Leu 9.01, N 6.11, L 1.87, PCR 4.07 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 Microbiológico: -06.01.2021: Cultivo trocánter derecho en proceso. Gram hueso trocánter derecho: No se observan bacterias en la preparación, no se observan células epiteliales en la preparación, se observan ocasionales células epiteliales en la preparación. -29.12.2020: Hemocultivos positivos para *Proteus mirabilis* resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora decarbapenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. -07.12.21020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. IMÁGENES: 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo. Procedimientos: -06.01.2021: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO VAC HALLAZGOS: úlceras de presión trocántéricas bilateral exposición ósea ambos trocánteres de aprox 10 cm bilateral lado derecho compromiso articular. Úlcera sacra de aprox 12 cm tejido granulación limpia. PROCEDIMIENTO: posición decúbito prono. Asepsia con iodados. Se realiza lavado secuestrectomía desbridamiento de escaras, lado derecho se realiza lavado de tejidos profundos se toma cultivo de trocánter derecho. Se realiza ligamentorrafia proximal izquierda, se realiza colgajo de piel compuesto local, se logra cierre completo de piel. Lado derecho se realiza colgajo de piel compuesto, dejan puntos de afrontamiento se logra cubrir todo el defecto. La escara sacra queda a cargo de cirugía general quien realiza cambio de sistema VAC procedimientos sin complicaciones pendiente cultivos óseos. -02.01.2021: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC: Úlcera por presión a nivel sacro de 12x12 cm con tejido de granulación sin sobreinfección macroscópica, Úlcera trocánterica izquierda de 15x5 cm con 4 cm de profundidad, hay exposición de fascia lata y capsula articular trocánterica membranas fibrinopurulentas a nivel del borde superior con tejido hipoperfundido subcutáneo, úlcera en región trocánterica derecha de 6x6 diámetro con 5 cm de profundidad exposición de trocánter mayor, membranas fibrinopurulentas sobre tejido celular subcutáneo y abundante tejido de granulación en el fondo. Sistema de presión negativo con espuma gris y apósito AMD. Sarcopenia global. Asepsia y antisepsia, campos quirúrgicos, retiro de sistema VAC previo en las 3 escaras, hallazgos, lavado con 1000cc de salina en cada uno, desbridamiento con electrobisturí de membranas fibrinopurulentas y tejido desvitalizado, hemostasia, se confecciona con ayuda de sistema VAC talla L en paralelo y un solo sensatrack espuma en cada uno quedando hermetico. Se deja presión de 100mmHg. No complicaciones, no sangrados. No toma de muestras. -29.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC -23.12.2020: LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE VAC

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocánterica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. Valorada por cirugía plástica quienes consideran que por el momento no es candidata para manejo reconstructivo con colgajos porque tiene alta probabilidad de fracaso o complicaciones mayores, por ahora requiere mejoría de su estado nutricional y control de infecciones antes de definir la viabilidad de un manejo reconstructivo. En el momento paciente clínicamente estable, afebril, sin dolor, taquicárdica. Sistema VAC funcional drenando menos de 120 cc en las últimas 24 horas. el 06.01.2021 último lavado + desbridamiento + cambio de VAC, realizan lavado, secuestrectomía y desbridamiento de escaras, en lado derecho se toman cultivos de trocánter. Se encontraba recibiendo manejo antibiótico con Ceftazidima/ Avibactam + Metronidazol, sin embargo se cambia pauta antibiótica a Ceftazidima/ Avibactam + sulтамиллина ante crecimiento de *E. faecalis* en nuevo cultivo de hueso. Valorada nuevamente por ortopedia quienes refieren no requiere más intervenciones por su especialidad. **Estamos pendientes de próxima intervención quirúrgica que se solicitará para el martes 12.01.2021.** Se explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

-Continua hospitalizada a cargo de Reumatología -Dieta común -Igual manejo médico -Vigilancia de signos vitales -se solicitará cambio de VAC para el martes 12/01/2021

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.01.2021

Hora Registro: 16:03:25

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Ayer presento leve cefalea y sensacion de parestesias en manos, actualmente asintomatica. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA 104/64 TAM 78 FC 154 FR 21 Peso 48 T 35.9 Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 Na 137 136 142 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 P 3.56 Mg 2.1 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para Proteus

mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina para estudio de porfiria, se envió la prueba a remisión. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocántero, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocánterica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocánterica membranas fibrinopurulenta, trocánterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocánter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semanas, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Nuevo lavado quirúrgico el día 12.01.21. Pendiente inicio de sultamicilina indicado por infectología. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Tolera vía oral, fonología y nutrición encuentran deglución normal. - Paraclínicos con leucocitos dentro de rango normal, anemia estable comparada con controles previos. Pendiente reporte de holter de 24 horas encuentra pendiente resultado.

- Rehabilitación física - Pendiente reporte Holter EKG - En proceso: porfobilinógeno en orina 24 h (enviado 4.1.21, resultado 9.1.21) - Ceftazidima/Avibactam FI 28.12.2020 (DIA 11/42) - PENDIENTE INICIO DE SULTAMICILINA SEGUN CONCEPTO DE INFECTOLOGÍA - Seguimiento por cirugía general

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.01.2021

Hora Registro: 08:33:53

Responsable: OCAMPO PIRAQUIVE, VANESSA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico.

Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: En compañía de familiar, asintomática, buen patrón del sueño, niega dolor o fiebre *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 35 FC 122 FR 20 Peso 48 kg TA 98/71 TAM 80 SaO2 97% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 Na 137 136 142 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 P 3.56 Mg 2.1 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina para estudio de porfiria, se envió la prueba a remisión. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccigeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocaterico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocaterica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposicion de fascia lata y capsula articular trocaterica membranas fibrinopurulenta, trocaterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposicion de trocater mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. **Nuevo lavado quirúrgico el día mañana 12.01.21.** Pendiente inicio de sultamicilina indicado por infectología. **No ha presentado respuesta inflamatoria sistémica, afebril.** Continúa con sistema VAC en escara sacra, con drenaje de líquido cetrino, no purulento. Se solicita control paraclínico para mañana. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Tolera vía oral,

fonaudologia y nutricion encuentran deglucion normal. - **Pendiente reporte de holter** de 24 horas

- **Rehabilitación física** - Pendiente reporte Holter EKG - **En proceso: porfobilinógeno** en orina 24 h (enviado 4.1.21, resultado 9.1.21) - Ceftazidima/Avibactam FI 28.12.2020 (DÍA 11/42) - **PENDIENTE INICIO DE SULTAMICILINA** SEGUN CONCEPTO DE INFECTOLOGÍA - **Mañana nuevo lavado quirúrgico de escara trocantérica izquierda** - Se solicitan paraclínicos para mañana

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.01.2021

Hora Registro: 13:11:50

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGÍA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folicio tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: En compañía de familiar, asintomática, buen patrón del sueño, niega dolor o fiebre *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 35 FC 122 FR 20 Peso 48 kg TA 98/71 TAM 80 SaO2 97% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 Na 137 136 142 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 P 3.56 Mg 2.1 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT

23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina para estudio de porfiria, se envió la prueba a remisión. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccigeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocantérica membranas fibrinopurulenta, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocater mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Nuevo lavado quirúrgico el día mañana 12.01.21. Pendiente inicio de sultamicilina indicado por infectología. No ha presentado respuesta inflamatoria sistémica, afebril. Continúa con sistema VAC en ulceras sacra, con drenaje de líquido cetrino, no purulento. Se solicita control paraclínico para mañana. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Tolera vía oral, fonología y nutrición encuentran deglución normal. - Pendiente reporte de holter de 24 horas

- Rehabilitación física - Pendiente reporte Holter EKG - En proceso: porfobilinógeno en orina 24 h (enviado 4.1.21, resultado 9.1.21) - Ceftazidima/Avibactam FI 28.12.2020 (DIA 11/42) - PENDIENTE INICIO DE SULTAMICILINA SEGUN CONCEPTO DE INFECTOLOGÍA - Mañana nuevo lavado quirúrgico de escara trocantérica izquierda - Se solicitan paraclínicos para mañana

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.01.2021

Hora Registro: 09:04:24

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL- EVOLUCION Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos:

1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Antibióticos: - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020- 23.10.2020) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Metronidazol (28.12.2020 – 05.01.2021) Subjetivo: Paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales, modula adecuadamente el dolor. Tolera la vía oral, niega náuseas o emesis. Diuresis y deposiciones presentes de características habituales.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Encuentro la paciente en cama, en compañía de la madre, en aceptables condiciones generales, luce crónicamente enferma, no álgica. Sin signos de dificultad respiratoria ni soporte

de oxígeno, hidratada y afebril al tacto. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 12.01.2021 04:00:00 36,20 97,00 18,00 105,00 79,00 87,67 98,00 12.01.2021 00:02:00 36,50 110,00 18,00 100,00 73,00 82,00 98,0 11.01.2021 20:00:00 35,90 125,00 18,00 91,00 60,00 70,33 97,00 11.01.2021 16:00:00 36,20 134,00 20,00 100,00 70,00 80,00 95,00 11.01.2021 12:00:00 35,40 143,00 20,00 98,00 69,00 78,67 98,00 11.01.2021 08:00:00 36,00 66,00 19,00 112,00 78,00 89,33 98,00 11.01.2021 04:00:00 35,00 122,00 20,00 98,00 71,00 80,00 97,00 11.01.2021 00:00:01 36,00 127,00 20,00 93,00 58,00 69,67 99,00 Cabeza y cuello: Normocefa, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Abdomen: Heridas quirúrgicas sin signos inflamatorios. Abdomen plano, blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas. Escara trocantérica izquierda y sacra con sistema VAC con buen sello. Escara trocantérica derecha con espuma y VAC con buen sello. VAC funcional con abundantes detritos. SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -12.01.2021 Cr 0.27, Hcto 30%, Hb 8.6, LEU 5560, N 68%, PLT 452000. Mg 1.96, BUN 7.5, K 3.65, NA 139 -10.01.2021 Cr 0.25, Cl 103, BUN 8.5, K 3.7, PCR 7.67, Na 139. Hcto 24%, Hb 7.1, LEU 6.880, N 71%, PLT 468.000. -09.01.2021: cloro:103.6 PCR: 7.67 -07.01.2021: leucos 6440, N 4340, L 1450, plaquetas 501000, hemoglobina 7.1, BUN 11, creatinina 0.26, PCR 4.42, sodio 139, potasio 3.7, cloro 104. -06.01.2021: PT 13.8, PTT 46.7, INR 1.21, BUN 7.4, Creatinina 0.26, Sodio 140.5, Potasio 4.4, Cloro 104.6 -05.01.2021: Hb 7.4, HTO 26.5, PLT 558, Leu 9.01, N 6.11, L 1.87, PCR 4.07 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 Microbiológico: -06.01.2021: Cultivo trocánter derecho en proceso. Gram hueso trocánter derecho: No se observan bacterias en la preparación, no se observan células epiteliales en la preparación, se observan ocasionales células epiteliales en la preparación. -29.12.2020: Hemocultivos positivos para *Proteus mirabilis* resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. -07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. IMÁGENES: 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocantéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. Valorada por cirugía plástica quienes consideran que por el momento no es candidata para manejo reconstructivo con colgajos porque tiene alta probabilidad de fracaso o complicaciones mayores, por ahora requiere mejoría de su estado nutricional y control de infecciones antes de definir la viabilidad de un manejo reconstructivo. Fue valorada también por ortopedia quienes refieren que no requiere más intervenciones por su especialidad. En el momento encontramos a la paciente clínicamente estable, afebril, taquicárdica, sin dolor. Sistema VAC funcional, drenando menos de 30 cc en las últimas 24 horas. Actualmente recibe Ceftazidima/ Avibactam, pendiente inicial de sulfamida ante crecimiento de *E. faecalis* en nuevo cultivo de hueso. Paraclínicos de control sin leucocitosis, mejoría de trombocitosis y ionograma normal. El día de hoy está programada para nuevo lavado + desbridamiento + posible cambio de VAC. Se explica a la madre quien refiere entender y aceptar.

-Continúa hospitalizada a cargo de Reumatología -Nada vía oral previo a la cirugía -Igual manejo médico -Vigilancia de signos vitales -Cambio de VAC hoy

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.01.2021

Hora Registro: 11:11:08

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGÍA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ - CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presentó dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla,

no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 °C, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis*, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con *Proteus*. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de familiar, con adecuado control del dolor, afebril, sin embargo refiere regular patrón del sueño, con diaforesis nocturna, sin escalofríos y fiebre. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 35.9 FC 113 FR 19 Peso 48 kg TA 97/58 TAM 71 SaO2 99% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONANDO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac láctico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: *Proteus mirabilis*. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*.

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina para estudio de porfiria, se envió la prueba a remisión. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de

neumonía aspirativa. En escara sacra *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por *proteus*, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocanterica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposicion de fascia lata y capsula articular trocanterica membranas fibrinopurulenta, trocanterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposicion de trocanter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de *E. faecalis* en nuevo cultivo de hueso. Nuevo lavado quirúrgico el día hoy 12.01.21. Pendiente inicio de sultamicilina indicado por infectología. No ha presentado respuesta inflamatoria sistémica, afebril. Continua con sistema VAC en ulcera sacra, con drenaje de líquido cetrino, no purulento. Paraclínicos control de hoy sin leucocitosis, ni neutrofilia, **función renal conservada**, electrolitos normales. Refiere pobre patrón de sueño ayer, con diaforesis, sin signos de respuesta inflamatoria. **Se solicita valoración por psiquiatría para ajuste de medicación ansiolítica**. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Tolerancia vía oral, fonología y nutrición encuentran deglución normal. - Pendiente reporte de holter de 24 horas

- Rehabilitación física - Pendiente reporte Holter EKG - En proceso: porfobilinógeno en orina 24 h (enviado 4.1.21, resultado 9.1.21) - Ceftazidima/Avibactam FI 28.12.2020 (DIA 12/42) - Sultamicilina FI 11/01/21 (día 1/42) - Hoy nuevo lavado quirúrgico de escara trocantérica izquierda

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.01.2021

Hora Registro: 13:31:52

Responsable: MUÑOZ ANDUQUÍA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: **PSIQUIATRÍA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRÍA Luisa Isaza 20 años Paciente que se encuentra hospitalizada con los siguientes diagnósticos de trabajo anotados en la historia clínica: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérea izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Medicación por Psiquiatría: - Sertralina 100mg en la mañana (aumento 14 dic 2020) - Lorazepam 2mg en la noche - Clozapina 100mg en la noche Se responde nueva interconsulta solicitada por insomnio Paciente quien había sido valorada previamente por la especialidad durante la actual hospitalización en relación a síndrome catatónico. Esta en compañía de su madre, **refiere que desde hace 4 días no logra conciliar el sueño antes de la 1am y que se despierta a las 9am**, menciona que **ha estado tranquila durante el día**, además refiere que **los medicamentos se los dan a las 10 pm**, **actualmente la paciente está tranquila, sin episodios de ansiedad, agresividad o autoagresión**.

Encuentro paciente en su habitación en compañía de su madre. Establece contacto visual espontáneo, colabora con la entrevista, actitud pueril. Afecto: modulado, de fondo ansioso. Lenguaje: volumen de voz sin alteraciones. Nomina, repite, comprende. Pensamiento: Coherente, disminución de la producción ideoverbal, no ideas de muerte, auto o heteroagresión. Temor intenso a quedarse sola. Preocupación por síntomas dolorosos. No identifico delirios. Sensopercepción: no alucinaciones o ilusiones. Sensorio: Alerta, orientada, sin fallas evidentes en la memoria. Introspección: pobre conciencia de enfermedad. Prospección: incierta. Juicio y raciocinio: debilitados por la patología de base.

Paciente con **neurolupus**, quien está **con hospitalización prolongada por su condición de base**, en **seguimiento por psiquiatría en relación a síntomas de ansiedad y agresividad**, durante los **últimos 4 días con desplazamiento de ciclo de sueño que se sospecha tiene relación con administración de medicamentos a las 10pm**, **se decide dar medicamentos a las 6pm y se evaluará respuesta el día de mañana**.

Continuar el manejo farmacológico pero dar medicamentos de la noche a las 6pm*** - Sertralina 100mg en la mañana (aumento 14 dic 2020) - Lorazepam 2mg en la noche (6pm) - Clozapina 100mg en la noche (6pm) Se solicita autorización para 20 sesiones de Terapia Ocupacional en salud mental. Seguimiento a solicitud del servicio tratante.

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.01.2021

Hora Registro: 14:54:17

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGÍA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años Diagnósticos: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. --

Bacteriemia por *Proteus mirabilis* y *K. pneumoniae* BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Metronidazol (28.12.2020 – 05.12.2021) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Sultamicilina 08.01.2021 - ACTIVO)- PARACLÍNICOS: -12.01.2021 LEU 5560, N 68%, PLT 452000. Hcto 30%, Hb 8.6, Mg 1.96, Cr 0.27, BUN 7.5, K 3.65, NA 139, -10.01.2021 Cr 0.25, Cl 103, BUN 8.5, K 3.7, PCR 7.67, Na 139. Hcto 24%, Hb 7.1, LEU 6.880, N 71%, PLT 468.000. -09.01.2021: cloro:103.6 PCR: 7.67 -07.01.2021: leucos 6440, N 4340, L 1450, plaquetas 501000, hemoglobina 7.1, BUN 11, creatinina 0.26, PCR 4.42, sodio 139, potasio 3.7, cloro 104. -06.01.2021: BUN 7.4, creatinina 0.26, sodio 140, potasio 4.4, cloro 104 -05.01.2021: leucos 9010, N 6110, L 1870, plaquetas 558000, hemoglobina 7.4, PCR 4 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrofilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 -28.12.2020: NA 138.3, K 4.08, CL 99.7, 1.85, FÓSFORO 4.19. -28.12.2020: leucos 12.500, N 9.980, L 1.580, PLAQ 533.000, HB 5.2, HTO 18.1, Cr 0.29, AST 48.6, ALT 67, NA 136.1, K 3.24, PCR 23.16. -23.12.2020: Leucocitos 13650, Hb 6.5, plaquetas: 561 mil, Creatinina 0.3, BUN 12.1, Na: 137, K: 4.4, cloro 1010 -17.12.2020: Leucocito 11 mil, Hb: 7, plaquetas 583 mil, PCR 13.2. Microbiológico: -08.01.2021: Cultivos de hueso creciendo *E. faecalis*, pendiente antibiograma -05.01.2021: hemocultivos negativos hasta la fecha -29.12.2020: Hemocultivos positivos para *Proteus mirabilis* resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. - 07.12.21020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. IMÁGENES: 30.12.2020: RMN Pelvis: Escaras trocántericas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral Derrame articular de la cadera derecha ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con antecedente de LES, con compromiso neurológico y neuropsiquiátrico, postrada, desacondicionada; hospitalización prolongada por úlceras sacras y trocántericas sobreinfectadas que han requerido manejo antimicrobiano en múltiples ocasiones. Tiene resultado de cultivo de trocánter derecho del 24.12.2020 que es positivo para *Proteus mirabilis* resistente a imipenem y *Klebsiella pneumoniae* BLEE+ / CarbaNP positiva en cubrimiento antibiotico con Ceftazidina/Avibactam (Hoy día 15/42) ; con resultado de RMN de cadera que muestra signos de osteomielitis en cadera derecha y región sacra y derrame articular en cadera derecha. Valorada por ortopedia y cirugía general en donde encuentran ulcera trocánterica derecha con tejido purulento de ligamentos y fascias, se cierran ambas úlceras trocántericas y se deja VAC en ulcera sacra, tiene aislamiento en hueso de *E. faecalis* por lo cual se adicionó sultamicilina oral. **No ha presentado picos febriles, sin signos de dificultad respiratoria, sistema VAC funcional.** Paraclínicos con descenso de los reactantes de fase aguda. **El día de hoy será llevado a nuevo procedimiento quirúrgico, quedamos atentos a hallazgos intraoperatorios;** por ahora continuar igual pauta antibiotica.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.01.2021

Hora Registro: 14:55:51

Responsable: OCAMPO PIRAQUIVE, VANESSA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA INMUNOGLOBULINA: PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina, se diligencia mipres con indicación unirs. Dado que la vasculitis es un diagnóstico recientemente reportado como enfermedad huérfana en el sistema, no se marca el mipres con enfermedad huérfana. Por solicitud administrativa se corrige mipres numero: 20210112122025424259 El consentimiento informado fue firmado y digitalizado

.

.

.

Informe Preadnestesia

Fecha Registro: 12.01.2021
 Hora Registro: 16:14:12
 Responsable: BONNET MALDONADO, ANDRES FELIPE
 Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Enfermedad actual :

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años Diagnosticos: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis y K. pneumoniae BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Metronidazol (28.12.2020 – 05.12.2021) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Sultamicilina 08.01.2021 - ACTIVO)-

Preparación general - observaciones :

Preparación general - ayuno recomendado :

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 12.01.2021
 Hora Registro: 17:59:01
 Responsable: FRANCO FLOREZ, MARIA JOSEFA

Tipo de herida :

Limpia Contaminada

Descripción de la prestación :

SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE PRESIÓN SI

Hallazgos :

ulcera sacra 10x 8 cm tejido de granulación limpio herida ulceración trocanterica izquierda con suturas limpias herida trocanterica derecha semicerrada con tres puntos en piel, salida de líquido serohemático moderada cantidad piel sin enrojecimiento, sin exfoliación talones protegidos con alevín

Descripción procedimiento :

paciente en decubito lateral izquierdo retiro de sistema vac previo asepsia y antisepsia con yodados en glúteos y cadera derecha colocación de campos qx lavado con canula en trocanter derecha y en úlcera sacra con 2 lt de salina colocación de sistema vac small en sacro fijada con vicryl 1, barrera de duoderm alrededor, plástico adherente, sensatrack que se conecta a canister antiguo a pr de 75 mmhg intensidad media y continua surgipack y fixomul en trocanter derecho curación

Complicaciones :

no

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.01.2021
 Hora Registro: 09:56:04
 Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA
 Especialidad: CIRUGIA GENERAL
 Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérea izquierda y derecha con sistema VAC - Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteriemia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteriemia por S. hominis (resuelta) Antecedentes patológicos: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Metronidazol (28.12.2020 – 05.12.2021) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Sultamicilina 08.01.2021 - ACTIVO)- Subjetivo: Paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales, modula adecuadamente el dolor. Tolerancia a la vía oral, niega náuseas o vómitos. Diuresis y deposiciones presentes de características habituales.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Encuentro la paciente en cama, en compañía de la madre, en aceptables condiciones generales, luce crónicamente enferma, no álgica. Sin signos de dificultad respiratoria ni soporte de oxígeno, hidratada y afebril al tacto. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 13.01.2021 08:00:00 36,40 125,00 20,00 98,00 62,00 74,00 97,00 13.01.2021 04:00:00 36,00 154,00 19,00 99,00 60,00 73,00 97,00 13.01.2021 00:01:00 36,70 118,00 18,00 81,00 47,00 58,33 94,00 12.01.2021 20:00:00 35,90 124,00 19,00 102,00 61,00 74,67 95,00 12.01.2021 16:00:00 35,90 120,00 19,00 104,00 62,00 76,00 97,00 12.01.2021 12:00:00 35,90 123,00 19,00 108,00 74,00 85,33 95,00 12.01.2021 08:00:00 35,90 113,00 19,00 97,00 58,00 71,00 99,00 Cabeza y cuello: Normocefa, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Abdomen: Heridas quirúrgicas sin signos inflamatorios. Abdomen plano, blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas. Escaras trocántéricas y sacra con sistema VAC con buen sello, funcionando adecuadamente. SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -12.01.2021 Cr 0.27, Hcto 30%, Hb 8.6, LEU 5560, N 68%, PLT 452000. Mg 1.96, BUN 7.5, K 3.65, NA 139 -10.01.2021 Cr 0.25, Cl 103, BUN 8.5, K 3.7, PCR 7.67, Na 139. Hcto 24%, Hb 7.1, LEU 6.880, N 71%, PLT 468.000. -09.01.2021: cloro:103.6 PCR: 7.67 -07.01.2021: leucos 6440, N 4340, L 1450, plaquetas 501000, hemoglobina 7.1, BUN 11, creatinina 0.26, PCR 4.42, sodio 139, potasio 3.7, cloro 104. -06.01.2021: PT 13.8, PTT 46.7, INR 1.21, BUN 7.4, Creatinina 0.26, Sodio 140.5, Potasio 4.4, Cloro 104.6 -05.01.2021: Hb 7.4, HTO 26.5, PLT 558, Leu 9.01, N 6.11, L 1.87, PCR 4.07 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 Microbiológico: -06.01.2021: Cultivo trocánter derecho en proceso. Gram hueso trocánter derecho: No se observan bacterias en la preparación, no se observan células epiteliales en la preparación, se observan ocasionales células epiteliales en la preparación. -29.12.2020: Hemocultivos positivos para *Proteus mirabilis* resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora decarboxenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. -07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. IMÁGENES: 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo. Intervenciones quirúrgicas: 12.01.2021: CAMBIO DE VAC: paciente en decúbito lateral izquierdo, retiro de sistema vac previo, asepsia y antisepsia con yodados en glúteos y cadera derecha, colocación de campos qx, lavado con cánula en trocánter der y en úlcera sacra con 2 lt de salina. Colocación de sistema vac small en sacro fijada con vicryl 1, barrera de duoderm alrededor, plástico adherente ,sensatrack que se conecta a canister antiguo a pr de 75 mmhg intensidad media y continúa surgipack y fixomul en trocánter derecho curación. Hallazgos: úlcera sacra 10 x 8 cm tejido de granulación limpio. Herida úlcera trocánterica izquierda con suturas limpias. Herida trocánterica derecha semicerrada con tres puntos en piel, salida de líquido serohemático, moderada cantidad piel sin enrojecimiento, sin esfacelación, talones protegidos con alevín.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocánterica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. Valorada por cirugía plástica quienes consideran que por el momento no es candidata para manejo reconstructivo con colgajos porque tiene alta probabilidad de fracaso o complicaciones mayores, por ahora requiere mejoría de su estado nutricional y control de infecciones antes de definir la viabilidad de un manejo reconstructivo. Fue valorada también por ortopedia quienes refieren que no requiere más intervenciones por su especialidad. En seguimiento por psiquiatría en relación a síntomas de ansiedad y agresividad, durante los últimos días con alteración del patrón del sueño que se sospecha tiene relación con administración de medicamentos, por lo cual deciden hacer rotación de horario. Por otro lado, dado que ha tenido lupus refractario a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina ayer. Paciente con osteomielitis confirmada mediante resonancia, en seguimiento por infectología quienes indican pauta antibiótica por seis semanas, haciendo cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sulfametilina ante crecimiento de *E. faecalis* en nuevo cultivo de hueso. El día de ayer fue llevada a nuevo lavado + desbridamiento + cambio de VAC, en el cual hubo hallazgos de úlcera sacra 10 x 8 cm tejido de granulación limpio, úlcera trocánterica izquierda con suturas limpias y úlcera trocánterica derecha semicerrada con salida de líquido serohemático. En el momento paciente clínicamente estable, con signos vitales en rangos de normalidad, con adecuada modulación del dolor. Sistema VAC funcional, drenando menos de 30 cc en las últimas 24 horas. Por ahora debe continuar hospitalizada por las especialidades tratantes, en vigilancia clínica estrecha y manejo del VAC. Quedamos atentos a evolución clínica. Se explica a paciente quien refiere entender y aceptar.

-Continúa hospitalizada a cargo de Reumatología -Dieta prescrita por Nutrición -Igual manejo médico -Cuidados de

VAC y zonas de presion; cambios de posicion con horario -Vigilancia de signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.01.2021

Hora Registro: 11:48:47

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 20 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardipulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de la madre, refiere verla en condiciones aceptables, sin nuevos síntomas. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36.4 FC 125 LPM FR 20 X MIN PESO 48 KG TA 98/62 MMHG TAM 74 SAT 97% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6

(negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina para estudio de porfiria, se envió la prueba a remisión. - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocántero, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocánterica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocánterica membranas fibrinopurulenta, trocánterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocánter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Nuevo lavado quirúrgico el día 12.01.21. - Ayer revisión quirúrgica sin complicaciones, encontrando úlceras trocántericas en mejoría, se hizo lavado a estas lesiones y la úlcera sacra. Sigue con sistema VAC y tiene pendiente nueva intervención quirúrgica en las próximas 48 horas. No tiene paraclínicos de hoy. - En seguimiento por psiquiatría quienes indican continuar igual tratamiento. - **Holter KEG reporta taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. Estudiaremos el caso para definir si requiere inicio de betabloqueador.** - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Tolerancia vía oral, fonología y nutrición encuentran deglución normal. - **Porfobilinógeno en orina con reporte de 0.6 lo cual está dentro de límites normales.**

- Rehabilitación física - Ceftazidima/Avibactam FI 28.12.2020 (DIA 13/42) - Sultamicilina FI 11/01/21 (día 2/42) - Seguimiento por cirugía general y psiquiatría.

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.01.2021

Hora Registro: 13:50:05

Responsable: PAVA MOLANO, LUIS FERNANDO

Especialidad: **ELECTROFISIOLOGIA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Electrofisiología cardio. El comportamiento de la taquicardia es de una taquicardia apropiada con sistema cardiovascular aparentemente sano y el comportamiento del holter no es de salvos de taquicardia sino de **fluctuaciones**, lo que apoya una **taquicardia sinusal fisiológica**. La taq **se explicaría por muchos factores entre los que están las úlceras, la actividad del lupus, la infección, la anemia y la deshabitación física física.** CONCEPTO. Creo taq secundaria. Plan. En caso de sospecha de taquicardia atrial, debería haber un ritmo sinusal normal con crisis de taquicardia. Conducta expectante con respecto a la taquicardia (excepto mejorar los factores descritos).

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.01.2021

Hora Registro: 14:34:34

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ CC 1107531724 20 años Diagnosticos: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteriemia por Proteus mirabilis y K. pneumoniae BLEE + - ACTIVO 3. Úlcera de presión en región sacra con sistema VAC y glútea. -- POP escarectomía + lavado y desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020 – 30.11.2020 - 15.12.2020 , 23.12.2020). ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Metronidazol (28.12.2020 – 05.12.2021) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Sultamicilina 08.01.2021 - ACTIVO)- PARACLÍNICOS: -12.01.2021 LEU 5560, N 68%, PLT 452000. Hcto 30%, Hb 8.6, Mg 1.96, Cr 0.27, BUN 7.5, K 3.65, NA 139, -10.01.2021 Cr 0.25, Cl 103, BUN 8.5, K 3.7, PCR 7.67, Na 139. Hcto 24%, Hb 7.1, LEU 6.880, N 71%, PLT 468.000. -09.01.2021: cloro:103.6 PCR: 7.67 -07.01.2021: leucos 6440, N 4340, L 1450, plaquetas 501000, hemoglobina 7.1, BUN 11, creatinina 0.26, PCR 4.42, sodio 139, potasio 3.7, cloro 104. -06.01.2021: BUN 7.4, creatinina 0.26, sodio 140, potasio 4.4, cloro 104 -05.01.2021: leucos 9010, N 6110, L 1870, plaquetas 558000, hemoglobina 7.4, PCR 4 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 -28.12.2020: NA 138.3, K 4.08, CL 99.7, 1.85, FÓSFORO 4.19. -28.12.2020: leucos 12.500, N 9.980, L 1.580, 'PLAQ 533.000, HB 5.2, HTO 18.1, Cr 0.29, AST 48.6, ALT 67, NA 136.1, K 3.24, PCR 23.16. -23.12.2020: Leucocitos 13650, Hb 6.5, plaquetas: 561 mil, Creatinina 0.3, BUN 12.1, Na: 137, K: 4.4, cloro 1010 -17.12.2020: Leucocito 11 mil, Hb: 7, plaquetas 583 mil, PCR 13.2. Microbiológico: -08.01.2021: Cultivos de hueso: E. faecalis, resistencia intermedia eritromicina -05.01.2021: hemocultivos negativos hasta la fecha -29.12.2020: Hemocultivos positivos para Proteus mirabilis resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para Proteus mirabilis pansensible y Klebsiella pneumoniae productora decarbapenemasas. - 15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para Staphylococcus capitis. - 15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para C. albicans. - 07.12.21020: Cultivo escara sacra positivo para K. pneumoniae KPC. IMÁGENES: 30.12.2020: RMN Pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral Derrame articular de la cadera derecha ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con antecedente de LES, con compromiso neurológico y neuropsiquiátrico, postrada, desacondicionada; hospitalización prolongada por úlceras sacras y trocántéricas sobreinfectadas que han requerido manejo antimicrobiano en múltiples ocasiones. Tiene resultado de cultivo de trocánter derecho del 24.12.2020 que es positivo para Proteus mirabilis resistente a imipenem y Klebsiella pneumoniae BLEE+ / CarbaNP positiva en cubrimiento antibiotico con Ceftazidima/Avibactam (Hoy día 16/42) ; con resultado de RMN de cadera que muestra signos de osteomielitis en cadera derecha y región sacra y derrame articular en cadera derecha. Valorada por ortopedia y cirugía general quienes cierran ambas úlceras troncantericas y se deja VAC en úlcera sacra. Ayer se llevó a nuevo lavado, encuentran úlcera sacra con tejido de granulación limpio, úlcera trocanterica izquierda con suturas limpias y úlcera trocántérica derecha semicerrada con salida de líquido serohemático. Tiene aislamiento en hueso de E. faecalis sensible a ampicilina; sin otros aislamiento hasta la fecha. Ya completó 2 semanas de Ceftazidima/Avibactam; Dada la ausencia de crecimiento de Klebsiella pneumoniae BLEE+ / CarbaNP positiva en hueso, se decide suspender antibiotico y **continuar con sultamicilina 750 mg cada 12 horas vía oral hasta completar 6 semanas**. Se revalorará paciente en 14 días con control de hemograma, PCR, VSG y albumina.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.01.2021

Hora Registro: 15:06:58

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: **PSIQUIATRÍA**

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRÍA Luisa Isaza 20 años Paciente que se encuentra hospitalizada con los siguientes diagnósticos de trabajo anotados en la historia clínica: 1. Lupus eritematoso sistémico. -- Purpura trombocitopenica. -- Neurolupus; postración y dependencia total. Medicación por Psiquiatría: - Sertralina 100mg en la mañana (aumento 14 dic 2020) - Lorazepam 2mg en la noche - Clozapina 100mg en la noche DIAGNOSTICO POR PSIQUIATRÍA - Trastorno de ansiedad organico SUBJETIVO: La paciente esta en compoñia de la madre, menciona que ayer le dio medicamentos hacia las 9pm y que ha dormido hasta las 8 y media am seguido, **sin nuevos peiosidos de ansiedad, sin episodios de autoagresion**, recibe y tolera medicamentos y alimentos. Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC

Encuentro paciente en su habitación en compañía de su madre. Establece contacto visual ocasional, colabora

parcialmente con la entrevista, actitud pueril. Afecto: modulado. Lenguaje: volumen de voz sin alteraciones. Nomina, repite, comprende. Pensamiento: Coherente, disminución de la producción ideoverbal, no ideas de muerte, auto o heteroagresión. No identifico delirios. Sensopercepción: no alucinaciones o ilusiones. Sensorio: Somnolienta pero alertable, orientada, sin fallas evidentes en la memoria. Introspección: pobre conciencia de enfermedad. Prospección: incierta. Juicio y raciocinio: debilitados por la patología de base.

Paciente con neurolupus, quien esta con hospitalización prolongada por su condición de base, en seguimiento por psiquiatría en relación a síntomas de ansiedad y agresividad. Nuevamente en seguimiento por psiquiatría por insomnio. Actualmente con ajuste de horario de medicamentos mejor control de sueño, se decide continuar igual esquema terapéutico instaurado, se vigilará para evidenciar que se sostenga la mejoría, se continuará seguimiento.

Continuar el manejo farmacológico pero dar medicamentos de la noche a las 6pm*** - Sertralina 100mg en la mañana (aumento 14 dic 2020) - Lorazepam 2mg en la noche (6pm) - Clozapina 100mg en la noche (6pm) Se solicita autorización para 20 sesiones de Terapia Ocupacional en salud mental. Seguimiento a solicitud del servicio tratante.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 13.01.2021

Hora Registro: 17:38:38

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. SEGUIMIENTO # 3. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en compañía de la madre, refiere que anoche durmio mejor, se observa mejoría en el subsistema de habituación, con rutinas más estructuradas.

OBJETIVO: Asigno paso de la actividad proyecto, se explica proceso a realizar y se dan alternativas para elegir pasos la actividad para mejorar autonomía.

ANALISIS: Se busca fortalecer hábitos de cuidado personal y de la salud, basado en el subsistema habituación del modelo de la ocupación humana.

PLAN: Se realiza actividad psicoeducativa sobre la importancia de los hábitos de cuidado personal y de la salud. Explico y despejo dudas. Se realiza intervención siguiendo las medidas de bioseguridad.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 14.01.2021

Hora Registro: 09:53:56

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. SEGUIMIENTO # 4. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en compañía de la madre, se observa mayor interés por la actividad proyecto e interacción.

OBJETIVO: **Realizo la actividad asignada y evidencia mejor organización de la tarea y uso de materiales. Refiere satisfacción por los resultados alcanzados.**

ANALISIS: **Asigno paso de la actividad proyecto para generar sensación de logro y se dan recomendaciones sobre expectativas de éxito y fracaso.**

PLAN: Se realiza actividad psicoeducativa sobre la relación de los hábitos de trabajo con los hábitos de autocuidado. Explico y despejo dudas. Se realiza intervención siguiendo las medidas de bioseguridad.

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.01.2021

Hora Registro: 10:11:22

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y

prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 °C, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de *proteus*, *e. coli* y *e. faecalis*, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con *proteus*. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Se siente mejor. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: SV T 36.3 FC 113 FR 20 TA 96/66 TAM 76 SO2 97% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncos basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac lactico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: *Proteus mirabilis*. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*.

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV

1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con mejoría neurológica en producción verbal, pero persiste con gran compromiso motor en miembros inferiores. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocántero, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocánterica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocánterica membranas fibrinopurulenta, trocánterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocánter mayor, membranas fibrinopurulenta. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Nuevo lavado quirúrgico el día 12.01.21. - 12.1.21 revision quirurgica sin complicaciones, encontrando ulceras troncantéricas on mejoría, se hizo lavado a estas lesiones y la ulcera sacra. Sigue con sistema VAC y tiene pendiente nueva intervencion quirurgica en las proximas 48 horas. No tiene paraclínicos de hoy. - En seguimiento por psiquiatría quienes indican continuar igual tratamiento. - Holter KEG reporta taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicrdia auricular de la crista terminalis. Electrofisiología indica observar. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Tolera via oral, fonoaudiología y nutrición encuentran deglucion normal. - Porfobilinogeno en orina con rpeorte de 0.6 lo cual esta detro de limites normales.

- **15.1.21 Inmunoglobulina** - **Rehabilitación física** - Ceftazidima/Avibactam FI 28.12.2020 (DIA 13/42) - Sultamicilina FI 11/01/21 (día 2/42) - Seguimiento por cirugía general y psiquiatría.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 14.01.2021

Hora Registro: 12:34:27

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFI LUZ

NUTRICION

-NUTRICION 1. DIETA BLANDA SIN ESPESOS, REF AM GELATINA O YOGURT + HARINA Y PM FRUTA PICADA (PAPAYA, MANGO, PIÑA)+ CUBOS DE QUESO ,NO ENVIAR CAFE EN DESAYUNO REPLAZO AVENA O JUGO DE NARANJA O UVA, ALMUERZO Y CENA: PROTEINA ASADA CREMA NO ENVIAR SOPA 2.NUTREN 1.5 VIA ORAL A LAS 9, 15 Y 19 HORAS 3. VIGILAR SINTOMAS GASTROINTESTINALES ADVERSOS. 4.MIPRES ACTIVO 20210114174025472279

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.01.2021

Hora Registro: 13:23:42

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION CIRUGÍA GENERAL Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocánterea izquierda y derecha con sistema VAC - Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021,12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por S. hominis (resuelta) Antecedentes patológicos: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Metronidazol (28.12.2020 – 05.12.2021) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – ACTIVO) - Sultamicilina 08.01.2021 - ACTIVO)- Subjetivo: Paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales, modula adecuadamente el dolor. Tolera la vía oral, niega náuseas o emesis. Diuresis y deposiciones presentes de características habituales.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Encuentro la paciente en cama, en compañía de la madre, en aceptables condiciones generales, luce crónicamente enferma, no álgica. Sin signos de dificultad respiratoria ni soporte de oxígeno, hidratada y afebril al tacto. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 14.01.2021 00:00:10 36,00 128,00 20,00 102,00 72,00 82,00 94,00 13.01.2021 20:00:00 36,00 132,00 20,00 104,00 67,00 79,33

100,00 13.01.2021 16:00:00 36,20 136,00 21,00 93,00 62,00 72,33 96,00 13.01.2021 12:00:00 36,70 140,00 20,00 106,00 68,00 80,67 98,00 13.01.2021 08:00:00 36,40 125,00 20,00 98,00 62,00 74,00 97,00 13.01.2021 04:00:00 36,00 154,00 19,00 99,00 60,00 73,00 97,00 13.01.2021 00:01:00 36,70 118,00 18,00 81,00 47,00 58,33 94,00 12.01.2021 20:00:00 35,90 124,00 19,00 102,00 61,00 74,67 95,00 Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Abdomen: Heridas quirúrgicas sin signos inflamatorios. Abdomen plano, blando, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas. Escaras trocántéricas y sacra con sistema VAC con buen sello, funcionando adecuadamente. SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -12.01.2021 Cr 0.27, Hcto 30%, Hb 8.6, LEU 5560, N 68%, PLT 452000. Mg 1.96, BUN 7.5, K 3.65, NA 139 -10.01.2021 Cr 0.25, Cl 103, BUN 8.5, K 3.7, PCR 7.67, Na 139. Hcto 24%, Hb 7.1, LEU 6.880, N 71%, PLT 468.000. -09.01.2021: cloro:103.6 PCR: 7.67 -07.01.2021: leucos 6440, N 4340, L 1450, plaquetas 501000, hemoglobina 7.1, BUN 11, creatinina 0.26, PCR 4.42, sodio 139, potasio 3.7, cloro 104. -06.01.2021: PT 13.8, PTT 46.7, INR 1.21, BUN 7.4, Creatinina 0.26, Sodio 140.5, Potasio 4.4, Cloro 104.6 -05.01.2021: Hb 7.4, HTO 26.5, PLT 558, Leu 9.01, N 6.11, L 1.87, PCR 4.07 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 Microbiológico: -08.01.2021: Cultivo trocánter derecho positivo para Enterococcus Faecalis -06.01.2021: Cultivo trocánter derecho en proceso. Gram hueso trocánter derecho: No se observan bacterias en la preparación, no se observan células epiteliales en la preparación, se observan ocasionales células epiteliales en la preparación. -29.12.2020: Hemocultivos positivos para Proteus mirabilis resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. -24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para Proteus mirabilis pansensible y Klebsiella pneumoniae productora decarboxenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para Staphylococcus capitis. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para C. albicans. -07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para K. pneumoniae KPC. IMÁGENES: 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo. Intervenciones quirúrgicas: 12.01.2021: CAMBIO DE VAC: paciente en decúbito lateral izquierdo, retiro de sistema vac previo, asepsia y antisepsia con yodados en glúteos y cadera derecha, colocación de campos qx, lavado con cánula en trocánter der y en úlcera sacra con 2 lt de salina. Colocación de sistema vac small en sacro fijada con vicryl 1, barrera de duoderm alrededor, plástico adherente, sensatrack que se conecta a canister antiguo a pr de 75 mmhg intensidad media y continúa surgipack y fixomul en trocánter derecho curación. Hallazgos: úlcera sacra 10 x 8 cm tejido de granulación limpio. Herida úlcera trocánterica izquierda con suturas limpias. Herida trocánterica derecha semicerrada con tres puntos en piel, salida de líquido serohemático, moderada cantidad piel sin enrojecimiento, sin esfacelación, talones protegidos con alevín.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocánterica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. Valorada por cirugía plástica quienes consideran que por el momento no es candidata para manejo reconstructivo con colgajos porque tiene alta probabilidad de fracaso o complicaciones mayores, por ahora requiere mejoría de su estado nutricional y control de infecciones antes de definir la viabilidad de un manejo reconstructivo. Fue valorada también por ortopedia quienes refieren que no requiere más intervenciones por su especialidad. En seguimiento por psiquiatría en relación a síntomas de ansiedad y agresividad, durante los últimos días con alteración del patrón del sueño que se sospecha tiene relación con administración de medicamentos, por lo cual deciden hacer rotación de horario. Por otro lado, dado que ha tenido lupus refractario a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina ayer. Paciente con osteomielitis confirmada mediante resonancia, en seguimiento por infectología quienes indican pauta antibiótica por seis semanas, haciendo cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sulfamida ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. El día 12.01.2020 fue llevada a nuevo lavado + desbridamiento + cambio de VAC, en el cual hubo hallazgos de úlcera sacra 10 x 8 cm tejido de granulación limpio, úlcera trocánterica izquierda con suturas limpias y úlcera trocánterica derecha semicerrada con salida de líquido serohemático. En el momento paciente clínicamente estable, con signos vitales en rangos de normalidad, con adecuada modulación del dolor. Sistema VAC funcional, drenando menos de 80 cc en las últimas 24 horas. Por ahora debe continuar hospitalizada por las especialidades tratantes, en vigilancia clínica estrecha y manejo del VAC. **se programa próximo desbridamiento para el 18.01.2020** Quedamos atentos a evolución clínica. Se explica a paciente quien refiere entender y aceptar.

-Continúa hospitalizada a cargo de Reumatología -Dieta prescrita por Nutrición -interconsulta por cirugía plástica para evaluación prequirúrgica -Cuidados de VAC y zonas de presión; cambios de posición con horario -Próximo lavado + desbridamiento + cambio de VAC para el 18.01.2021 -Vigilancia de signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.01.2021

Hora Registro: 08:08:30

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION CIRUGÍA GENERAL Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocántera izquierda y derecha con sistema VAC - Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) Antecedentes patológicos: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Metronidazol (28.12.2020 – 05.12.2021) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – 13.01.2021) - Sultamicilina 08.01.2021 - ACTIVO -Clotrimazol 11.01.2021- ACTIVO Subjetivo: Paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales, modula adecuadamente el dolor. Tolerancia la vía oral, niega náuseas o emesis. Diuresis y deposiciones presentes de características habituales.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Encuentro la paciente en cama, en compañía de la madre, en aceptables condiciones generales, luce crónicamente enferma, no álgica. Sin signos de dificultad respiratoria ni soporte de oxígeno, hidratada y afebril al tacto. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 15.01.2021 04:00:00 36,80 136,00 19,00 109,00 64,00 79,00 96,00: 15.01.2021 00:01:00 36,80 129,00 19,00 96,00 52,00 66,67 98,00 14.01.2021 20:00:00 36,90 148,00 20,00 101,00 67,00 78,33 98,00 14.01.2021 16:06:09 36,00 132,00 19,00 102,00 72,00 82,00 100,00 14.01.2021 12:01:27 36,10 140,00 21,00 102,00 69,00 80,00 97,00 14.01.2021 07:01:00 36,80 131,00 18,00 109,00 80,00 89,67 98,00 14.01.2021 04:00:00 36,30 113,00 20,00 96,00 66,00 76,00 97,00 14.01.2021 00:00:10 36,00 128,00 20,00 102,00 72,00 82,00 94,00 Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Abdomen: Heridas quirúrgicas sin signos inflamatorios. Abdomen distendido, depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Extremidades: Hipotroóficas, sin edema, simétricas. Escaras trocántéricas y sacra con sistema VAC con buen sello, funcionando adecuadamente, salida 20 cc de líquido serohemático en 24 horas. SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -12.01.2021 Cr 0.27, Hcto 30%, Hb 8.6, LEU 5560, N 68%, PLT 452000. Mg 1.96, BUN 7.5, K 3.65, NA 139 -10.01.2021 Cr 0.25, Cl 103, BUN 8.5, K 3.7, PCR 7.67, Na 139. Hcto 24%, Hb 7.1, LEU 6.880, N 71%, PLT 468.000. -09.01.2021: cloro:103.6 PCR: 7.67 -07.01.2021: leucos 6440, N 4340, L 1450, plaquetas 501000, hemoglobina 7.1, BUN 11, creatinina 0.26, PCR 4.42, sodio 139, potasio 3.7, cloro 104. -06.01.2021: PT 13.8, PTT 46.7, INR 1.21, BUN 7.4, Creatinina 0.26, Sodio 140.5, Potasio 4.4, Cloro 104.6 -05.01.2021: Hb 7.4, HTO 26.5, PLT 558, Leu 9.01, N 6.11, L 1.87, PCR 4.07 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 Microbiológico: -14.01.2021: coprológico negativo -08.01.2021: Cultivo trocánter derecho positivo para *Enterococcus Fecalis* -06.01.2021: Cultivo trocánter derecho en proceso. Gram hueso trocánter derecho: No se observan bacterias en la preparación, no se observan células epiteliales en la preparación, se observan ocasionales células epiteliales en la preparación. -29.12.2020: Hemocultivos positivos para *Proteus mirabilis* resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. -24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. -07.12.21020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. IMÁGENES: 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo. Intervenciones quirúrgicas: 12.01.201: CAMBIO DE VAC: paciente en decúbito lateral izquierdo, retiro de sistema vac previo, asepsia y antisepsia con yodados en glúteos y cadera derecha, colocación de campos qx, lavado con cánula en trocánter der y en úlcera sacra con 2 lt de salina. Colocación de sistema vac small en sacro fijada con vicryl 1 ,barrera de duoderm alrededor, plástico adherente ,sensatrack que se conecta a canister antiguo a pr de 75 mmhg intensidad media y continúa surgipack y fixomul en trocánter derecho curación. Hallazgos: úlcera sacra 10 x 8 cm tejido de granulación limpio. Herida úlcera trocánterica izquierda con suturas limpias. Herida trocánterica derecha semicerrada con tres puntos en piel, salida de líquido serohemático, moderada cantidad piel sin enrojecimiento, sin esfacelación, talones protegidos con alevín.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por

nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. Valorada por cirugía plástica quienes consideran que por el momento no es candidata para manejo reconstructivo con colgajos porque tiene alta probabilidad de fracaso o complicaciones mayores, por ahora requiere mejoría de su estado nutricional y control de infecciones antes de definir la viabilidad de un manejo reconstructivo. Fue valorada también por ortopedia quienes refieren que no requiere más intervenciones por su especialidad. En seguimiento por psiquiatría en relación a síntomas de ansiedad y agresividad, durante los últimos días con alteración del patrón del sueño que se sospecha tiene relación con administración de medicamentos, por lo cual deciden hacer rotación de horario. Por otro lado, dado que ha tenido lupus refractario a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina ayer. Paciente con osteomielitis confirmada mediante resonancia, en seguimiento por infectología quienes indican pauta antibiótica por seis semanas, haciendo cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de *E. faecalis* en nuevo cultivo de hueso. El día 12.01.2021 fue llevada a nuevo lavado + desbridamiento + cambio de VAC, en el cual hubo hallazgos de úlcera sacra 10 x 8 cm tejido de granulación limpio, úlcera trocantérica izquierda con suturas limpias y úlcera trocantérica derecha semicerrada con salida de líquido serohemático. En el momento paciente clínicamente estable, con signos vitales en rangos de normalidad, con adecuada modulación del dolor. Sistema VAC funcional, drenando menos de 20 cc en las últimas 24 horas. Por ahora debe continuar hospitalizada por las especialidades tratantes, en vigilancia clínica estrecha y manejo del VAC, **se programa próximo desbridamiento para el 18.01.2020**. Quedamos atentos a evolución clínica. Se explica a paciente quien refiere entender y aceptar.

-Continúa hospitalizada a cargo de Reumatología -Dieta prescrita por Nutricion -interconsulta por cirugía plástica para evaluación prequirúrgica -Cuidados de VAC y zonas de presión; cambios de posición con horario -Proximo lavado + desbridamiento + cambio de VAC para el 18.01.2021 -Vigilancia de signos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 15.01.2021

Hora Registro: 09:54:02

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. SEGUIMIENTO # 5. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en compañía de la madre, **evidencia mejor relación terapéutica.**

OBJETIVO: Realizo la actividad asignada, evidencia mayor sensación de logro y autonomía y **refiere mayor interacción con el entorno hospitalario.**

ANALISIS: Se explican pasos a realizar y se dan opciones para el manejo del tiempo en la realización de la actividad.

PLAN: **Se realiza actividad psicoeducativa sobre la importancia del manejo del tiempo.** Explico y despejo dudas. Se realiza intervención siguiendo las medidas de bioseguridad.

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.01.2021

Hora Registro: 10:50:25

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopénica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 °C, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e.

coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Sin fiebre, sin sangrados. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: SV T 37 FC 141 FR 20 TA 110/60 TAM 76 SO2 95% Peso: 48 kg Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen con gastrostomía funcional. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20 FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 29.11.20 30.11.20 5.12.20 7.12.20 13.12.20 15.12.20 Leucos 8150 8500 9640 10600 7700 9410 Neutros 5160 5200 6560 8710 4870 7760 Linfos 2160 2170 2190 1040 1970 1070 HB 5.8 8. 8.6 7.3 7.0 6.9 Hto 20.2 28 28 23.4 23.2 23.1 Plat 539. 496. 609. 517. 536. 503. PCR 14.8 9.5 17.9 10.12 14.5 VSG 42 BUN 7.4 Creatinina 0.36 0.28 0.29 AST 74 36 51.2 ALT 93 96 97.2 LDH 169 Sodio 137.6 Potasio 4.34 3.9 4.22 Cloro 102.7 Mg 1.78 1.99 Calcio 9.27 Procalcitonina 0.201 Ác láctico 1.69 FECHA 12.11.20 14.11.20 16.11.20 17.11.20 18.11.20 22.11.20 Leucos 9450 8300 7240 7870 7450 6420 Neutros 6870 6260 4740 5200 5220 3930 Linfos 1620 1120 1740 1750 1580 1860 HB 9.1 7.7 6.8 6.3 6.1 6.3 Hto 31.8 26.4 23 21.4 21.1 21.8 Plat 564. 447. 385. 400. 397. 511. PCR 5.99 6.41 17.1 6.01 VSG 21 Procalcitonina 6.9 0.88 Cortisol 23.8-26.3 Ac láctico 1.33 BUN 18 10.6 11.6 Creatinina 0.39 0.31 0.34 AST 17.9 ALT 23.9 LDH 196 Ferritina Procal Sodio: 134 135 135 138 Potasio 3.71 3.66 3.91 3.9 Cloro 103.3 103 Magnesio 1.64 Calcio Fosforo 4.47 BT 0.16 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESIÓN DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccigeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocantérica

membranas fibrinopurulenta, trocanterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposicion de trocanter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Nuevo lavado quirúrgico el día 12.01.21. - 12.1.21 revision quirurgica sin complicaciones, encontrando ulceras troncantericas on mejoría, se hizo lavado a estas lesiones y la ulcera sacra. Sigue con sistema VAC y tiene pendiente nueva intervencion quirurgica en las proximas 48 horas. No tiene paraclínicos de hoy. - En seguimiento por psiquiatria quienes indican continuar igual tratamiento. - Holter KEG reporta taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. Electrofisiología indica observar. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Toleró vía oral, fonología y nutrición encuentran deglución normal. - Porfobilinogeno en orina con rpeorte de 0.6 lo cual esta detro de limites normales.

Inmuglobulina humana vial 5 gr/50 mg (100 mg/mL), aplicar 45 gramos (9 viales) endovenoso infusión según protocolo dosis única, **premedicar con loratadina** 10 mg vo, **acetaminofen** 1 gr VO. MIPRES 20210115138025490070 CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ESTACIÓN DE ENFERMERIA - Rehabilitación física - Ceftazidima/Avibactam FI 28.12.2020 (DIA 13/42) - Sultamicilina FI 11/01/21 (día 2/42) - Seguimiento por cirugía general y psiquiatria.

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.01.2021

Hora Registro: 08:57:28

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérea izquierda y derecha con sistema VAC - Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por S. hominis (resuelta) Antecedentes patológicos: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Metronidazol (28.12.2020 – 05.12.2021) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – 13.01.2021) - Sultamicilina 08.01.2021 - ACTIVO) -Clotrimazol 11.01.2021- ACTIVO Subjetivo: Paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales, modula adecuadamente el dolor. Toleró la vía oral, aunque la madre la nota con distensión abdominal; niega náuseas o vómitos. Niega fiebre pero aqueja sudoración nocturna. Diuresis y deposiciones presentes de características habituales.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Encuentro la paciente en cama, en compañía de la madre, en aceptables condiciones generales, luce crónicamente enferma, no álgica, tranquila y colaboradora. Sin signos de dificultad respiratoria ni soporte de oxígeno, hidratada y afebril al tacto. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 16.01.2021 04:04:37 34,70 90,00 19,00 93,00 64,00 73,67 97,00 16.01.2021 00:02:00 37,10 119,00 18,00 97,00 60,00 72,33 98,00 15.01.2021 20:07:21 37,10 137,00 20,00 113,00 75,00 87,67 98,00 15.01.2021 16:00:00 36,00 125,00 21,00 107,00 67,00 80,33 95,00 15.01.2021 12:00:00 36,00 129,00 20,00 115,00 68,00 83,67 97,00 15.01.2021 08:00:00 37,00 141,00 20,00 110,00 60,00 76,67 95,00 15.01.2021 04:00:00 36,80 136,00 19,00 109,00 64,00 79,00 96,00 15.01.2021 00:01:00 36,80 129,00 19,00 96,00 52,00 66,67 98,00 Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Abdomen: Abdomen un poco distendido, blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas. Escaras trocántericas y sacra con sistema VAC con buen sello, funcionando adecuadamente, salida 20 cc de líquido serohemático en 24 horas. SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -12.01.2021 Cr 0.27, Hcto 30%, Hb 8.6, LEU 5560, N 68%, PLT 452000. Mg 1.96, BUN 7.5, K 3.65, NA 139 -10.01.2021 Cr 0.25, Cl 103, BUN 8.5, K 3.7, PCR 7.67, Na 139. Hcto 24%, Hb 7.1, LEU 6.880, N 71%, PLT 468.000. -09.01.2021: cloro:103.6 PCR: 7.67 -07.01.2021: leucos 6440, N 4340, L 1450, plaquetas 501000, hemoglobina 7.1, BUN 11, creatinina 0.26, PCR 4.42, sodio 139, potasio 3.7, cloro 104. -06.01.2021: PT 13.8, PTT 46.7, INR 1.21, BUN 7.4, Creatinina 0.26, Sodio 140.5, Potasio 4.4, Cloro 104.6 -05.01.2021: Hb 7.4, HTO 26.5, PLT 558, Leu 9.01, N 6.11, L 1.87, PCR 4.07 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 Microbiológico: -14.01.2021: coprológico negativo -08.01.2021: Cultivo trocanter derecho positivo para Enterococcus Faecalis -06.01.2021: Cultivo trocánter derecho en proceso. Gram hueso trocánter derecho: No se observan bacterias en la preparación, no se observan células epiteliales en la preparación, se

observan ocasionales células epiteliales en la preparación. -29.12.2020: Hemocultivos positivos para *Proteus mirabilis* resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. -24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora decarbapenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. -07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. IMÁGENES: 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocántericas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo. Intervenciones quirúrgicas: 12.01.2021: CAMBIO DE VAC: paciente en decúbito lateral izquierdo, retiro de sistema vac previo, asepsia y antisepsia con yodados en glúteos y cadera derecha, colocación de campos qx, lavado con cánula en trocánter der y en úlcera sacra con 2 lt de salina. Colocación de sistema vac small en sacro fijada con vicryl 1, barrera de duoderm alrededor, plástico adherente, sensatrack que se conecta a canister antiguo a pr de 75 mmhg intensidad media y continúa surgipack y fixomul en trocánter derecho curación. Hallazgos: úlcera sacra 10 x 8 cm tejido de granulación limpio. Herida úlcera trocánterica izquierda con suturas limpias. Herida trocánterica derecha semicerrada con tres puntos en piel, salida de líquido serohemático, moderada cantidad piel sin enrojecimiento, sin esfacelación, talones protegidos con alevín.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocánterica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. Paciente con osteomielitis confirmada mediante resonancia, en seguimiento por infectología quienes indican pauta antibiótica por seis semanas, haciendo cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sulfamida ante crecimiento de *E. faecalis* en nuevo cultivo de hueso. Fue valorada por ortopedia quienes refieren que no requiere más intervenciones por su especialidad. En seguimiento por psiquiatría en relación a síntomas de ansiedad y agresividad, durante los últimos días con alteración del patrón del sueño que se sospecha tiene relación con administración de medicamentos, por lo cual deciden hacer rotación de horario. Por otro lado, dado que ha tenido lupus refractario a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina. El día 12.01.2021 fue llevada a nuevo lavado + desbridamiento + cambio de VAC, en el cual hubo hallazgos de úlcera sacra 10 x 8 cm tejido de granulación limpio, úlcera trocánterica izquierda con suturas limpias y úlcera trocánterica derecha semicerrada con salida de líquido serohemático. Se solicitó valoración por Cirugía plástica para definir plan de cierre de heridas. En el momento paciente clínicamente estable, con signos vitales en rangos de normalidad, con adecuada modulación del dolor. Sistema VAC funcional, drenando menos de 20 cc en las últimas 24 horas. Por ahora debe continuar hospitalizada por las especialidades tratantes, en vigilancia clínica estrecha y manejo del VAC, se programa **próxima cirugía para el 18.01.2021. Se inician medidas para promover la movilización y estimular el peristaltismo.** Quedamos atentos a evolución clínica. Se explica a paciente quien refiere entender y aceptar.

-Continúa hospitalizada a cargo de Reumatología -Dieta prescrita por Nutrición -Terapia física para promover movilización -Pendiente interconsulta por cirugía plástica para evaluación prequirúrgica -Cuidados de VAC y zonas de presión; cambios de posición con horario -Proximo lavado + desbridamiento + cambio de VAC para el 18.01.2021 -Vigilancia de signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.01.2021

Hora Registro: 09:25:04

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGÍA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisona, en Feb 2020 presente dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de *proteus*, e.

coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: 15.1.21 episodio de distensión abdominal, sin fiebre, emesis. Toleró IVIG. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: SV T 37 FC 90 FR 19 TA 93/64 TAM 73 SO2 97% Peso: 48 kg Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncos basales derechos. Abdomen DISTENDIDO. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTÉRICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONANDO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 Hb 7.4 Leucos 3850 Neutros 2370 Linfos 1030 Plaquetas 437 PCR 5.4* BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen Opinión Distensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocántica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocántica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. 15.1.21 3era dosis inmunoglobulina 1 gr/kg con tolerancia. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocántico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocántica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocántica membranas fibrinopurulentas, trocántica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocánter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Nuevo lavado

quirúrgico el día 12.01.21. --ILEO caus no clara, seguimiento por cirugía general. - 12.1.21 revision quirurgica sin complicaciones, encontrando ulceras troncantericas on mejoría, se hizo lavado a estas lesiones y la ulcera sacra. Sigue con sistema VAC y tiene pendiente nueva intervencion quirurgica en las proximas 48 horas. No tiene paraclínicos de hoy. - En seguimiento por psiquiatria quienes indican continuar igual tratamiento. - Holter KEG reporta taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicrdia auricular de la crista terminalis. Electrofisiología indica observar. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Tolera via oral, fonoaudiología y nutricion encuentran deglucion normal. - Porfobilinogeno en orina con rpeorte de 0.6 lo cual esta detro de limites normales.

Vigilar ileo - Rehabilitación física - Ceftazidima/Avibactam FI 28.12.2020 (DIA 13/42) - Sultamicilina FI 11/01/21 (día 2/42) - Seguimiento por cirugía general y psiquiatria.

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.01.2021

Hora Registro: 14:43:32

Responsable: ALVAREZ MONTENEGRO, ADRIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

Fonoaudiología. Lenguaje. Diagnóstico Fonoaudiológico: - Disfagia - Alteración en la comunicación. DIAGNÓSTICOS: 1. Lupus eritematoso sistémico activo refractario -- Purpura trombocitopenica. -- Vasculitis en SNC -- Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. 2. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 3. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 3. Úlcera de presión en región sacra y troncanterica izquierda con sistema VAC y trocanterica derecha con aposito. -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020). 4. Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC 5. Fiebre de origen central

Seguimiento.

Se encuentra paciente despierta, en estable condición, en cama, en compañía de madre. Ubicada en persona, tiempo y espacio. **Se realiza actividad estimulación seguimiento órdenes verbales,** obteniendo buen desmepeño; **evocación automatismos en orden directo e inverso;** se observa **coherencia en habla espontánea,** **producciones orales inteligibles y sintácticamente adecuadas.** **Teniendo en cuenta el adecuado desempeño en las actividades, se cierra interconsulta por Fonoaudiología Lenguaje.** Se brindan pautas a la madre de estimulación lenguaje en general; la madre refiere comprender y aceptar. Queda estable. -----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Se cierra interconsulta por Fonoaudiología Lenguaje.

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.01.2021

Hora Registro: 19:19:40

Responsable: MIRANDA DIAZ, AUDREY JOSE

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Tipo de Evolución: Evolución

Cirugia plastica Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérea izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 15,12,2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Paciente adulta con multiples morbilidades y ulceras en region sacra quien **se valorara estado de ulcera intraoperatoriamente durante proximo lavado de cirugía general (lunes 18 de enero de 2021).**

-

-

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.01.2021

Hora Registro: 09:41:20

Responsable: TASCON MOSQUERA, MARCELA LUCIA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocánterea izquierda y derecha con sistema VAC - Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) Antecedentes patológicos: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Metronidazol (28.12.2020 – 05.12.2021) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – 13.01.2021) - Sultamicilina 08.01.2021 - ACTIVO) -Clotrimazol 11.01.2021- ACTIVO Subjetivo: Paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales, modula adecuadamente el dolor. Tolera la vía oral, la madre refiere que la distensión abdominal ha mejorado un poco, niega emesis o náuseas, niega fiebre. Diuresis y deposiciones presentes de características habituales.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Encuentro la paciente en cama, en compañía de la madre, en aceptables condiciones generales, luce crónicamente enferma, no álgica, tranquila y colaboradora. Sin signos de dificultad respiratoria ni soporte de oxígeno, hidratada y afebril al tacto. SIGNOS VITALES FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SATO2 17.01.2021 08:00:00 36,90 109,00 20,00 100,00 66,00 77,33 98,00 17.01.2021 04:00:00 36,00 108,00 20,00 104,00 73,00 83,33 98,00 17.01.2021 00:21:31 36,00 112,00 20,00 90,00 57,00 68,00 96,00 Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Abdomen: Abdomen no distendido, blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Extremidades: Hipotróficas, sin edema, simétricas. Escaras trocántéricas y sacra con sistema VAC con buen sello, funcionando adecuadamente, salida 20 cc de líquido serohemático en 24 horas. SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -12.01.2021 Cr 0.27, Hcto 30%, Hb 8.6, LEU 5560, N 68%, PLT 452000. Mg 1.96, BUN 7.5, K 3.65, NA 139 -10.01.2021 Cr 0.25, Cl 103, BUN 8.5, K 3.7, PCR 7.67, Na 139. Hcto 24%, Hb 7.1, LEU 6.880, N 71%, PLT 468.000. -09.01.2021: cloro:103.6 PCR: 7.67 -07.01.2021: leucos 6440, N 4340, L 1450, plaquetas 501000, hemoglobina 7.1, BUN 11, creatinina 0.26, PCR 4.42, sodio 139, potasio 3.7, cloro 104. -06.01.2021: PT 13.8, PTT 46.7, INR 1.21, BUN 7.4, Creatinina 0.26, Sodio 140.5, Potasio 4.4, Cloro 104.6 -05.01.2021: Hb 7.4, HTO 26.5, PLT 558, Leu 9.01, N 6.11, L 1.87, PCR 4.07 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 Microbiológico: -14.01.2021: coprológico negativo -08.01.2021: Cultivo trocánter derecho positivo para *Enterococcus Faecalis* -06.01.2021: Cultivo trocánter derecho en proceso. Gram hueso trocánter derecho: No se observan bacterias en la preparación, no se observan células epiteliales en la preparación, se observan ocasionales células epiteliales en la preparación. -29.12.2020: Hemocultivos positivos para *Proteus mirabilis* resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora decarboxenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. -07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. IMÁGENES: 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo. Intervenciones quirúrgicas: 12.01.2021: CAMBIO DE VAC: paciente en decúbito lateral izquierdo, retiro de sistema vac previo, asepsia y antisepsia con yodados en glúteos y cadera derecha, colocación de campos qx, lavado con cánula en trocánter der y en úlcera sacra con 2 lt de salina. Colocación de sistema vac small en sacro fijada con vicryl 1 ,barrera de duoderm alrededor, plástico adherente ,sensatrack que se conecta a canister antiguo a pr de 75 mmhg intensidad media y continúa surgipack y fixomul en trocánter derecho curación. Hallazgos: úlcera sacra 10 x 8 cm tejido de granulación limpio. Herida úlcera trocánterica izquierda con suturas limpias. Herida trocánterica derecha semicerrada con tres puntos en piel, salida de líquido serohemático, moderada cantidad piel sin enrojecimiento, sin esfacelación, talones protegidos con alevín.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocánterica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. Paciente con osteomielitis confirmada mediante resonancia, en seguimiento por infectología quienes indican pauta antibiótica por seis semanas, haciendo cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de *E. faecalis* en nuevo cultivo de hueso. Fue valorada por ortopedia quienes refieren que no requiere más intervenciones por su especialidad.

En seguimiento por psiquiatría en relación a síntomas de ansiedad y agresividad, durante los últimos días con alteración del patrón del sueño que se sospecha tiene relación con administración de medicamentos, por lo cual deciden hacer rotación de horario. Por otro lado, dado que ha tenido lupus refractario a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina. El día 12.01.2021 fue llevada a nuevo lavado + desbridamiento + cambio de VAC, en el cual hubo hallazgos de úlcera sacra 10 x 8 cm tejido de granulación limpio, úlcera trocánterica izquierda con suturas limpias y úlcera trocánterica derecha semicerrada con salida de líquido serohemático. Se solicitó valoración por Cirugía plástica para definir plan de cierre de heridas. En el momento paciente clínicamente estable, con signos vitales en rangos de normalidad, con adecuada modulación del dolor. Sistema VAC funcional, drenando menos de 20 cc en las últimas 24 horas. Por ahora debe continuar hospitalizada por las especialidades tratantes, en vigilancia clínica estrecha y manejo del VAC, **se programa próxima cirugía para el 18.01.2021 donde cirugía plástica evaluará la úlcera y definir manejo por dicha especialidad. Se inician medidas para promover la movilización y estimular el peristaltismo. Se insiste mucho en la importancia de la terapia física.** Quedamos atentos a evolución clínica. Se explica a paciente quien refiere entender y aceptar.

-Continúa hospitalizada a cargo de Reumatología -Dieta prescrita por Nutrición -Terapia física para promover movilización -Cuidados de VAC y zonas de presión; cambios de posición con horario -Proximo lavado + desbridamiento + cambio de VAC para el 18.01.2021 -Vigilancia de signos vitales - se insiste en terapia física

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.01.2021

Hora Registro: 10:23:56

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGÍA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Dormida, sin fiebre. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: SV T 36.9 FC 109 FR 20 TA 100/66 TAM 77 SO2 98% Peso: 48 kg Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen MENIOS DISTENDIDO. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTÉRICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONANDO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9

37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 Hb 7.4 Leucos 3850 Neutros 2370 Linfos 1030 Plaquetas 437 PCR 5.4* BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico,se recomienda considerar ileo.Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiologíaséptica, dada la presencia de escara trocaterica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con lasuperficie ósea.Colección trocaterica izquierda.Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. 15.1.21 3era dosis inmunoglobulina 1 gr/kg con tolerancia. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocaterico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocaterica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposicion de fascia lata y capsula articular trocaterica membranas fibrinopurulenta, trocaterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposicion de trocater mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Nuevo lavado quirúrgico el día 12.01.21. --ILEO caus no clara, seguimiento por cirugía general. - 12.1.21 revision quirurgica sin complicaciones, encontrando ulceras troncantericas on mejoría, se hizo lavado a estas lesiones y la ulcera sacra. Sigue con sistema VAC y tiene pendiente nueva intervencion quirurgica. próxima cirugía para el 18.01.2020 donde cirugía plastica evaluara la ulcera y definir manejo por dicha especialidad - En seguimiento por psiquiatria quienes indican continuar igual tratamiento. - Holter KEG reporta taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. Electrofisiología indica observar. - Sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Tolerancia via oral, fonoaudiología y nutricion encuentran deglucion normal. - Porfobilinogeno en orina con rpeorte de 0.6 lo cual esta detro de limites normales.

Vigilar ileo - Rehabilitación física - Ceftazidima/Avibactam FI 28.12.2020 (DIA 13/42) - Sultamicilina FI 11/01/21 (día 2/42) - Seguimiento por cirugía general y psiquiatria.

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.01.2021

Hora Registro: 08:15:17

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Manejo diario

CIRUGÍA GENERAL Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocaterica izquierda y derecha con sistema VAC - Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021,12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistemico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por S. hominis (resuelta) Antecedentes patológicos: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y

dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020-12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Metronidazol (28.12.2020 – 05.12.2021) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – 13.01.2021) - Sultamicilina 08.01.2021 - ACTIVO) -Clotrimazol 11.01.2021- ACTIVO Subjetivo: Paciente refiere encontrarse en buenas condiciones generales, haber pasado buena noche, con adecuado manejo del dolor. Diuresis y deposiciones positivas, tolerando adecuadamente vía oral,

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en cama de hospitalización, alerta, acompañada de familiar, colaboradora, sin facies algicas, sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES HORA FECHA T° FC FR TAS TAD TAM SATO2 08:00:00 18.01.2021 36,20 110,00 18,00 111,00 70,00 83,67 99,00 04:26:39 18.01.2021 36,50 99,00 20,00 101,00 70,00 80,33 96,00 00:36:58 18.01.2021 36,00 102,00 18,00 93,00 62,00 72,33 98,00 20:36:22 17.01.2021 36,50 132,00 20,00 112,00 72,00 85,33 98,00 16:00:00 17.01.2021 35,00 126,00 20,00 128,00 79,00 95,33 98,00 12:00:00 17.01.2021 34,30 132,00 20,00 105,00 77,00 86,33 100,00 Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Abdomen: Abdomen no distendido, blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Extremidades: Simétricas, hipotróficas, sin edema. Escaras trocántericas y sacra con sistema VAC con buen sello, funcionando adecuadamente, salida 10 cc de líquido serohemático en 24 horas. SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -16.01.2021 BUN 8 Cr 0,25 Na 138,9 K 3,92 Mg 2,08 P 4,94 Inice renal 32,8 PC 5,4 Hb 7,4 Hto 25,6 Leucos 3,85 N 2,37 L 1,03 PLT 437 -12.01.2021 Cr 0,27, Hcto 30%, Hb 8,6, LEU 5560, N 68%, PLT 452000. Mg 1,96, BUN 7,5, K 3,65, NA 139 -10.01.2021 Cr 0,25, Cl 103, BUN 8,5, K 3,7, PCR 7,67, Na 139. Hcto 24%, Hb 7,1, LEU 6,880, N 71%, PLT 468.000. -09.01.2021: cloro:103,6 PCR: 7,67 -07.01.2021: leucos 6440, N 4340, L 1450, plaquetas 501000, hemoglobina 7,1, BUN 11, creatinina 0,26, PCR 4,42, sodio 139, potasio 3,7, cloro 104. -06.01.2021: PT 13,8, PTT 46,7, INR 1,21, BUN 7,4, Creatinina 0,26, Sodio 140,5, Potasio 4,4, Cloro 104,6 -05.01.2021: Hb 7,4, HTO 26,5, PLT 558, Leu 9,01, N 6,11, L 1,87, PCR 4,07 -02.01.2021: Proteínas totales 5,4, Albumina 2,34, PT 14,8, PTT 53,1, INR 1,3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6,5, Hematocrito 21,8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78,2%), Linfocitos 1410 (15,3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0,29, Sodio 142,9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2,1, Fósforo 3,56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6,8, Hematocrito 22,3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90,5%), Linfocitos 690 (5,4%), Plaquetas 528000 Microbiológico: -14.01.2021: coprológico negativo -08.01.2021: Cultivo trocánter derecho positivo para Enterococcus Faecalis -06.01.2021: Cultivo trocánter derecho en proceso. Gram hueso trocánter derecho: No se observan bacterias en la preparación, no se observan células epiteliales en la preparación, se observan ocasionales células epiteliales en la preparación. -29.12.2020: Hemocultivos positivos para Proteus mirabilis resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para Proteus mirabilis pansensible y Klebsiella pneumoniae productora decarboxenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para Staphylococcus capitis. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para C. albicans. -07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para K. pneumoniae KPC. IMÁGENES: 15.01.2021 TAC Abdomen y pelvis: Distensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocántérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocántérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesical 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocántérica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. Paciente con osteomielitis confirmada mediante resonancia, en seguimiento por infectología quienes indican pauta antibiótica por seis semanas, haciendo cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Fue valorada por ortopedia quienes refieren que no requiere más intervenciones por su especialidad. En seguimiento por psiquiatría en relación a síntomas de ansiedad y agresividad, durante los últimos días con alteración del patrón del sueño que se sospecha tiene relación con administración de medicamentos, por lo cual deciden hacer rotación de horario. Por otro lado, dado que ha tenido lupus refractario a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina. El día 12.01.2021 fue llevada a nuevo lavado + desbridamiento + cambio de VAC, en el cual hubo hallazgos de úlcera sacra 10 x 8 cm tejido de granulación limpio, úlcera trocánterica izquierda con suturas limpias y úlcera trocánterica derecha semicerrada con salivado líquido serohemático. Se solicitó valoración por Cirugía plástica para definir plan de cierre de heridas. Actualmente la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, realizando episodios de taquicardia aislados, con resto de signos vitales en rangos de normalidad, con adecuada modulación del dolor. Sistema VAC funcional, con drenaje de 10cc en las últimas 24 horas. Hoy tiene programado procedimiento quirúrgico para lavado con desbridamiento de VAC, se está en espera de valoración por cirugía plástica para definir manejo. Se mantendrá en

seguimiento por parte de cirugía general.

-Continúa hospitalizada a cargo de Reumatología -Nada via oral previo a la cirugía -Llevar a la paciente a procedimiento quirúrgico. -Avisar cambios a cirujano de turno

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.01.2021

Hora Registro: 09:22:49

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGÍA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con ilio adinámico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Menos dolor abdominal, tolera vía oral, sin fiebre. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: SV T 36.2 FC 110 FR 18 TA 111/70 TAM 83 SO2 99% Peso: 48 kg Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen MENIOS DISTENDIDO. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 Hb 7.4 Leucos 3850 Neutros 2370 Linfos 1030 Plaquetas 437 PCR 5.4* BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico,se recomienda considerar ileo.Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiologíaséptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con lasuperficie ósea.Colección trocantérica

izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. 15.1.21 3era dosis inmunoglobulina 1 gr/kg con tolerancia. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocanterica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposicion de fascia lata y capsula articular trocanterica membranas fibrinopurulenta, trocanterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposicion de trocanter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Nuevo lavado quirúrgico el día 12.01.21. --ILEO caus no clara, seguimiento por cirugía general. - 12.1.21 revision quirurgica sin complicaciones, encontrando ulceras troncantericas on mejoría, se hizo lavado a estas lesiones y la ulcera sacra. Sigue con sistema VAC y tiene pendiente nueva intervencion quirurgica. próxima cirugía para HOY 18.01.2020 donde cirugía plastica evaluara la ulcera y definir manejo por dicha especialidad - En seguimiento por psiquiatría. - Holter KEG reporta taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. Electrofisiología indica observar. Vigilar SIRS.

Vigilar ileo - Rehabilitación física - Ceftazidima/Avibactam FI 28.12.2020 (DIA 13/42) - Sultamicilina FI 11/01/21 (día 2/42) - Seguimiento por cirugía general y psiquiatría.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 18.01.2021

Hora Registro: 12:08:44

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRI

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. SEGUIMIENTO # 6. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en cama, sola, se observa mayor organización de la ejecución de la tarea.

OBJETIVO: **Realizo la actividad asignada y se gratifica porque ha descubierto nuevas habilidades.**

ANALISIS: Se asigna paso de la actividad para favorecer capacidad del desempeño.

PLAN: **Se realiza actividad psicoeducativa sobre la importancia de fomentar nuevas habilidades para el manejo del tiempo libre en el entorno hospitalario.** Explico y despejo dudas. Se realiza intervencion siguiendo las medidas de bioseguridad.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 18.01.2021

Hora Registro: 12:34:27

Responsable: PEÑA PEÑA, SELFI LUZ

NUTRICION

NUTRICION 1. DIETA BLANDA , REF AM GELATINA + HARINA Y PM FRUTA PICADA (PAPAYA, MANGO, PIÑA), NO ENVIAR CAFE EN DESAYUNO REMPLAZO AVENA SIN LECHE O JUGO DE NARANJA O UVA, ALMUERZO Y CENA: PROTEINA ASADA CREMA DAR VARIEDAD NO ENVIAR SOPA, NO LEGUMINOSAS, NO QUESO, NO YOGURT, NO

SALSAS 2.NUTREN 1.5 VIA ORAL A LAS 9, 15 Y 19 HORAS 3. VIGILAR SINTOMAS GASTROINTESTINALES ADVERSOS.
4.MIPRES ACTIVO 20210114174025472279

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 18.01.2021

Hora Registro: 13:04:47

Responsable: FRANCO FLOREZ, MARIA JOSEFA

Tipo de herida :

Contaminada

Descripción de la prestación :

SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SU

Hallazgos :

ulcera sacra aprox 10 cm ,fondo con granulacion limpia y bien perfundida ulcera trocanterica derecha con tres puntos de afrontamiento de piel,drena liquido cetrino hematico ,no pus, no se palpa hueso, se palpa tejido de granulacion,se observa fondo limpio granulando herida qx en trocanter izquierdo

Descripción procedimiento :

paciente en decubito lateral izquierdo retiro de sistema vac sacro y apositos trocantericos-revisa lesiones Dr audrey (CX PLASTICA) asepsia y antisepsia con yodados en cadera y gluteos colocacion de campos qx lavado con canula por herida trocanterica derecha 1 lt ,se deja aposito y fixomul lavado con 1 lt de salina ulcera sacra ,se deja vac small con barrera lisa alrededor de 20cm, platico adherente ,sensatrack que se conecta a canister antiguo a pr 75 mmhg continuo intensidad media se cambia aposito de herida trocanterica izquierda y se fija con fixomul curaicon

Complicaciones :

no

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 18.01.2021

Hora Registro: 13:05:17

Responsable: FRANCO FLOREZ, MARIA JOSEFA

cirugia general contuinar manejo de vac sacro y lavado herida trocanterica por TEO pendiente cx por plastica
-colgajos mantener mediadas antiescaras

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.01.2021

Hora Registro: 18:11:41

Responsable: MIRANDA DIAZ, AUDREY JOSE

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Tipo de Evolución: Evolución

Cirugia plastica Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérea izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC Paciente adulta con historia clinica con gran ulcera sacra, quien se valoro en el dia de hoy durante lavado y cambio de sistema de presion negativa por cirugia general, encontrando ulcera con fondo limpio y tejido de granulacion. Se considera que la paciente se beneficia de cubrimiento con colgajo, el cual se realizara como primera opcion colgajo de perforante glutea superior unilateral vs bilateral. Se explica a madre procedimiento, riesgos y complicaciones las cuales entiende y acepta. Se solicita procedimiento.

-

-

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.01.2021

Hora Registro: 10:52:48

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Menos dolor abdominal, tolera vía oral, sin fiebre. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: SV T 36.2 FC 110 FR 18 TA 111/70 TAM 83 SO2 99% Peso: 48 kg Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen MENIOS DISTENDIDO. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTÉRICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 Hb 7.4 Leucos 3850 Neutros 2370 Linfos 1030 Plaquetas 437 PCR 5.4* BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar ileo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocantérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs

LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. 15.1.21 3era dosis inmunoglobulina 1 gr/kg con tolerancia. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocántero, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocánterica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocánterica membranas fibrinopurulenta, trocánterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocánter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Nuevo lavado quirúrgico el día 12.01.21. --ILEO caus no clara, seguimiento por cirugía general. - 12.1.21 revision quirúrgica sin complicaciones, encontrando ulceras trocánterica on mejoría, se hizo lavado a estas lesiones y la ulcera sacra. Sigue con sistema VAC y tiene pendiente nueva intervención quirúrgica. **próxima cirugía para HOY 18.01.2020 donde cirugía plástica evaluará la ulcera y definir manejo por dicha especialidad** - En seguimiento por psiquiatría. - Holter KEG reporta taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. Electrofisiología indica observar. 19.01.2021: PACIENTE CON MULTIPLES COMORBILIDADES, **LES EN CONTROL, PERO CON ALTISIMO RIESGO DE RECAIDA** - POR ESTADO ACTUAL- DEBE ESTAR EN VIGILANCIA CONJUNTA CON CIRUGIA.

Vigilar ileo - Rehabilitación física - Ceftazidima/Avibactam FI 28.12.2020 (DIA 14/42) - Sultamicilina FI 11/01/21 (día 3/42) - Seguimiento por cirugía general y psiquiatría.

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.01.2021

Hora Registro: 13:49:53

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Manejo diario

CIRUGÍA GENERAL Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocánterica izquierda y derecha con sistema VAC - Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por S. hominis (resuelta) Antecedentes patológicos: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020- 14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Metronidazol (28.12.2020 – 05.12.2021) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – 13.01.2021) - Sultamicilina 08.01.2021 - ACTIVO -Clotrimazol 11.01.2021- ACTIVO Subjetivo: Paciente refiere encontrarse en buenas condiciones generales, haber pasado buena noche, con buen manejo del dolor. Diuresis y deposiciones positivas, tolerando adecuadamente vía oral, niega síntomas gastrointestinales y respiratorios.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en cama de hospitalización, alerta, acompañada de familiar, colaboradora, sin facies algicas, sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES FECHA HORA T° FC FR TAS TAD
TAM SATO2 19.01.2021 04:35:52 36,20 114,00 20,00 100,00 70,00 80,00 97,00 19.01.2021 00:03:24 36,30 99,00 20,00 88,00 58,00 68,00 99,00 18.01.2021 20:00:00 35,60 112,00 20,00 93,00 63,00 73,00 87,00 18.01.2021 16:00:00 37,20 138,00 22,00 97,00 53,00 67,67 97,00 18.01.2021 12:00:00 36,00 125,00 21,00 97,00 69,00 78,33 100,00 18.01.2021 08:00:00 36,20 110,00 18,00 111,00 70,00 83,67 99,00 Cabeza y cuello: Normocefa, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Abdomen: Abdomen no distendido, blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Extremidades: Simétricas, hipotróficas, sin edema. Escaras trocánterica y sacra con sistema VAC con buen sello, funcionando adecuadamente, salida 10 cc de líquido serohemático en 24 horas. SNC: Alerta, déficit neurológico ya conocido Paraclínicos: -16.01.2021 BUN 8 Cr 0,25 Na 138,9 K 3.92 Mg 2.08 P 4.94 Inice renal 32.8 PC

5,4 Hb 7.4 hto 25.6 Leucos 3.85 N 2.37 L 1.03 PLT 437 -12.01.2021 Cr 0.27, Hcto 30%, Hb 8.6, LEU 5560, N 68%, PLT 452000. Mg 1.96, BUN 7.5, K 3.65, NA 139 -10.01.2021 Cr 0.25, Cl 103, BUN 8.5, K 3.7, PCR 7.67, Na 139. Hcto 24%, Hb 7.1, LEU 6.880, N 71%, PLT 468.000. -09.01.2021: cloro:103.6 PCR: 7.67 -07.01.2021: leucos 6440, N 4340, L 1450, plaquetas 501000, hemoglobina 7.1, BUN 11, creatinina 0.26, PCR 4.42, sodio 139, potasio 3.7, cloro 104. -06.01.2021: PT 13.8, PTT 46.7, INR 1.21, BUN 7.4, Creatinina 0.26, Sodio 140.5, Potasio 4.4, Cloro 104.6 -05.01.2021: Hb 7.4, HTO 26.5, PLT 558, Leu 9.01, N 6.11, L 1.87, PCR 4.07 -02.01.2021: Proteínas totales 5.4, Albumina 2.34, PT 14.8, PTT 53.1, INR 1.3 -01.01.2021: PCR ordenada -30.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.5, Hematocrito 21.8%, Leucocitos 9210, Neutrófilos 7200 (78.2%), Linfocitos 1410 (15.3%), Plaquetas 537000, Creatinina 0.29, Sodio 142.9, Potasio 4, Cloro 107, Magnesio 2.1, Fósforo 3.56 -29.12.2020: Hemograma: Hemoglobina 6.8, Hematocrito 22.3%, Leucocitos 12830, Neutrófilos 11620 (90.5%), Linfocitos 690 (5.4%), Plaquetas 528000 Microbiológico: -14.01.2021: coprológico negativo -08.01.2021: Cultivo trocánter derecho positivo para Enterococcus Faecalis -06.01.2021: Cultivo trocánter derecho en proceso. Gram hueso trocánter derecho: No se observan bacterias en la preparación, no se observan células epiteliales en la preparación, se observan ocasionales células epiteliales en la preparación. -29.12.2020: Hemocultivos positivos para Proteus mirabilis resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para Proteus mirabilis pansensible y Klebsiella pneumoniae productora decarbaenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para Staphylococcus capitis. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para C. albicans. -07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para K. pneumoniae KPC. IMÁGENES: 15.01.2021 TAC Abdomen y pelvis: Distensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocánterica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocánterica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesical 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocánterica bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocánterica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. Paciente con osteomielitis confirmada mediante resonancia, en seguimiento por infectología quienes indican pauta antibiótica por seis semanas, haciendo cambio de antibiótico a Cefazidima/ Avibactam + sulfamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Fue valorada por ortopedia quienes refieren que no requiere más intervenciones por su especialidad. En seguimiento por psiquiatría en relación a síntomas de ansiedad y agresividad, durante los últimos días con alteración del patrón del sueño que se sospecha tiene relación con administración de medicamentos, por lo cual deciden hacer rotación de horario. Por otro lado, dado que ha tenido lupus refractario a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina. El día 18.01.2021 tuvo nuevo lavado + desbridamiento + cambio de VAC donde se reporta úlcera sacra aprox 10 cm, fondo con granulación limpia y bien perfundida, no pus, no se palpa hueso. Úlcera trocánterica derecha con 3 puntos de afrontamiento de piel con fondo limpio, cirugía plástica valoró considerando que la paciente se beneficia de cubrimiento con colgajo, el cual se realizara como primera opción colgajo de perforante glútea superior unilateral vs bilateral. Actualmente la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, persiste con episodios taquicárdicos, resto de signos vitales en rangos de normalidad, con adecuada modulación del dolor, deposiciones y diuresis sin alteración. Sistema VAC funcional, con drenaje de 10cc en las últimas 24 horas. Se mantendrá en seguimiento por parte de cirugía general mientras es llevada a cirugía por Cirugía plástica.

-Continúa hospitalizada a cargo de Reumatología -Dieta prescrita por Nutrición -Terapia física para promover movilización y peristaltismo - Avisar cambios a cirujano de turno

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 20.01.2021

Hora Registro: 12:08:50

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRÍA

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRÍA. SEGUIMIENTO # 7. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en compañía de la madre, expresa interés en continuar con la ejecución de la actividad con propósito.

OBJETIVO: Realizo la actividad asignada y evidencia mejor interacción con el entorno y sensación de logro asociada a la creencia en las habilidades.

ANÁLISIS: Se asigna paso de la actividad para reforzar logros obtenidos.

PLAN: Se realiza actividad psicoeducativa sobre la importancia de participar activamente en las actividades relacionadas con el cuidado de su salud física y mental. Explico y despejo dudas. Se realiza intervención siguiendo las

medidas de bioseguridad.

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.01.2021

Hora Registro: 13:02:37

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos con xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Menos dolor abdominal, tolera vía oral, sin fiebre. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: SV T 36.2 FC 110 FR 18 TA 111/70 TAM 83 SO2 99% Peso: 48 kg Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen MENIOS DISTENDIDO. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 Hb 7.4 Leucos 3850 Neutros 2370 Linfos 1030 Plaquetas 437 PCR 5.4* BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar ileo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocánterica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocánterica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. 15.1.21 3era dosis inmunoglobulina 1 gr/kg con tolerancia. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocántero, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocánterica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocánterica membranas fibrinopurulentas, trocánterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocánter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semanas, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Nuevo lavado quirúrgico el día 12.01.21. --ILEO caus no clara, seguimiento por cirugía general. - 12.1.21 revisión quirúrgica sin complicaciones, encontrando úlceras trocántericas on mejoría, se hizo lavado a estas lesiones y la úlcera sacra. Sigue con sistema VAC y tiene pendiente nueva intervención quirúrgica. próxima cirugía para HOY 18.01.2020 donde cirugía plástica evaluará la úlcera y definir manejo por dicha especialidad - En seguimiento por psiquiatría. - Holter KEG reporta taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. Electrofisiología indica observar.

20.01.2021: PACIENTE CON MÚLTIPLES COMORBILIDADES, LES EN CONTROL, PERO CON ALTÍSIMO RIESGO DE RECAÍDA- POR ESTADO ACTUAL- DEBE ESTAR EN VIGILANCIA CONJUNTA CON CIRUGÍA. AL DÍA DE HOY MAS ACTIVA, EN TERAPIA DE REHABILITACION

Vigilar ileo - Rehabilitación física - Sultamicilina FI 11/01/21 (día 3/42) - Seguimiento por cirugía general y psiquiatría.

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.01.2021

Hora Registro: 11:56:19

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con ilio adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico.

Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Menos dolor abdominal, tolera vía oral, sin fiebre. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: TA 109/74 FC 110 FR 21 T 37.2 SaO₂ 97% Peso: 48 kg Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen MENIOS DISTENDIDO. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTÉRICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 Hb 7.4 Leucos 3850 Neutros 2370 Linfos 1030 Plaquetas 437 PCR 5.4* BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen Opinión Distensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocantérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. 15.1.21 3era dosis inmunoglobulina 1 gr/kg con tolerancia. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocantérica membranas fibrinopurulenta, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocater mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Nuevo lavado quirúrgico el día 12.01.21. --ILEO caus no clara, seguimiento por cirugía general. - 12.1.21 revision quirurgica sin complicaciones, encontrando ulceras troncantericas on mejoría, se hizo lavado a estas lesiones y la ulcera sacra. Sigue con sistema VAC y tiene pendiente nueva intervencion quirurgica. próxima cirugía para HOY 18.01.2020 donde cirugía plastica evaluara la ulcera y definir manejo por dicha especialidad - En seguimiento por psiquiatria. - Holter KEG reporta taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. Electrofisiología indica observar.

-Actualmente sin actividad paraclínica o clínica del lupus, sin embargo con requerimiento de rehabilitación física, riesgo de recaída. Se encuentra pendiente definir por parte de cirugía general y plástica realización de colgajo, se solicitan paraclínicos para mañana.

Vigilar ileo - Rehabilitación física - Sultamicilina FI 11/01/21 (día 10/42) - Ceftazidime avibactam - Seguimiento por cirugía general y psiquiatría.

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.01.2021

Hora Registro: 12:01:40

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Manejo diario

CIRUGÍA GENERAL Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocántera izquierda y derecha con sistema VAC - Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) Antecedentes patológicos: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Metronidazol (28.12.2020 – 05.12.2021) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – 13.01.2021) - Sultamicilina 08.01.2021 - ACTIVO) -Clotrimazol 11.01.2021- ACTIVO Subjetivo: Familiar de la paciente refiere que pasó buena noche, con mejor modulación del dolor, niega alzas térmicas, náuseas o vómitos. Tolerando adecuadamente la vía oral, diuresis y deposiciones positivas sin alteraciones. Paciente permanece dormida durante la visita médica

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en cama de hospitalización, alerta, acompañada de familiar, colaboradora, sin facies algicas, sin signos de dificultad respiratoria. Paciente en cama de hospitalización, en compañía de familiar, quien se encuentra alerta, orientada, en regulares condiciones generales, sin facies algicas, sin signos de dificultad respiratoria, sin soporte ventilatorio. SIGNOS VITALES FECHA HORA T° FC FR TAS TAD TAM SAO2
21.01.2021 00:01:00 36,80 85,00 19,00 85,00 53,00 63,67 94,00 20.01.2021 20:00:00 36,70 105,00 21,00 100,00 69,00 79,33 94,00 20.01.2021 16:00:00 36,30 106,00 18,00 94,00 66,00 75,33 97,00 20.01.2021 12:00:00 36,10 123,00 20,00 101,00 73,00 82,33 97,00 20.01.2021 08:00:00 37,50 92,00 21,00 98,00 64,00 75,33 97,00 20.01.2021 04:00:00 35,50 88,00 20,00 90,00 55,00 66,67 98,00 Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular presente y simétrico en todos los campos pulmonares. Abdomen: Abdomen blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Simétricas, hipotróficas, sin edema. Escaras trocántéricas y sacra con sistema VAC con buen sello, funcionando adecuadamente, sin signos de infección, inflamación o sangrado. salida de 100 cc de líquido serohemático las últimas 24 horas. No se observa eritema en región lumbar, ni signos de inflamación o infección. SNC: Alerta, fuerza 5/5 en miembros superiores y 1/5 en miembros inferiores. Déficit neurológico ya conocido. Paraclínicos: - 20.01.2021: Hb: 8.6 HTO: 30 Leu: 3690 N: 2130 L: 1.20 plq: 473000 PT: 13.1 PTT: 44.8 INR: 1.14 -16.01.2021 BUN 8 Cr 0,25 Na 138,9 K 3.92 Mg 2.08 P 4.94 Inice renal 32.8 PC 5,4 Hb 7.4 hto 25.6 Leucos 3.85 N 2.37 L 1.03 PLT 437 -12.01.2021 Cr 0.27, Hcto 30%, Hb 8.6, LEU 5560, N 68%, PLT 452000. Mg 1.96, BUN 7.5, K 3.65, NA 139 -10.01.2021 Cr 0.25, Cl 103, BUN 8.5, K 3.7, PCR 7.67, Na 139. Hcto 24%, Hb 7.1, LEU 6.880, N 71%, PLT 468.000. Microbiológico: -14.01.2021: coprológico negativo -08.01.2021: Cultivo trocánter derecho positivo para *Enterococcus Faecalis* -06.01.2021: Cultivo trocánter derecho en proceso. Gram hueso trocánter derecho: No se observan bacterias en la preparación, no se observan células epiteliales en la preparación, se observan ocasionales células epiteliales en la preparación. -29.12.2020: Hemocultivos positivos para *Proteus mirabilis* resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. -07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. IMÁGENES: 15.01.2021 TAC Abdomen y pelvis: Distensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar ileo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocántérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocántérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesical 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocantérica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. Osteomielitis confirmada mediante resonancia, en seguimiento por infectología quienes indican pauta antibiótica por seis semanas, haciendo cambio de antibiótico a Ceftazidima/Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de *E. faecalis* en nuevo cultivo de hueso. Fue valorada por ortopedia quienes refieren que no requiere más intervenciones por su especialidad. En seguimiento por psiquiatría en relación a síntomas de ansiedad y agresividad, durante los últimos días con alteración del patrón del sueño que se sospecha tiene relación con administración de medicamentos, por lo cual deciden hacer rotación de horario. Por otro lado, dado que ha tenido lupus refractario a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina, reumatología comenta que su enfermedad está controlada y no requiere más seguimiento ni intervenciones por parte de esta especialidad por lo cual hablan con hospitalaria de piso para solicitar se deje a la paciente a cargo de cirugía general, quedará a cargo de la Dra. Josefa Franco. El día 18.01.2021 fue su último lavado + desbridamiento + cambio de VAC donde se reporta ulcera sacra aprox 10 cm, fondo con granulación limpia y bien perfundida, no pus, no se palpa hueso. Ulcera trocantérica derecha con 3 puntos de afrontamiento de piel con fondo limpio, cirugía plástica valoró considerando que la paciente se beneficia de cubrimiento con colgajo, el cual se realizara como primera opción colgajo de perforante glútea superior unilateral vs bilateral. Cirugía plástica aún no realiza el procedimiento. Actualmente sistema VAC funcional, sin signos de infección, inflamación o sangrado a su alrededor. Actualmente la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con episodios de taquicardia aislada y resto de con signos vitales dentro de rangos de normalidad, sin alzas térmicas las últimas 24 horas, con adecuada modulación del dolor, abdomen permanece sin distensión y sigue presentando deposiciones de forma constante. Paraclínicos de control sin hallazgos significativos respecto a previos, con aumento de la hemoglobina, **Se mantendrá en seguimiento por parte de cirugía general mientras es llevada a procedimiento quirúrgico por parte de Cirugía plástica.** Se explica a paciente y acompañante quienes refieren entender y aceptar.

- Permanecer hospitalizado a cargo de reumatología - Dieta establecida por nutricionista - Continuar terapia física - Continuar igual manejo médico pendiente programación por cirugía plástica

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.01.2021

Hora Registro: 12:23:03

Responsable: MIRANDA DIAZ, AUDREY JOSE

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Tipo de Evolución: Evolución

Cirugía plástica Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. **Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC** Paciente adulta con historia clínica con gran ulcera sacra, en plan de cubrimiento de ulcera con colgajo perforante glútea superior unilateral vs bilateral, procedimiento que esta programado para mañana. Requiere reserva de 2 GRE. Se explica a madre procedimiento, riesgos y complicaciones las cuales entiende y acepta. Se firma consentimiento informado.

-
-
-

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.01.2021

Hora Registro: 10:35:03

Responsable: MUÑOZ VIDAL, DIANA CAROLINA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérica izquierda y derecha con sistema VAC - Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) Antecedentes patológicos: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-

14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Metronidazol (28.12.2020 – 05.12.2021) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – 13.01.2021) - Sultamicilina 08.01.2021 - ACTIVO) -Clotrimazol 11.01.2021- ACTIVO Subjetivo: Familiar de la paciente comenta que esta pasó buena noche, con mejor modulación del dolor, niega alzas térmicas, náuseas o emesis. Tolerando adecuadamente la vía oral, diuresis y deposiciones positivas sin alteraciones. Paciente no colabora durante visita médica.

*Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: Paciente en cama de hospitalización, alerta, acompañada de familiar, colaboradora, sin facies algicas, sin signos de dificultad respiratoria. Paciente en cama de hospitalización, en compañía de familiar, dormida, en regulares condiciones generales, sin facies algicas, sin signos de dificultad respiratoria, sin soporte ventilatorio. SIGNOS VITALES FECHA HORA T° FC FR TAS TAD TAM SAO2 22.01.2021 04:00:00 35,50 105,00 19,00 85,00 58,00 67,00 97,00 22.01.2021 00:00:01 36,40 125,00 20,00 93,00 66,00 75,00 98,00 21.01.2021 20:00:00 37,40 145,00 21,00 92,00 66,00 74,67 98,00 21.01.2021 16:00:00 35,70 128,00 22,00 100,00 71,00 80,67 99,00 21.01.2021 12:00:00 35,40 118,00 22,00 117,00 77,00 90,33 98,00 21.01.2021 08:00:00 37,20 110,00 21,00 109,00 74,00 85,67 97,00 21.01.2021 04:00:00 36,80 100,00 19,00 98,00 62,00 74,00 93,00 Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular presente y simétrico en todos los campos pulmonares. Abdomen: Abdomen blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Simétricas, hipotróficas, sin edema. Escaras trocántéricas y sacra con sistema VAC con buen sello, funcionando adecuadamente, sin signos de infección, inflamación o sangrado. salida de 20 cc de líquido serohemático las últimas 24 horas. No se observa eritema en región lumbar, ni signos de inflamación o infección. SNC: Alerta, fuerza 5/5 en miembros superiores y 1/5 en miembros inferiores. Déficit neurológico ya conocido. Paraclínicos: - 20.01.2021: Hb: 8.6 HTO: 30 Leu: 3690 N: 2130 L: 1.20 plq: 473000 PT: 13.1 PTT: 44.8 INR: 1.14 -16.01.2021 BUN 8 Cr 0,25 Na 138,9 K 3.92 Mg 2.08 P 4.94 Inice renal 32.8 PC 5,4 Hb 7.4 hto 25.6 Leucos 3.85 N 2.37 L 1.03 PLT 437 -12.01.2021 Cr 0.27, Hcto 30%, Hb 8.6, LEU 5560, N 68%, PLT 452000. Mg 1.96, BUN 7.5, K 3.65, NA 139 -10.01.2021 Cr 0.25, Cl 103, BUN 8.5, K 3.7, PCR 7.67, Na 139. Hcto 24%, Hb 7.1, LEU 6.880, N 71%, PLT 468.000. Microbiológico: -14.01.2021: coprológico negativo -08.01.2021: Cultivo trocánter derecho positivo para Enterococcus Fecalis -06.01.2021: Cultivo trocánter derecho en proceso. Gram hueso trocánter derecho: No se observan bacterias en la preparación, no se observan células epiteliales en la preparación, se observan ocasionales células epiteliales en la preparación. -29.12.2020: Hemocultivos positivos para Proteus mirabilis resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para Proteus mirabilis pansensible y Klebsiella pneumoniae productora de carbapenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para Staphylococcus capitis. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para C. albicans. -07.12.2020: Cultivo escara sacra positivo para K. pneumoniae KPC. IMÁGENES: 15.01.2021 TAC Abdomen y pelvis: Distensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocántérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocántérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesical 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocántéricas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocántérica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. Osteomielitis confirmada mediante resonancia, en seguimiento por infectología quienes indican pauta antibiótica por seis semanas, haciendo cambio de antibiótico a Ceftazidima/Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Fue valorada por ortopedia quienes refieren que no requiere más intervenciones por su especialidad. En seguimiento por psiquiatría en relación a síntomas de ansiedad y agresividad, durante los últimos días con alteración del patrón del sueño que se sospecha tiene relación con administración de medicamentos, por lo cual deciden hacer rotación de horario. Por otro lado, dado que ha tenido lupus refractario a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina, reumatología comenta que su enfermedad está controlada y no requiere más seguimiento ni intervenciones por parte de esta especialidad por lo cual hablan con hospitalaria de piso para solicitar se deje a la paciente a cargo de cirugía general, quedará a cargo de la Dra. Josefa Franco. El día 18.01.2021 fue su último lavado + desbridamiento + cambio de VAC donde se reporta úlcera sacra aprox 10 cm, fondo con granulación limpia y bien perfundida, no pus, no se palpa hueso. Úlcera trocánterica derecha con 3 puntos de afrontamiento de piel con fondo limpio, cirugía plástica valoró considerando que la paciente se beneficia de cubrimiento con colgajo, el cual se realizará como primera opción colgajo de perforante glútea superior unilateral vs bilateral. Actualmente la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, persiste con taquicardia la mayor parte del tiempo, resto de signos vitales en rangos de normalidad, no ha tenido alzas térmicas las últimas 24 horas, ha tolerado adecuadamente la vía oral, con buena modulación del dolor, realizando deposiciones.

Para el día de hoy no tiene paraclínicos de control, la paciente será llevada a procedimiento quirúrgico por parte de cirugía plástica. Estaremos atentos a su evolución.

- Hospitalización - Dieta establecida por nutricionista - Continuar terapia física - Continuar igual manejo médico - Llevar a procedimiento quirúrgico

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.01.2021

Hora Registro: 11:33:37

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 °C, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Menos dolor abdominal, tolera vía oral, sin fiebre. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36.4 FC 116 X MIN FR 20 X MIN PESO 48 KG TA 102/73 TAM 82 MMHG SAT 98% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen MENIOS DISTENDIDO. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONANDO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 Hb 7.4 Leucos 3850 Neutros 2370 Linfos 1030 Plaquetas 437 PCR 5.4* BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen Opinión Distensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de

escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocantérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. 15.1.21 3era dosis inmunoglobulina 1 gr/kg con tolerancia. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocantérico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocantérica membranas fibrinopurulenta, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocanter mayor, membranas fibrinopurulenta. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Nuevo lavado quirúrgico el día 12.01.21. --ILEO caus no clara, seguimiento por cirugía general. - 12.1.21 revisión quirúrgica sin complicaciones, encontrando úlceras trocantéricas on mejoría, se hizo lavado a estas lesiones y la úlcera sacra. Sigue con sistema VAC. - Paciente en proceso de rehabilitación física, sin deterioro clínico, signos vitales aceptables (persiste taquicárdica, ya evaluada con Holter EKG) en manejo expectante según criterio de electrofisiología. - Hoy será llevada a intervención quirúrgica por cirugía plástica para intentar cubrir defecto sacro con colgajo. Atentos a evolución.

- Intervención por cirugía plástica hoy 22.1.21 - Rehabilitación física - Sultamicilina FI 11/01/21 (día 11/42) - Ceftazidima avibactam - Seguimiento por cirugía general y psiquiatría.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 22.01.2021

Hora Registro: 12:04:32

Responsable: ATEHORTUA RESTREPO, MARTHA CECILIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL – PSIQUIATRIA. SEGUIMIENTO # 8. SUBJETIVO: Visito paciente en la habitación, se encuentra en compañía de la madre, se observa mayor capacidad para expresar emociones.

OBJETIVO: Realizo parcialmente la actividad asignada y evidencia poca tolerancia a la frustración que se observa a través de la dificultad para resolver problemas sencillos durante la ejecución de la actividad.

ANALISIS: Se asigna paso de la actividad buscando mejorar canalización de la frustración y resolución de problemas.

PLAN: Se realiza actividad psicoeducativa sobre la importancia de planear la ejecución para mejorar la resolución de problemas. Explico y despejo dudas. Se realiza intervención siguiendo las medidas de bioseguridad.

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 22.01.2021

Hora Registro: 19:12:34

Responsable: MIRANDA DIAZ, AUDREY JOSE

Tipo de herida :

Limpia

Descripción de la prestación :

COLGAJO LIBRE COMPUESTO CON TECNICA MICR

Hallazgos :

Úlcera sacra Grado IV de 10 x 10 cm con bordes irregulares y macerados y escaso tejido de granulación

Descripción procedimiento :

Bajo anestesia general Previa asepsia y antisepsia Colocación de campo estéril Marcación de perforante de arteria glútea superior derecha con doppler color y posterior delimitación y diseño de colgajo Bajo visión con lupas microquirúrgica se realiza: Incisión en bordes superior de colgajo, disección subfacial hasta evidenciar perforante de arteria glútea superior Disección de perforante en su trayecto intramuscular hasta llegar a arteria glútea superior Colocación de ligaclips 100 en colaterales para permitir movilidad de colgajo Tallado de colgajo dejando dependiendo de perforante descrita Avance de colgajo hasta lograr cubrimiento de defecto Hemostasia exhaustiva Cierre por planos de colgajo y de área donante de colgajo con PDS 1.0,2.0, Monocryl 3.0 y prolene 3.0 Se deja dren de 19 Fr a reservorio de 400 cc Cubrimiento de colgajo con bactigras, gasa estéril, apósito de quemado y fixomul.

Complicaciones :

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.01.2021

Hora Registro: 19:14:43

Responsable: MIRANDA DIAZ, AUDREY JOSE

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Tipo de Evolución: Evolución

Cirugía plástica **Pop de colgajo de perforante de arteria glútea superior derecha para cubrimiento de úlcera sacra, sin complicaciones.** Requiere continuar manejo postquirúrgico intrahospitalario, se solicita hemograma de control. No debe tener presión sobre área de colgajo en región sacra, ni glúteo derecho.

-

-

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.01.2021

Hora Registro: 09:38:33

Responsable: MIRANDA DIAZ, AUDREY JOSE

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Tipo de Evolución: Evolución

Cirugía plástica Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocántera izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). - Pop de colgajo de perforante de arteria glútea superior derecha para cubrimiento de úlcera sacra (22.01.2021) 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC S: Paciente tranquila en cama, dolor controlado, diuresis presente por sonda vesical O: Alerta, orientada Signos vitales: FC: 37.7 FR: 125 FR: 19 TA: 93/47 TA: 62 Sat: 99 Región sacra: Curación limpia, se revisa colgajo a través de ventana evidenciando colgajo vital, eutermico, llenado capilar de 2 seg, no congestión venosa, dren con drenaje serohematológico de 50 cc en las últimas 12 horas Cara: Pequeñas flictenas en mentón Hb posquirúrgica: 7.7 A/P: Paciente adulta con antecedente de LES con múltiples morbilidades asociada a su enfermedad de base, quien presentó úlcera sacra grado IV que requirió manejo con colgajo de perforante de arteria glútea superior derecha, en el momento colgajo vital y drenaje serohematológico escaso por dren; tiene hb de control de 7.7 pero paciente en contexto de anemia crónica y buen estado actual se colgajo, se espera evolución. Se solicita hemoglobina y hematocrito de control durante la noche. **Se insiste en movilización en cama periódica y no debe tener presión sobre área de colgajo en región sacra, ni glúteo derecho.**

-

-

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.01.2021

Hora Registro: 10:00:30

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Menos dolor abdominal, tolera vía oral, sin fiebre *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T FC FR TA TAM sat 4:00:00 36,10 141,0 18,0 90/60,0 70,0 99,0 8:00:00 37,70 125,0 19,0 93/47,0 62,330 Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen MENIOS DISTENDIDO. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 Hb 7.4 7.7 Leucos 3850 5830 Neutros 2370 3890 Linfos 1030 1220 Plaquetas 437 426 PCR 5.4* BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicrdia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar ileo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocantérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en

cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. 15.1.21 3era dosis inmunoglobulina 1 gr/kg con tolerancia. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, en contacto con segmentos sacro-coccígeos, atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Progresión con 2 escaras más a nivel trocánterico, una severa que se sobreinfectó, tto meropenem (FI 14.11.20 x 7 días), piperacilina tazobactam (29.11- 06.12.20) por sospecha de neumonía aspirativa. En escara sacra Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos. Picos febriles nocturnos persistentes. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocánterica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposicion de fascia lata y capsula articular trocánterica membranas fibrinopurulenta, trocánterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposicion de trocánter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Nuevo lavado quirúrgico el día 12.01.21. --ILEO caus no clara, seguimiento por cirugía general. - 12.1.21 revision quirurgica sin complicaciones, encontrando ulceras troncantericas on mejoría, se hizo lavado a estas lesiones y la ulcera sacra. Sigue con sistema VAC. - Paciente en proceso de rehabilitación física, sin deterioro clínico, signos vitales aceptables (persiste taquicardica, ya evlauada con Holter EKG) en manejo expectante segun criterio de electrofisiologia. - POP cirugía plástica se cubrio defecto sacro con colgajo. Atentos a evolución. - leison en region de menton- flictenas- pendiente terapia enterostomal.

- Intervencion por cirugía plastica 22.1.21 - Rehabilitación física - Sultamicilina FI 11/01/21 (día 11/42) - Ceftazidima avibactam - Valoracion por terapia enterostomal

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.01.2021

Hora Registro: 12:32:16

Responsable: TORRES DELGADO, MONICA PATRICIA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años FI: 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocánterica izquierda y derecha con sistema VAC - Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteriemia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteriemia por S. hominis (resuelta) Antecedentes patológicos: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC ANTIMICROBIANOS - Imipenem (09.10.2020-14.10.2020) - Vancomicina (05.10.2020-09.10.2020)(13.10.2020-19.10.2020)(08.11.2020- 12.11.2020) - Meropenem (14.11.20-21.11.2020) - REINICIO 26.12.2020 – 28.12.2020 - Piperacilina Tazobactam (29.11.20 - 06.12.20) - Caspofungina (14.10.2020-23.10.2020) - Metronidazol (28.12.2020 – 05.12.2021) - Ceftazidina/Avibactam (28.12.2020 – 13.01.2021) - Sultamicilina 08.01.2021 - ACTIVO -Clotrimazol 11.01.2021- ACTIVO Subjetivo: Familiar de la paciente comenta que paso buena noche, fue llevada el día de ayer a procedimiento quirúrgico por cirugía plástica, con mejor modulación del dolor, niega alzas térmicas, náuseas o emesis. Tolerando adecuadamente la vía oral, diuresis por sonda positiva, deposiciones positivas sin alteraciones.

Usando los ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, según protocolo institucional y normatividad gubernamental para una adecuada protección de los pacientes y la mía, durante el estado de emergencia de salud pública por la actual pandemia COVID-19 se evalúa la paciente: OBJETIVO: Paciente en cama de hospitalización, somnolienta, acompañada de familiar, colaboradora, sin facies algicas, sin signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES T° FC FR PAS PAD PAM SAO2 23.01.2021 37,70 125,00 19,00 93,00 47,00 62,33 99,00 23.01.2021 36,10 141,00 18,00 90,00 60,00 70,00 99,00 23.01.2021 36,00 117,00 18,00 98,00 61,00 73,33 97,00 22.01.2021 35,50 110,00 18,00 100,00 63,00 75,33 96,00 22.01.2021 36,40 116,00 20,00 102,00 73,00 82,67 98,00 Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Presenta lesión eritematosa en mentón de aproximadamente 5 3 cm con múltiples ampollas de pequeño tamaño que aparecieron posterior a intervención quirúrgica. Cuello simétrico, móvil, sin masas. Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular presente y simétrico en todos los campos pulmonares. Abdomen: Abdomen blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Simétricas, hipotróficas, sin edema.

Escaras trocánticas y sacra se retiro sistema VAC ahora con dren con líquido serohemático. SNC: Alerta, fuerza 5/5 en miembros superiores y 1/5 en miembros inferiores. Déficit neurológico ya conocido. Paraclínicos: 23.01.2121: HB 7.7, HTO 27.4, LEUCOCITOS 5830, N 3890, L 1220. PLA 426000 - 20.01.2021: Hb: 8.6 HTO: 30 Leu: 3690 N: 2130 L: 1.20 plq: 473000 PT: 13.1 PTT: 44.8 INR: 1.14 -16.01.2021 BUN 8 Cr 0,25 Na 138,9 K 3.92 Mg 2.08 P 4.94 Inice renal 32.8 PC 5,4 Hb 7.4 hto 25.6 Leucos 3.85 N 2.37 L 1.03 PLT 437 -12.01.2021 Cr 0.27, Hcto 30%, Hb 8.6, LEU 5560, N 68%, PLT 452000. Mg 1.96, BUN 7.5, K 3.65, NA 139 -10.01.2021 Cr 0.25, Cl 103, BUN 8.5, K 3.7, PCR 7.67, Na 139. Hcto 24%, Hb 7.1, LEU 6.880, N 71%, PLT 468.000. Microbiológico: -14.01.2021: coprológico negativo -08.01.2021: Cultivo trocánter derecho positivo para *Enterococcus Fecalis* -06.01.2021: Cultivo trocánter derecho en proceso. Gram hueso trocánter derecho: No se observan bacterias en la preparación, no se observan células epiteliales en la preparación, se observan ocasionales células epiteliales en la preparación. -29.12.2020: Hemocultivos positivos para *Proteus mirabilis* resistente a imipenem -26.12.2020: 10+53 h, INFORME PRELIMINAR HEMOCULTIVO 1 * 27/dic/2020 16:40. Método de Recolección: CVC. Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 17 horas y 37 minutos de incubación. Hemocultivo 2 (igual) Hemocultivo positivo para bacilos Gram negativos, a las 18 horas y 19 minutos de incubación. - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* pansensible y *Klebsiella pneumoniae* productora decarbapenemasas. -15.12.2020: Hemocultivo 1 negativo, 2 positivo para *Staphylococcus capitis*. -15.12.2020: Cultivo de hongos micosis profunda, positivo para *C. albicans*. -07.12.21020: Cultivo escara sacra positivo para *K. pneumoniae* KPC. IMÁGENES: 15.01.2021 TAC Abdomen y pelvis: Distensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar ileo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocántica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocántica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesical 30.12.2020 Resonancia Magnética de pelvis: Escaras trocánticas bilaterales grado 4 con signos de osteomielitis. Escara sacra grado 4 sacra con signos de osteomielitis. Edema difuso de la musculatura de la cintura pélvica bilateral. Derrame articular de la cadera derecha. Vejiga de esfuerzo PROCEDIMIENTO: 22.01.2021: Incisión en bordes superior de colgajo, disección subfacial hasta evidenciar perforante de arteria glútea superior. Disección de perforante en su trayecto intramuscular hasta llegar a arteria glútea superior Colocación de ligacrips 100 en colaterales para permitir movilidad de colgajo Tallado de colgajo dejando dependiendo de perforante descrita Avance de colgajo hasta lograr cubrimiento de defecto Hemostasia exhaustiva Cierre por planos de colgajo y de área donante de colgajo con PDS 1.0,2.0, Monocryl 3.0 y prolene 3.0 Se deja dren de 19 Fr a reservorio de 400 cc Cubrimiento de colgajo con bactigras, gasa esteril, apósito de quemado y fixomul.

Paciente femenina en la tercera década de la vida, con antecedentes descritos, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio debido a úlceras por presión sacra, trocántica izquierda y derecha. Ha sido llevada a múltiples procedimientos quirúrgicos de lavado, desbridamiento y sustitución de sistema VAC. Osteomielitis confirmada mediante resonancia, en seguimiento por infectología quienes indican pauta antibiótica por seis semanas, haciendo cambio de antibiótico a Ceftazidima/Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de *E. faecalis* en nuevo cultivo de hueso. Fue valorada por ortopedia quienes refieren que no requiere más intervenciones por su especialidad. En seguimiento por psiquiatría en relación a síntomas de ansiedad y agresividad, durante los últimos días con alteración del patrón del sueño que se sospecha tiene relación con administración de medicamentos, por lo cual deciden hacer rotación de horario. Por otro lado, dado que ha tenido lupus refractario a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina, reumatología comenta que su enfermedad está controlada y no requiere más seguimiento ni intervenciones por parte de esta especialidad por lo cual hablan con hospitalaria de piso para solicitar se deje a la paciente a cargo de cirugía general, quedará a cargo de la Dra. Josefa Franco. El día 18.01.2021 fue su último lavado + desbridamiento + cambio de VAC donde se reporta úlcera sacra aprox 10 cm, fondo con granulación limpia y bien perfundida, no pus, no se palpa hueso. Úlcera trocántica derecha con 3 puntos de afrontamiento de piel con fondo limpio, cirugía plástica valoró considerando que la paciente se beneficia de cubrimiento con colgajo, el cual se realizara como primera opción colgajo de perforante glútea superior unilateral vs bilateral. El día de ayer 22.01.2021 fue llevada a intervención quirúrgica por cirugía plástica donde realizan colocación de colgajo hasta lograr cubrimiento de defecto y se deja dren. Actualmente la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, sin necesidad de más intervenciones por cirugía general COMETNADA Y DEFINIDA DRA MJ FRANCO

SE CIERRA INTERCONSULTA POR CIRUGIA GENERAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.01.2021

Hora Registro: 10:35:26

Responsable: MIRANDA DIAZ, AUDREY JOSE

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Tipo de Evolución: Evolución

Cirugía plástica Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocántica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarotomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). - Pop de colgajo de perforante de arteria glútea superior derecha para cubrimiento de úlcera sacra (22.01.2021) 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus;

síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC S: Paciente tranquila en cama, dolor controlado, diuresis presente por sonda vesical, en proceso de transfusión de 1 U GRE O: Alerta, orientada Signos vitales: FC: 36.7 FR: 127 FR: 18 TA: 90/60 TA: 70 Sat: 98 Region sacra: Curación limpia, se destapa curación evidenciando colgajo vital, eutermico, llenado capilar de 2 seg, no congestión venosa, dren con drenaje serohemático de 100 cc en las últimas 12 horas Cara: Pequeñas flictenas en mentón A/P: Paciente adulta con antecedente de LES con múltiples morbilidades asociada a su enfermedad de base, quien presentó úlcera sacra grado IV que requirió manejo con colgajo de perforante de arteria glútea superior derecha, en el momento colgajo vital y drenaje serohemático escaso por dren; presentó descenso de hb por lo cual requirió transfusión para optimizar parámetros de viabilidad y perfusión de colgajo. Se estará atento a evolución clínica. Se insiste en movilización en cama periódica y no debe tener presión sobre área de colgajo en región sacra, ni glúteo derecho. Se solicita insumos para curación mañana: - Solución salina 250 cc - Quirucidal sobre - Guantes 7.5 (2) - Apositos de quemados (2) - Fixomull rollo - Gasas estériles (15) - Equipo de curación

-
-
-

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.01.2021

Hora Registro: 16:12:31

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presentó dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con ílio adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmáferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Menos dolor abdominal, tolera vía oral, sin fiebre *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T FC FR TA TAM sat 4:00:00 36,10 141,0 18,0 94/64 74 98% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen MENIOS DISTENDIDO. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 Hb 7.4 7.7 Leucos 3850 5830 Neutros 2370 3890 Linfos 1030 1220 Plaquetas 437 426 VSG 62 PCR 5.4* BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico,se recomienda considerar ileo.Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocaterica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea.Colección trocaterica izquierda.Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. 15.1.21 3era dosis inmunoglobulina 1 gr/kg con tolerancia. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA-terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocaterica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposicion de fascia lata y capsula articular trocaterica membranas fibrinopurulenta, trocaterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposicion de trocater mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. - Paciente en proceso de rehabilitación física, sin deterioro clínico, signos vitales aceptables (persiste taquicardica, ya evaluada con Holter EKG) en manejo expectante segun criterio de electrofisiología. - POP cirugía plástica se cubrio defecto sacro con colgajo. Atentos a evolución. - **leison en region de menton- flictenas- seguimiwnto terapia enterostomal.**

- Intervencion por cirugía plastica 22.1.21 - Rehabilitación física - Sultamicilina FI 11/01/21 (día 13/42) - Ceftazidima avibactam - Valoracion por terapia enterostomal

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.01.2021

Hora Registro: 06:00:56

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores eincontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo

inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 °C, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis*, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con *Proteus*. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Menos dolor abdominal, tolera vía oral, sin fiebre *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T FC FR TA TAM sat 4:00:00 36,10 141,0 18,0 94/64 74 98% Regulares condiciones generales, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, con estertores y roncus basales derechos. Abdomen MENIOS DISTENDIDO. EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 Hb 7.4 7.7 7 Leucos 3850 5830 6130 Neutros 2370 3890 4080 Linfos 1030 1220 1490 Plaquetas 437 426 349 VSG 62 PCR 5.4* BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: *Proteus mirabilis*. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocánterica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocánterica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. 15.1.21 3era dosis inmunoglobulina 1 gr/kg con tolerancia. Como parte del estudio del deterioro neurológico, se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por *Proteus*, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Úlcera sacra 12x12 cm, trocánterica izq 15x5 cm

con 4 cm de profundidad, exposicion de fascia lata y capsula articular trocanterica membranas fibrinopurulenta, trocanterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposicion de trocanter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. - Paciente en proceso de rehabilitación física, sin deterioro clínico, signos vitales aceptables (persiste taquicardica, ya evaluada con Holter EKG) en manejo expectante segun criterio de electrofisiología. - POP cirugía plástica se cubrió defecto sacro con colgajo. - leison en region de menton-flictenas- seguimiento terapia enterostomal. Anemizacion posterior a procedimiento- estaremos atentos a estos valores y definir necesidad de transfusión.

- Intervencion por cirugia plastica 22.1.21 - Rehabilitación física - Sultamicilina FI 11/01/21 (día 14/42) - Ceftazidima avibactam

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.01.2021

Hora Registro: 13:59:28

Responsable: MIRANDA DIAZ, AUDREY JOSE

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Tipo de Evolución: Evolución

Cirugia plastica Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérea izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). - Pop de colgajo de perforante de arteria glutea superior derecha para cubrimiento de ulcera sacra (22.01.2021) 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC S: Paciente tranquila en cama, dolor controlado, diuresis presente por sonda vesical O: Alerta, orientada Region sacra: Curacion limpia, se destapa curacion evidenciando colgajo vital, eutermico, llenado capilar de 2 seg, no congestion venosa, no deshidratacion, dren con drenaje serohemático de 100 cc en las ultimas 12 horas, se realiza curacion sin complicaciones. Cara: Pequeñas flictenas en menton cubierta. Hb postransfusion: 8.5 A/P: Paciente adulta con antecedente de LES con multiples morbilidades asociada a su enfermedad de base, quien presento ulcera sacra grado IV que requirio manejo con colgajo de perforante de arteria glutea superior derecha, en el momento colgajo vital y drenaje serohemático escaso por dren; requirio transfusion e GRE por descenso de hb posterior a procedimiento; en el momento estable, se realizo curacion sin complicaciones. Se estara atento a evolucion clinica. **Proxima curacion jueves 28 de Enero de 2021 por TEO.** Se insiste en movilizacion en cama periodica y no debe tener presion sobre area de colgajo en region sacra, ni gluteo derecho.

-
-
-

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 25.01.2021

Hora Registro: 13:59:50

Responsable: MIRANDA DIAZ, AUDREY JOSE

Retirar sonda vesical hoy.

INDICACIONES A ENFERMERIA:

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.01.2021

Hora Registro: 11:22:32

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y

prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 °C, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de *proteus*, *e. coli* y *e. faecalis*, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con *proteus*. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente con madre. Vendaje en mentón. Me niega dolor abdominal. Ayer 1 dato de fiebre. No secreciones. Dolor controlados. No diarrea. No otros síntomas. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Ayer 1 dato de 38.2 T/A 98/60 FC 100 FR 17 Mejor condición general, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. VENDAJE EN MENTÓN. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido CON RIUDOS TRANSMITIDOS EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 Hb 7.4 7.7 7 Leucos 3850 5830 6130 Neutros 2370 3890 4080 Linfos 1030 1220 1490 Plaquetas 437 426 349 VSG 62 PCR 5.4* BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: *Proteus mirabilis*. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocántérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocántérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESIÓN DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó

porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocanterica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposicion de fascia lata y capsula articular trocanterica membranas fibrinopurulenta, trocanterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposicion de trocanter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. - Paciente en proceso de rehabilitación física, sin deterioro clínico, signos vitales aceptables (persiste taquicardica, ya evaluada con Holter EKG) en manejo expectante segun criterio de electrofisiologia. - POP cirugía plástica se cubrió defecto sacro con colgajo. - leison en region de menton- flictenas- seguimiento terapia enterostomal. Proxima curacion el jueves. -Anemizacion posterior a procedimiento con requerimiento de transfusion. Se tomaran paraclínicos para el proximo jueves. Continúa manejo intrahospitalario.

- Proxima curacion el jueves. - Rehabilitación física - Sultamicilina FI 11/01/21 (día 15/42) - Ceftazidima avibactam - Paraclínicos el proximo jueves.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.01.2021

Hora Registro: 10:41:33

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente con madre. Informa ayer realizaron curacion por filtracion de orina. No fiebre. Episodio de sudoracion. Menor dolor en gluteo. Mejoria de animo. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Afebril T/A 102/64 FC 102 FR 17 Mejor condicion general, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. VENDAJE EN MENTON. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido CON RIUDOS TRANSMITIDOS EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 Hb 7.4 7.7 7 Leucos 3850 5830 6130 Neutros 2370 3890 4080 Linfos 1030 1220 1490 Plaquetas 437 426 349 VSG 62 PCR 5.4* BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico,se recomienda considerar ileo.Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiologíaséptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con lasuperficie ósea.Colección trocantérica izquierda.Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposicion de fascia lata y capsula articular trocantérica membranas fibrinopurulenta, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposicion de trocater mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Paciente en proceso de rehabilitación física integral. POP cirugía plástica se cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones por cx plastica. Tambie curaciones en rgion de menton. emizacion posterior a procedimiento con requerimiento de transfusion. Mañana paraclínicos.

-Sultamicilina FI 11/01/21 (día 16/42) - Ceftazidima avibactam - Paraclínicos mañana.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 27.01.2021

Hora Registro: 15:05:12

Responsable: CAICEDO QUIÑONES, ERIKA PATRICIA

INDICACIONES A ENFERMERIA:

NUTRICION 1. DIETA BLANDA TODO COCIDO, BAJA EN GAS, CAMBIAR ENSALADA Y VERDURAS POR FRUTA. PROTEINA SOLO: POLLO O RES (A LA PLANCHA) NO PAPAYA, NO GUAYABA, FRESA, NO LECHE, NO YOGUR, NO SALSAS NI ADEREZOS. EN DESAYUNO VARIAR PROTEINA (HUEVO O QUESO) + HARINA Y FRUTA. 2. NUTREN 1.5 VIA ORAL A LAS 9 Y 15 HORAS 3. PROCLIL 25 GRMAOS VIA ORAL A LAS 10 HORAS 4. VIGILAR SINTOMAS GASTROINTESTINALES ADVERSOS.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.01.2021

Hora Registro: 10:18:02

Responsable: MIRANDA DIAZ, AUDREY JOSE

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Tipo de Evolución: Evolución

Cirugia plastica Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocánterea izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). - Pop de colgajo de perforante de arteria glutea superior derecha para cubrimiento de ulcera sacra (22.01.2021) 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC S: Paciente tranquila en cama, dolor controlado, diuresis espontanea O: Alerta, orientada Region sacra: Curacion limpia, se destapa curacion evidenciando colgajo vital, eutermico, llenado capilar de 2 seg, no congestion venosa, no deshiscencia, dren con drenaje serohemático de 100 cc en las ultimas 24 horas. Cara: Abrasion en menton cubierta. A/P: Paciente adulta con antecedente de LES con multiples morbilidades asociada a su enfermedad de base, quien presento ulcera sacra grado IV que requirio manejo con colgajo de perforante de arteria glutea superior derecha, en el momento colgajo vital y drenaje serohemático por dren; requirio transfusion de GRE por descenso de hb posterior a procedimiento; en el momento estable, tiene curacion por TEO hoy. Se estara atento a evolucion clinica. Cuantificacion estricta de eliminacion de dren en cadera. Fitoestimuline en abrasion en menton. Deber tener movilizacion en cama periodica y no debe tener presion sobre area de colgajo en region sacra, ni gluteo derecho.

-
-
-

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.01.2021

Hora Registro: 13:02:54

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente sola. Informa curaciones. No fiebre. Mejor animo. Tolera dieta. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Afebril T/A 102/64 FC 102 FR 17 Mejor condicion general, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. VENDAJE EN MENTON. CUELLO: no

seencuentranadenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido CON RIUDOS TRANSMITIDOS EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 Leucos 3850 5830 6130 6320 Neutros 2370 3890 4080 4530 Linfos 1030 1220 1490 1150 Plaquetas 437 426 349 414. VSG 62 PCR 5.4* 4.12 BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 ALT 92 AST 53 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico,se recomienda considerar ileo.Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea.Colección trocantérica izquierda.Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocantérica membranas fibrinopurulentas, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocater mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Paciente en proceso de rehabilitación física integral. POP cirugía plástica se cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones por cx plastica. Tambie curaciones en rgion de menton. emizacion posterior a procedimiento con requerimiento de transfusion. Paraclínicos de hoy sin leucocitosis ni neutrofilia, con aumento de hemoglobina, transaminasas ligeramente elevadas -se realizara vigilancia- y pcr en descenso.. Continua con vac con drenaje serohemático, no ha presentado fiebre ni escalofríos, adecuado control del dolor. Continuamos manejo conjunto con cirugía plástica.

-Sultamicilina FI 11/01/21 (día 17/42) - Ceftazidima avibactam Manejo conjunto con cirugía plástica vigilancia de transaminasas

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.01.2021

Hora Registro: 10:05:58

Responsable: MIRANDA DIAZ, AUDREY JOSE

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Tipo de Evolución: Evolución

Cirugía plastica Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). - Pop de colgajo de perforante de arteria glútea superior derecha para cubrimiento de ulcera sacra (22.01.2021) 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de

tejidos blandos. -- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis -- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC S: Paciente tranquila en cama, dolor controlado, diuresis espontanea O: Alerta, orientada Signos vitales: T: 36,6° FC: 112 FR: 17 TA: 98/57 TAM: 70 FC: 97,0 Region sacra: Curacion limpia, se destapa curacion evidenciando colgajo vital, eutermico, llenado capilar de 2 seg, no congestión venosa, no deshidratación, epidermolisis superficial en punta distal de colgajo de 1 x 1 cm, dren con drenaje serohemático de 70 cc en las ultimas 24 horas. Deshidratación de ulcera trocanterica derecha Cara: Abrasion en menton cubierta. A/P: Paciente adulta con antecedente de LES con multiples morbilidades asociada a su enfermedad de base, quien presento ulcera sacra grado IV que requirio manejo con colgajo de perforante de arteria glutea superior derecha, en el momento colgajo vital con pequeña epidermolisis y drenaje serohemático moderado por dren; en el momento estable, se realizo curacion por TEO ayer. Se estara atento a evolucion clinica. Cuantificación estricta de eliminación de dren en cadera. Deber tener movilización en cama periodica y no debe tener presión sobre area de colgajo en region sacra, ni gluteo derecho.

-
-
-

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.01.2021

Hora Registro: 12:33:33

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente con madre, ayer tuvo dolor posterior a curacion con poca calidad de sueño. Me niega fiebre. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Afebril T/A 118/60 FC 98 FR 17 Mejor condicion general, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. VENDAJE EN MENTON. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido CON RIUDOS TRANSMITIDOS EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tincl: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONADO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 Leucos 3850 5830 6130 6320 Neutros 2370 3890 4080 4530 Linfos 1030 1220 1490 1150 Plaquetas 437 426 349 414. VSG 62 PCR 5.4* 4.12 BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 ALT 92 AST 53 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar ileo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocantérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocantérica membranas fibrinopurulenta, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocater mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Paciente en proceso de rehabilitación física integral. POP cirugía plástica se cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones por cx plástica. Tambie curaciones en rgion de menton. emizacacion posterior a procedimiento con requerimiento de transfusion, ultima hemoglobina 10.7. El proximo lunes se indicaran paraclínicos incluyendo transaminasas dado elevacion. Continua con vac con drenaje serohemático, no ha presentado fiebre ni escalofríos, ayer curacion por TEO Continuar manejo intrahospitalario.

-Sultamicilina FI 11/01/21 (día 18/42) - Ceftazidima avibactam Manejo conjunto con cirugía plástica el lunes se tomaran paraclínicos.

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.01.2021

Hora Registro: 09:49:26

Responsable: MIRANDA DIAZ, AUDREY JOSE

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Tipo de Evolución: Evolución

Cirugia plastica Luisa Fernanda Isaza C.C: 1107531724 Edad: 21 años Diagnósticos: 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérica izquierda y derecha con sistema VAC -- Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) -- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021). - Pop de colgajo de perforante de arteria glutea superior derecha para cubrimiento de ulcera sacra (22.01.2021) 2. Sd febril no infeccioso 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea 5. Sepsis de tejidos blandos. -- Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta) 6. Sinusitis -- Bacteremia por S. hominis (resuelta) 7. Bacteriemia por bacilos gram negativos Antecedentes: -Purpura trombocitopenica. -Vasculitis en SNC -Neurolupus; síntomas neuropsiquiátricos, postración y dependencia total. -Síndrome catatónico secundario a vasculitis en SNC S: Paciente tranquila en cama, dolor controlado, diuresis espontanea O: Alerta, orientada Region sacra: Curacion limpia, se destaca curacion evidenciando colgajo vital, eutermico, llenado capilar de 2 seg, no congestión venosa, dehiscencia 1

x 1 cm en punta distal de colgajo, no secreción purulenta, ni signos de infección, dren con drenaje serohemático escaso el cual se retira sin complicaciones. Cara: Abrasión en mentón en proceso de epitelización. A/P: Paciente adulta con antecedente de LES con múltiples morbilidades asociada a su enfermedad de base, quien presentó úlcera sacra grado IV que requirió manejo con colgajo de perforante de arteria glútea superior derecha, en el momento estable hemodinámicamente, colgajo vital con pequeña dehiscencia, sin signos de infección la cual se pudo manejar con curaciones. Se considera que por el momento no requiere manejo adicionales por cirugía plástica, se indica curaciones por TEO 2 veces por semanas y puede iniciar apoyo progresivo sobre el colgajo en región sacra dentro de 4 semanas. Deber tener movilización en cama periódica y no debe tener presión sobre área de colgajo en región sacra, ni glúteo derecho.

-
-
-

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.01.2021

Hora Registro: 10:48:22

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGÍA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presentó dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 °C, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente con madre, mejor control de dolor. No sangrados macrosocpicos. No escalofríos. Tolerancia dieta. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Afebril T/A 98/64 FC 98 FR 17 Mejor condición general, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. VENTILACIÓN EN MENTON. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido CON RUIDOS TRANSMITIDOS EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONANDO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210

9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc
610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5
Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21
23.1.21 24.1.21 28.01.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 Leucos 3850 5830 6130 6320 Neutros 2370 3890 4080 4530 Linfos 1030
1220 1490 1150 Plaquetas 437 426 349 414. VSG 62 PCR 5.4* 4.12 BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08
Fosforo 4.94 ALT 92 AST 53 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista
terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020:
Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater
derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto
gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico,se recomienda considerar
ileo.Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica,
dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea.Colección
trocantérica izquierda.Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en
junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad
de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros
hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en
cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos
(sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs
LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue
secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA
TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones
severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS
HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV
1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal,
por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó
porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE
-COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina),
lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó
manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura
estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por
bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DÍA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera
sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular
trocantérica membranas fibrinopurulenta, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de
trocanter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia,
concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a
Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Paciente en proceso
de rehabilitación física integral. POP cirugía plástica se cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones
por cx plastica. Tambie curaciones en rgion de menton. emizacion posterior a procedimiento con requerimiento de
transfusión, ultima hemoglobina 10.7. El proximo lunes se solicitan paraclínicos incluyendo transaminasas dado
elevación. Continúa con vac con mínimo drenaje serohemático, no ha presentado fiebre ni escalofríos continua manejo
ATB hoy día 19 Continuar manejo intrahospitalario.

-Sultamicilina FI 11/01/21 (día 19/42) - Ceftazidima avibactam Manejo conjunto con cirugía plástica el lunes se
cargaran paraclínicos.

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.01.2021

Hora Registro: 10:26:31

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de
Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD
ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores,
encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan,
familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a
reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y
prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan
peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico.
Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en
múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2
sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla,
no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo
inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-
agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico

progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente con madre, mejor control de dolor. No fiebre. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: Afebril T/A 100/60 FC 90 FR 17 Mejor condición general, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. VENDAJE EN MENTON. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido CON RIUDOS TRANSMITIDOS EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES. SISTEMA VAC FUNCIONANDO EN ESCARA SACRA EXTENSA CUBIERTA. NEUROLÓGICO: Alerta, no focalización, FUERZA 4/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, 2/5 MIEMBROS INFERIORES.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 Leucos 3850 5830 6130 6320 Neutros 2370 3890 4080 4530 Linfos 1030 1220 1490 1150 Plaquetas 437 426 349 414. VSG 62 PCR 5.4* 4.12 BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 ALT 92 AST 53 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen Opinión Distensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocantérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocantérica membranas fibrinopurulenta, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocanter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia,

concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Paciente en proceso de rehabilitación física integral. POP cirugía plástica se cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones por cx plastica. Tambie curaciones en rgion de menton. emizacion posterior a procedimiento con requerimiento de transfusion, ultima hemoglobina 10.7. El proximo lunes se solicitan paraclinicos incluyendo transaminasas dado elevacion. Continua con vac con minimo drenaje serohemático, no ha presentado fiebre ni escalofríos continua manejo ATB hoy día 20. Se suspenden LEV. Se continua rehabilitacion integral. Se espera proxima curacion mañana de TEO.

-Sultamicilina FI 11/01/21 (día 20/42) - Ceftazidima avibactam Manejo conjunto con cirugía plástica el lunes se cargaran paraclinicos.

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.02.2021

Hora Registro: 10:35:41

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores eincontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente con madre, mejor cotrol de dolor. No fiebre. Ansiosa, temores, no logra conciliar el sueño. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: FC 118 FR 19 Peso 48 kg TA 108/76 TAM 86 SaO2 99% Mejor condicion general, hidratada, OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. VENDAJE EN MENTON. CUELLO: no seencuentranadenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido CON RIUDOS TRANSMITIDOS EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. Region sacra: colgajo eutermico, llenado capilar de 2 seg, no congestion venosa, no secrecion purulenta, ni signos de infeccioCara: Abrasion en menton en proceso de epitelizacion..

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 Leucos 3850 5830 6130 6320 Neutros 2370 3890 4080 4530 Linfos 1030 1220 1490 1150 Plaquetas 437 426 349 414. VSG 62 PCR 5.4* 4.12 BUN 8.2 Sodio 136 Potasio 3.92 Magnesio 2.08

Fosforo 4.94 ALT 92 AST 53 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico,se recomienda considerar ileo.Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiologíaséptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con lasuperficie ósea.Colección trocantérica izquierda.Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DÍA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposicion de fascia lata y capsula articular trocantérica membranas fibrinopurulenta, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposicion de trocater mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Paciente en proceso de rehabilitación física integral. POP cirugía plástica se cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones por cx plastica. Tambie curaciones en rgion de menton. emizacion posterior a procedimiento con requerimiento de transfusion, ultima hemoglobina 10.7. Fue valorada por cirugía plástica el día 30.01.21 quienes realizan curación y retiran dren, sin complicaciones, dejan recomendaciones para curaciones y cuidado de colgajo Debido a elevación de transaminasas en últimos paraclínicos, se solicita control para mañana. Continuamos con manejo antibiótico hoy día 21. Nos refiere familiar que paciente se encuentra con estado ansioso, insomnio y sentimientos de miedo, se solicita valoración por psiquiatría.

-Sultamicilina FI 11/01/21 (día 21/42) - Ceftazidima avibactam Se solicitan paraclínicos para mañana Se solicita interconsulta por psiquiatría.

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.02.2021

Hora Registro: 09:53:11

Responsable: COLINO ARIAS, HAROLD IGNACIO

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA EDAD: 21 AÑOS SE ENCUENTRA SOLO AL MOMENTO DE LA VALORACION. LA VALORACIÓN SE REALIZÓ SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DE BIOPROTECCIÓN PARA DISMINUIR LOS RIESGOS DE INFECCIÓN TENIENDO EN CUENTA LA PANDEMIA POR SARS-COV-2, PREVIO Y POSTERIOR LAVADO DE MANOS. DURANTE LA EVALUACIÓN NO SE REALIZA CONTACTO FÍSICO CON EL PACIENTE. HOSPITALIZADO CON LOS SIGUIENTES **DIAGNOSTICOS**: 1. **LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**. -- **PURPURA TROMBOCITOPENICA**. -- **NEUROLUPUS**; **POSTRACIÓN Y DEPENDENCIA TOTAL**. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA PSIQUIATRICA: 1- TRASTORNO DE **ANSIEDAD** ORGANICO TTO: SERTRALINA 100MG EN LA MAÑANA (AUMENTO 14 DIC 2020), LORAZEPAM 2MG EN LA NOCHE, CLOZAPINA 100MG EN LA NOCHE PACIENTE CONOCIDA POR MI ESPECIALIDAD QUIEN **HA PRESENTADO SINTOMAS AFECTIVOS EN UN CONTEXTO ORGANICO**. **DICE SENTIRSE MEJOR, MAS TRANQUILA, MENOS ANGUSTIADA, PERO TODAVIA PRESENTA INSOMNIO DE CONCILIACION**. **REFIRIO QUE DUERME A LA MEDIANOCHE Y SOLICITA QUE LOS MEDICAMENTOS LE SEAN SUMINISTRADOS MAS TEMPRANO**. DA CUENTA DE SU RECUPERACIÓN PROGRESIVA. LA **MADRE DICE OBSERVARLA MEJOR**. **COLABORA CON LAS ACTIVIDADES DEL AUTOCUIDADO Y LAS TERAPEUTICAS**. **NEGO SINTOMAS PSICOTICOS, NO HA PRESENTADO SINTOMAS CONFUSIONALES**. EXAMEN MENTAL PACIENTE EN LA TERCERA DECADA DE LA VIDA, ALERTA, SE RELACIONA ADECUADAMENTE CON EL ENTREVISTADOR. **HIPOQUINETICA**. **AFECTO BIEN MODULADO**. **LENGUAJE COHERENTE, RELEVANTE, NO PRESENTA IDEAS DELIRANTES, NEGO IDEAS SUICIDAS, EXPRESO TEMORES ANTICIPATORIOS RELACIONADOS A SU CONDICION MEDICA**. SIN ALUCINACIONES NI ALTERACION DE LA SENSORPERCEPCION.

ORIENTADO, SIN ALTERACION DEL SENSORIO. JUICIO DE LA REALIDAD CONSERVADO AL MOMENTO DE LA VALORACION. **ANALISIS** PACIENTE CON ANTECEDENTE DE MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DEL LUPUS, QUIEN HA EVOLUCIONADO HACIA AL MEJORA DE LOS SINTOMAS AFECTIVOS Y CONFUSIONALES PREVIAMENTE DESCRITOS. PERSISTE INSOMNE. CONSIDERO QUE SE PUEDE BENEFICIAR DE DAR EL TRATAMIENTO NOCTURNO A LAS 6PM ANTES DE REALIZAR CAMBIOS EN DOSIS O ADICIONAR OTRO MEDICAMENTO. EXPLICO LA CONDUCTA A SEGUIR TANTO A LA PACIENTE COMO A LA MADRE, DICEN ENTENDER Y ACEPTAR. CONTINUA SEGUIMIENTO POR MI ESPECIALIDAD. RIESGO DE EVASIÓN: BAJO. RIESGO DE AGITACIÓN: BAJO. RIESGO DE SUICIDIO: BAJO. RIESGO DE HETERO-AGRESIÓN: BAJO.

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.02.2021

Hora Registro: 10:11:55

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente con madre persiste con alteracion del patron de sueño, animo bajo, ansiedad. No fiebre. Ayer curacion por TEO. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: FC 90 FR 17 Peso 48 kg TA 90/60 SaO2 99% OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. VENDAJE EN MENTON. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido CON RIUDOS TRANSMITIDOS EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. Region sacra: colgajo eutermico, llenado capilar de 2 seg, no congestion venosa, no secrecion purulenta, ya sin dren. Abrasion en menton cubierta.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5

Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21
 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 Neutros 2370 3890 4080
 4530 4860 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 Plaquetas 437 426 349 414. 568000 VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3
 Creatinina 0.38 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21
 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina
 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus
 mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y
 Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que
 sugieran cuadro obstructivo mecánico,se recomienda considerar ileo.Derrame articular coxofemoral derecha con
 burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocantérica
 ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea.Colección trocantérica izquierda.Hidronefrosis leve
 bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en
 junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad
 de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros
 hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en
 cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos
 (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs
 LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue
 secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA
 TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones
 severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS
 HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV
 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal,
 por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó
 porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE
 -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina),
 lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó
 manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura
 estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por
 bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DÍA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera
 sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular
 trocantérica membranas fibrinopurulenta, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de
 trocater mayor, membranas fibrinopurulenta. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia,
 concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a
 Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Paciente en proceso
 de rehabilitación física integral. POP cirugía plástica se cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones
 por cx plastica. Tambie curaciones en rgion de menton. emizacion posterior a procedimiento con requerimiento de
 transfusion, ultima hemoglobina 11.5. Curaciones por TEO con buena evolucion. Debido a elevación de transaminasas
 en últimos paraclínicos, se actualizaron cparaclínico con bioquímica normal, azoados normal, electrolitos normal y
 descenso de transaminasas. Continuamos con manejo antibiótico hoy día 22. Se realizaron ajustes por psiquiatría.

-Sultamicilina FI 11/01/21 (día 21/42) - Ceftazidima avibactam

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 02.02.2021

Hora Registro: 15:44:12

Responsable: CAICEDO QUIÑONES, ERIKA PATRICIA

INDICACIONES A ENFERMERIA:

NUTRICION 1. DIETA BLANDA TODO COCIDO, BAJA EN GAS, CAMBIAR VERDURAS POR FRUTA. PROTEINA SOLO:
 POLLO O RES (A LA PLANCHA) NO PAPAYA, NO GUAYABA, FRESA, NO LECHE, NO YOGUR, NO ACIDOS, NO SALSAS NI
 ADEREZOS. EN DESAYUNO VARIAR PROTEINA (HUEVO O QUESO) + HARINA Y FRUTA. JUGOS SOLO DE: UVA, MORA,
 TOMATE DE ARBOL 2. NUTREN 1.5 VIA ORAL A LAS 9 Y 15 HORAS 3. PROCLIL 25 GRMAOS VIA ORAL A LAS 10
 HORAS 4. VIGILAR SINTOMAS GASTROINTESTINALES ADVERSOS.

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.02.2021

Hora Registro: 07:44:30

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de
 Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD

ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente en compañía de madre, refiere mejor estado de animo, pasó mejor noche, afebril, tolerando vía oral *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: FC 79 FR 19 Peso 48kg TA 108/65 SaO2 99% OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. VENDAJE EN MENTON. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido CON RIUDOS TRANSMITIDOS EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. Region sacra: colgajo eutermico, llenado capilar de 2 seg, no congestión venosa, no secreción purulenta, ya sin dren. Abrasion en menton cubierta.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 Plaquetas 437 426 349 414. 568000 VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 Creatinina 0.38 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen Opinión Distensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar ileo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocaterica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocaterica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS

HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DÍA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocanterica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposicion de fascia lata y capsula articular trocanterica membranas fibrinopurulenta, trocanterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposicion de trocanter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Paciente en proceso de rehabilitación física integral. POP cirugía plástica se cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones por cx plastica. Tambie curaciones en rgion de menton. emizacion posterior a procedimiento con requerimiento de transfusion, ultima hemoglobina 11.5. Curaciones por TEO con buena evolucion. Debido a elevación de transaminasas en últimos paraclínicos, se actualizaron cparaclínico con bioquímica normal, azoados normal, electrolitos normal y descenso de transaminasas. Se realizaron ajustes por psiquiatría. Ha presentado mejoría de síntomas de ansiedad, afebril, últimos paraclínicos con descenso de transaminasas, se solicita control para mañana. Continuamos manejo antibiótico indacado por parte de infectología.

-Sultamicilina FI 11/01/21 (día 21/42) - Ceftazidima avibactam

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.02.2021

Hora Registro: 11:41:16

Responsable: COLINO ARIAS, HAROLD IGNACIO

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA EDAD: 21 AÑOS SE ENCUENTRA ACOMPAÑADA DE LA MADRE. LA VALORACIÓN SE REALIZÓ SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DE BIOPROTECCIÓN PARA DISMINUIR LOS RIESGOS DE INFECCIÓN TENIENDO EN CUENTA LA PANDEMIA POR SARS-COV-2, PREVIO Y POSTERIOR LAVADO DE MANOS. DURANTE LA EVALUACIÓN NO SE REALIZA CONTACTO FÍSICO CON EL PACIENTE. HOSPITALIZADO CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS: 1. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. -- PURPURA TROMBOCITOPENICA. -- NEUROLUPUS; POSTRACIÓN Y DEPENDENCIA TOTAL. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA PSIQUIATRICA: 1- TRASTORNO DE ANSIEDAD ORGANICO TTO: SERTRALINA 100MG EN LA MAÑANA (AUMENTO 14 DIC 2020), LORAZEPAM 2MG 6PM, CLOZAPINA 100MG 6 PM REFIRIO QUE SE SIENTE TRANQUILA, DE ANIMO ESTABLE. DURMIO MEJOR ANOCHE Y SE SINTIO DESCANSADA EL DIA DE HOY. NEGÓ SINTOMAS PSICOTICOS Y CONDUCTUALES, COLABORA CON LAS ACTIVIDADES DEL AUTOCUIDADO Y LAS TERAPEUTICAS. SERA REMITIDA A BETANIA. EXAMEN MENTAL PACIENTE ALERTA, TRANQUILA, SE RELACIONO DE FORMA ADECUADA CON EL ENTREVISTADOR. HIPOQUINETICA. AFECTO BIEN MODULADO. EL DISCURSO ES COHERENTE, RELEVANTE, NO PRESENTA IDEAS DELIRANTES Y NEGÓ IDEAS SUICIDAS. SIN ALUCINACIONES NI ALTERACION DE LA SENSORPERCEPCION. ORIENTADA, SIN ALTERACION DEL SENSORIO. JUICIO DE LA REALIDAD CONSERVADO. ANALISIS PACIENTE CON ANTECEDENTE DE MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS DEL LUPUS, QUIEN HA EVOLUCIONADO HACIA AL MEJORIA DE LOS SINTOMAS AFECTIVOS Y CONFUSIONALES PREVIAMENTE DESCRITOS. PERSISTIA INSOMNE. EL DIA DE AYER SE MODIFICO LA HORA DE LOS MEDICAMENTOS HIPNOTICOS. DURMIO MEJOR. CONSIDERO QUE DEBE CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO INSTAURADO. BRINDO PSICOEDUCACION. QUEDAMOS ATENTOS A NUEVA VALORACION, SEGUN REQUERIMIENTO DEL SERVICIO TRATANTE. RIESGO DE EVASIÓN: BAJO. RIESGO DE AGITACIÓN: BAJO. RIESGO DE SUICIDIO: BAJO. RIESGO DE HETERO-AGRESIÓN: BAJO.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.02.2021

Hora Registro: 07:26:49

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan,

familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con ilio adinámico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Buen estado general, refiere mejor modulación del ánimo, ha conciliado mejor el sueño *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36.54 FC 98 FR 18 T 123/75 TAM 91 SaO2 98% OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. VENDAJE EN MENTON. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido CON RIUDOS TRANSMITIDOS EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. Region sacra: colgajo eutermico, llenado capilar de 2 seg, no congestión venosa, no secreción purulenta, ya sin dren. Abrasion en menton cubierta.

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453. VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 0.3 Creatinina 0.38 10.6 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 4.25 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen Opinión Distensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocaterica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocaterica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal,

por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocanterica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposicion de fascia lata y capsula articular trocanterica membranas fibrinopurulenta, trocanterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposicion de trocanter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Paciente en proceso de rehabilitación física integral. POP cirugía plástica se cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones por cx plastica. Tambie curaciones en rgion de menton. emizacion posterior a procedimiento con requerimiento de transfusion, ultima hemoglobina 11.5. Curaciones por TEO con buena evolucion. Debido a elevación de transaminasas en últimos paraclínicos, se actualizaron cparaclínico con bioquímica normal, azoados normal, electrolitos normal y descenso de transaminasas. Se realizaron ajustes por psiquiatría. Ha presentado mejoría de síntomas de ansiedad, afebril, últimos paraclínicos con descenso de transaminasas. Control del día de hoy sin leucocitosis, hemoglobina estable, función renal normal. **Se considera traslado a Betania para completar rehabilitación y tiempo de antibiótico sugerido por infectología.**

-Sultamicilina FI 11/01/21 (día 24/42) - Ceftazidima avibactam Traslado a Betania para completra tiempo de antibiótico sugerido por infectología y rehabilitación

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.02.2021

Hora Registro: 08:01:40

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferioes eincontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Refiere paso buena noche, adecuado control del dolor, no ha presentado fiebre. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T 36.6 FC 73 FR 19 Peso 48 kg TA 98/70 TAM 79 SaO2 98%% OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no seencuentranadenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido CON RIUDOS

TRANSMITIDOS EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. Region sacra: colgajo eutermico, llenado capilar de 2 seg, no congestión venosa, no secreción purulenta

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453. VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 0.3 Creatinina 0.38 10.6 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 4.25 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo.Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea.Colección trocantérica izquierda.Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DÍA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocantérica membranas fibrinopurulenta, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocater mayor, membranas fibrinopurulenta. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semanas, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Paciente en proceso de rehabilitación física integral. POP cirugía plástica se cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones por cx plastica. Tambie curaciones en región de menton. emización posterior a procedimiento con requerimiento de transfusión, última hemoglobina 11.5. Curaciones por TEO con buena evolución. Debido a elevación de transaminasas en últimos paraclínicos, se actualizaron paraclínicos con bioquímica normal, azoados normal, electrolitos normal y descenso de transaminasas. Se realizaron ajustes por psiquiatría. Ha presentado mejoría de síntomas de ansiedad, afebril, últimos paraclínicos con descenso de transaminasas Ultimos paraclínicos sin citopenias. Se encuentra pendiente, traslado a Betania para completar rehabilitación y tiempo de antibiotico sugerido por infectología. Se encuentra en seguimiento por psiquiatría, ha presentado mejor estado general, con buena conciliación del sueño.

-Sultamicilina FI 11/01/21 (día 25/42) - Ceftazidima avibactam Traslado a Betania para completa tiempo de antibiótico sugerido por infectología y rehabilitación

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.02.2021

Hora Registro: 11:52:59

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores,

encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada dia Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido folico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Dolor parcialmente controlado. *Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: SV T 36 FC 128 FR 122/66 TAM 84 SO2 99% OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido CON RIUDOS TRANSMITIDOS EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. Region sacra: colgajo eutermico, llenado capilar de 2 seg, no congestión venosa, no secreción purulenta

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453. VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 0.3 Creatinina 0.38 10.6 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 4.25 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen Opinión Distensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocánterica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocánterica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal,

por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DIA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Úlcera sacra 12x12 cm, trocanterica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposicion de fascia lata y capsula articular trocanterica membranas fibrinopurulenta, trocanterica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposicion de trocanter mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Paciente en proceso de rehabilitación física integral. POP cirugía plástica se cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones por cx plastica. Tambie curaciones en rgion de menton. emizacion posterior a procedimiento con requerimiento de transfusion, ultima hemoglobina 11.5. Curaciones por TEO con buena evolucion. Debido a elevación de transaminasas en últimos paraclínicos, se actualizaron cparaclínico con bioquímica normal, azoados normal, electrolitos normal y descenso de transaminasas. Se realizaron ajustes por psiquiatría. Ha presentado mejoría de síntomas de ansiedad, afebril, últimos paraclínicos con descenso de transaminasas Ultimos paraclínicos sin citopenias. Se encuentra **pendiente, traslado a Betania para completar rehabilitación y tiempo de antibiotico sugerido por infectología**. Se encuentra en seguimiento por psiquiatría, ha presentado mejor estado general, con buena conciliación del sueño. *Por reumatología la única intervención es inmunoglobulina 1 gr/kg mensual (aproximadmaente 15 de cada mes), considero manejo integral por cuidado paliativo.

-Sultamicilina FI 11/01/21 (día 25/42) - Ceftazidima avibactam Traslado a Betania para completra tiempo de antibiótico sugerido por infectología y rehabilitación Val. y manejo por cuidado paliativo

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.02.2021

Hora Registro: 12:34:53

Responsable: CONSTAIN VILLA, VICTORIA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

CUIDADOS PAIATIVOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ RESIDE EN CALI ACOMPAÑANTE: MADRE DX 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérea izquierda y derecha - Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021,12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por S. hominis (resuelta) ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). SUBJETIVO REFIERE DOLOR

Paciente en regulares condiciones generales, alerta y orientada, con fascies de dolor, afecto triste SIGNOS VITALES 06.02.2021 08:00:21 36,00 128,00 20,00 122,00 66,00 84,67 99,00 06.02.2021 04:00:00 36,40 96,00 18,00 116,00 61,00 79,33 98,00 06.02.2021 00:01:00 36,70 111,00 17,00 100,00 70,00 80,00 100,00 05.02.2021 20:00:00 35,90 100,00 18,00 104,00 68,00 80,00 100,00 Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas. Cara con eritema malar Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular presente y simétrico en todos los campos pulmonares. Abdomen: Abdomen blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Simétricas, hipotróficas, sin edema. Escaras trocantéricas y sacra cubierta con apositos. SNC: Alerta, fuerza 5/5 en miembros superiores y 1/5 en miembros inferiores. Deficit neurológico ya conocido. PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453. VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 0.3 Creatinina 0.38 10.6 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 4.25 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicrdia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocanter derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico,se recomienda considerar ileo.Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiologíaséptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con lasuperficie ósea.Colección

trocantérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol. El 02.01.21 se realizó lavado de uncera sacra. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semanas, y realizaron cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en cultivo de hueso. Cirugía plastica cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones. Ha presentado mejoría de síntomas de ansiedad, afebril, últimos paraclínicos con descenso de transaminasas Ultimos paraclínicos sin citopenias. Paciente hoy luce tranquila, con afecto triste, sin dolor, Reumatología solicita valoración por cuidados paliativos para realizar acompañamiento y manejo integral ya que por ellos la única intervención que pueden ofrecer es inmunoglobulina mensual (aproximadamente 15 de cada mes). Paciente en terapia antibiotica se tiene que completar 6 semanas de Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina segun concepto de infecto, que puede terminarlo en Betania, esta pendiente el traslado. Se explica a paciente y familiar los alcances de cuidados paliativos, ellas refieren entender y aceptar. Ajusto manejo para el dolor. Continuamos atentos a evolución.

MANEJO CONJUNTO CON CUIDADOS PALIATIVOS Traslado a Betania para completar tiempo de antibiótico sugerido por infectología y rehabilitación AJUSTO MANEJO DEL DOLOR MEDICAMENTOS: SULTAMICILINA 375MG TAB 750 MG C/12H SERTRALINA TABLETAS 50 MG 100 MG C/24H PREDNISOLONA 5MG TAB 15 MG C/24H OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/24H LORAZEPAN 1 MG TAB 1 MG C/24H LORAZEPAN 1 MG TAB 1 MG C/24H HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,8 MG C/4H HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,4 MG C/4H ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 1 G C/12H CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/12H BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G 1 G C/12H ACETAMINOFEN 500MG TAB 500 MG C/8H

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.02.2021

Hora Registro: 10:15:32

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis- agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurologico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin

hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Ácido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Ácido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Desde ayer cefalea, no emesis. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: SV T 36.1 FC 115 FR 18 TA 98/62 TAM 74 SO2 98% OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido CON RIUDOS TRANSMITIDOS EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. Región sacra: colgajo eutermico, llenado capilar de 2 seg, no congestión venosa, no secreción purulenta

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453. VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 0.3 Creatinina 0.38 10.6 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 4.25 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen Opinión Distensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocantérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESIÓN DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DÍA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Ulcera sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocantérica membranas fibrinopurulenta, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocater mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semanas, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sulfamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Paciente en proceso de rehabilitación física integral. POP cirugía plástica se cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones por cx plástica. También curaciones en región de mentón. Emisión posterior a procedimiento con requerimiento de transfusión, última hemoglobina 11.5. Curaciones por TEO con buena evolución. Debido a elevación de transaminasas en últimos paraclínicos, se actualizaron paraclínicos con bioquímica normal, azoados normal, electrolitos normal y descenso de transaminasas. Se realizaron ajustes por psiquiatría. Ha presentado mejoría de síntomas de ansiedad, afebril, últimos paraclínicos con descenso de transaminasas Últimos paraclínicos sin citopenias. Se encuentra pendiente, traslado a Betania para completar rehabilitación y tiempo de antibiótico sugerido por infectología. Se encuentra en seguimiento por psiquiatría, ha presentado mejor estado general, con buena conciliación del sueño. *Por reumatología la única intervención es inmunoglobulina 1 gr/kg mensual (aproximadamente 15 de cada mes), considero

manejo integral por cuidado paliativo y medicina familiar (comentado con Dra. Constain). Solicito lab para mañana.

-Sultamicilina FI 11/01/21 (TOTAL /42 DIAS) - Ceftazidima avibactam Traslado a Betania para completar tiempo de antibiótico sugerido por infectología y rehabilitación Queda a cargo de medicina familiar y cuidados paliativos

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.02.2021

Hora Registro: 11:06:42

Responsable: CONSTAIN VILLA, VICTORIA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

CUIDADOS PAIATIVOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ RESIDE EN CALI ACOMPAÑANTE: MADRE DX 1. Úlcera de presión en región sacra, trocántera izquierda y derecha - Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). SUBJETIVO REFIERE cefalea

Paciente en regulares condiciones generales, alerta y orientada, con fascies de dolor, afecto triste SIGNOS VITALES 07.02.2021 36,10 115,00 18,00 48,00 98,00 62,00 74,00 98,00 07.02.2021 36,20 112,00 18,00 48,00 119,00 68,00 85,00 97,00 07.02.2021 35,70 112,00 18,00 48,00 112,00 67,00 82,00 99,00 Cabeza y cuello: Normocefalia, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas. Cara con eritema malar Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular presente y simétrico en todos los campos pulmonares. Abdomen: Abdomen blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Simétricas, hipotróficas, sin edema. Escaras trocántéricas y sacra cubierta con apósitos. SNC: Alerta, fuerza 5/5 en miembros superiores y 1/5 en miembros inferiores. Deficit neurológico ya conocido. PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453. VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 0.3 Creatinina 0.38 10.6 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 4.25 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: *Proteus mirabilis*. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico,se recomienda considerar íleo.Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocántérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea.Colección trocántérica izquierda.Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO con VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol. El 02.01.21 se realizo lavado de uncera sacra. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semanas, y realizaron cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de *E. faecalis* en cultivo de hueso. Cirugia plastica cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones. Ha presentado mejoría de síntomas de ansiedad, afebril, últimos paraclínicos con descenso de transaminasas Ultimos paraclínicos sin citopenias.

Paciente hoy luce tranquila, con afecto triste, sin dolor, Reumatología solicita valoración por cuidados paliativos para realizar acompañamiento y manejo integral ya que por ellos la única intervención que pueden ofrecer es inmunoglobulina mensual (aproximadamente 15 de cada mes). Paciente en terapia antibiótica se tiene que completar 6 semanas de Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina según concepto de infecto, que puede terminarlo en Betania, esta pendiente el traslado, allí dar manejo integral por medicina familiar. Se explica a paciente y familiar refieren entender y aceptar. Ajusto manejo para el dolor. Continuamos atentos a evolución.

MANEJO CONJUNTO CON REUMATOLOGIA Traslado a Betania para completar tiempo de antibiótico sugerido por infectología y rehabilitación a cargo de medicina familiar AJUSTO MANEJO DEL DOLOR SULTAMICILINA 375MG TAB 750 MG C/12H VIA ORAL SERTRALINA TABLETAS 50 MG 100 MG C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 15 MG C/24H VIA ORAL OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/24H VIA ORAL LORAZEPAN 1 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL LORAZEPAN 1 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,8 MG C/4H INTRAVENOS HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,4 MG C/4H INTRAVENOS HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,8 MG C/4H INTRAVENOS HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,4 MG C/4H INTRAVENOS ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 1 G C/12H TOPICA CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/12H INTRAVENOS BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G 1 G C/12H TOPICA ACETAMINOFEN 500MG TAB 500 MG C/6H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.02.2021

Hora Registro: 10:44:07

Responsable: CONSTAIN VILLA, VICTORIA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

CUIDADOS PAIATIVOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ RESIDE EN CALI ACOMPAÑANTE: MADRE DX 1. Úlcera de presión en región sacra, trocántera izquierda y derecha - Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por S. hominis (resuelta) ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). SUBJETIVO REFIERE HOY ADECUADA MODULACION DEL DOLOR. REFIERE APARICION DE LESION MACULAR EN DORSO DE MANO IZQUIERDA (ÚNICA), NO DOLOROSA, NO PLURIGINOSA.

Paciente en regulares condiciones generales, alerta y orientada, con fascies de dolor, afecto triste SIGNOS VITALES 08.02.2021 04:00:40 36,40 73,00 19,00 104,00 64,00 77,33 98,00 08.02.2021 00:00:38 36,00 76,00 19,00 115,00 78,00 90,33 99,00 07.02.2021 20:04:26 36,40 114,00 18,00 99,00 66,00 77,00 100,00 07.02.2021 16:00:00 36,00 106,00 18,00 90,00 58,00 68,67 99,00 Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas. Cara con eritema malar Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular presente y simétrico en todos los campos pulmonares. Abdomen: Abdomen blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Simétricas, hipotróficas, sin edema. Escaras trocántéricas y sacra cubierta con apósitos. Se observa lesión macular única en dorso de mano izquierda. SNC: Alerta, fuerza 5/5 en miembros superiores y 1/5 en miembros inferiores. Deficit neurológico ya conocido. PARACLÍNICOS. 08.02.2021 BUN 12.30, CREATININA 0.31, ALT 51.00, AST 29.00, SODIO 141.00, POTASIO 3.89, INDICE RENAL 39.6, PCR 2.53, HTO 34.30, HB 10.40, LEUCOCITOS 3.96, NEUTROFILOS #2.41/%60.80, LINFOCITOS #1.11/%28.00, PLAQUETAS 400. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453. VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 10.6 Creatinina 0.38 0.3 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 4.25 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocántérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocántérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en

junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol. El 02.01.21 se realizo lavado de uncera sacra. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semanas, y realizaron cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en cultivo de hueso. Cirugia plastica cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones. Ha presentado mejoría de síntomas de ansiedad, afebril, últimos paraclínicos con descenso de transaminasas Ultimos paraclínicos sin citopenias. Reumatología solicita valoración por cuidados paliativos para realizar acompañamiento y manejo integral ya que por ellos la unica intervencion que pueden ofrecer es inmunoglobulina mensual (aproximadamente 15 de cada mes). Paciente en terapia antibiotica se tiene que completar 6 semanas de Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina segun concepto de infecto, que puede terminarlo en Betania, esta pendiente el traslado, allí dar manejo integral por medina familiar. El día de hoy encuentro paciente en mejor estado general, con buena modulación del dolor, ha permanecido con signos vitales estables. En paraclínicos de control de hoy con leucopenia, hemoglobina estable, función renal conservada, electrolitos en rangos normales (K 3.89), PCR en descenso respecto a previa y transaminasas hepáticas en límites normales. Con lesiones en región inguinal con posible herpes se inicio manejo con aciclovir se solicita concepto de infectología. Continúa en vigilancia clínica, manejo integral y a la espera de traslado a betania para completar esquema antibiotico instaurado por infectología.

MANEJO CONJUNTO CON REUMATOLOGIA -Sultamicilina FI 11/01/21 (TOTAL /42 DIAS) - Ceftazidima avibactam -aciclovir D 1 FI 08.02.21 aplicaicon de inmunoglobulina los 15 e cada mes Pendiente traslado a Betania para completar tiempo de antibiótico sugerido por infectología y rehabilitación acargo de medicina familiar CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/12H INTRAVENOS ACICLOVIR 200 MG TAB 800 MG C/4H VIA ORAL ACICLOVIR 5G/100G TBO 10G 2 G C/8H TOPICA LORAZEPAN 1 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,8 MG C/4H INTRAVENOS HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,4 MG C/4H INTRAVENOS CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 1 G C/12H TOPICA BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G 1 G C/12H TOPICA SERTRALINA TABLETAS 50 MG 100 MG C/24H VIA ORAL SULTAMICILINA 375MG TAB 750 MG C/12H VIA ORAL OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/12H VIA ORAL ACETAMINOFEN 500MG TAB 500 MG C/6H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA PREDNISOLONA 5MG TAB 15 MG C/24H VIA ORAL LORAZEPAN 1 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,8 MG C/4H INTRAVENOS HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,4 MG C/4H INTRAVENOS

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 08.02.2021

Hora Registro: 13:35:22

Responsable: CAICEDO QUIÑONES, ERIKA PATRICIA

INDICACIONES A ENFERMERIA:

NUTRICION 1. DIETA BLANDA TODO COCIDO, BAJA EN GAS, CAMBIAR VERDURAS POR FRUTA. PROTEINA SOLO: POLLO O RES (A LA PLANCHA) NO PAPAYA, NO GUAYABA, FRESA, NO LECHE, NO YOGUR, NO ACIDOS, NO SALSAS NI ADEREZOS. EN DESAYUNO VARIAR PROTEINA (QUESO O HUEVO) + NO PAN Y FRUTA. JUGOS SOLO DE: UVA, MORA, TOMATE DE ARBOL 2. NUTREN 1.5 VIA ORAL A LAS 9 Y 15 HORAS 3. PROCLIL 25 GRAMOS VIA ORAL A LAS 10 HORAS 4. VIGILAR SINTOMAS GASTROINTESTINALES ADVERSOS.

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.02.2021

Hora Registro: 12:38:49

Responsable: CONSTAIN VILLA, VICTORIA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

CUIDADOS PAIATIVOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ RESIDE EN CALI ACOMPAÑANTE: MADRE DX 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérea izquierda y derecha - Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3.

Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). SUBJETIVO REFIERE HOY ADECUADA MODULACION DEL DOLOR. REFIERE NO HAY APARICION DE NUEVAS LESIONES MACULARES COMO LA REFERIDA AYER EN DORSO DE MANO IZQUIERDA (ÚNICA), NO DOLOROSA, NO PLURIGINOSA. REFIERE ERITEMA EN ZONA DEL PAÑAL Y CEFALEA.

Paciente en regulares condiciones generales, alerta y orientada, con fascies de dolor, afecto triste SIGNOS VITALES
FECHA HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 09.02.2021 08:00:10 37,80 135,00 17,00 86,00 58,00 67,33 96,00
09.02.2021 04:00:00 37,00 132,00 18,00 126,00 66,00 86,00 100,00 09.02.2021 00:00:01 36,20 87,00 19,00 103,00
61,00 75,00 99,00 Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas. Cara con eritema malar Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular presente y simétrico en todos los campos pulmonares. Abdomen: Abdomen blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Simétricas, hipotróficas, sin edema. Escaras trocántéricas y sacra cubierta con apósitos. Se observa lesión macular única en dorso de mano izquierda. SNC: Alerta, fuerza 5/5 en miembros superiores y 1/5 en miembros inferiores. Deficit neurológico ya conocido. PARACLÍNICOS 08.02.2021 BUN 12.30, CREATININA 0.31, ALT 51.00, AST 29.00, SODIO 141.00, POTASIO 3.89, INDICE RENAL 39.6, PCR 2.53, HTO 34.30, HB 10.40, LEUCOCITOS 3.96, NEUTROFILOS #2.41/% 60.80, LINFOCITOS #1.11/%28.00, PLAQUETAS 400. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453. VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 10.6 Creatinina 0.38 0.3 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 4.25 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: *Proteus mirabilis*. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocántérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocántérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por *proteus*, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol. El 02.01.21 se realizó lavado de uncera sacra. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infección local para llevar manejo antibiótico a seis semanas, y realizaron cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de *E. faecalis* en cultivo de hueso. Cirugía plastica cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones. Ha presentado mejoría de síntomas de ansiedad, afebril, últimos paraclínicos con descenso de transaminasas Ultimos paraclínicos sin citopenias. Reumatología solicita valoración por cuidados paliativos para realizar acompañamiento y manejo integral ya que por ellos la única intervención que pueden ofrecer es inmunoglobulina mensual (aproximadamente 15 de cada mes). Paciente en terapia antibiótica se tiene que completar 6 semanas de Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina según concepto de infecto, que puede terminarlo en Betania, esta pendiente el traslado, allí dar manejo integral por medicina familiar. En paraclínicos de control de hoy con leucopenia, hemoglobina estable, función renal conservada, electrolitos en rangos normales (K 3.89), PCR en descenso respecto a previa y transaminasas hepáticas en límites normales. Con lesiones en región inguinal se había iniciado aciclovir reviso lesiones hoy considero mas dermatitis de contacto por lo cual suspendo aciclovir, la cual mejora con aplicación de crema número 4 (refiere la mamá) Además se ajusta acetaminofen para manejo de cefalea. Continúa a la espera de traslado a betania para completar esquema antibiótico instaurado por infectología.

MANEJO CONJUNTO CON REUMATOLOGIA -Sultamicilina FI 11/01/21 (TOTAL /42 DIAS) - Ceftazidima avibactam aplicaicon de inmunoglobulina los 15 e cada mes Pendiente traslado a Betania para completar tiempo de antibiótico sugerido por infectología y rehabilitación acargo de medicina familiar -Se ajusta dosis de acetaminofen -Se suspende aciclovir TRAMADOL 50MG/ML AMP 1ML 50 MG DOUNICA INTRAVENOS SULTAMICILINA 375MG TAB 750 MG C/12H VIA ORAL SERTRALINA TABLETAS 50 MG 100 MG C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 15 MG C/24H VIA ORAL OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/12H VIA ORAL LORAZEPAN 1 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL LORAZEPAN 1 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,8 MG C/4H INTRAVENOS HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,4 MG C/4H INTRAVENOS HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,8 MG C/4H INTRAVENOS HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,4 MG C/4H INTRAVENOS ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 1 G C/12H TOPICA CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/12H INTRAVENOS BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G 1 G C/12H TOPICA ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/6H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.02.2021

Hora Registro: 10:55:54

Responsable: CONSTAIN VILLA, VICTORIA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

CUIDADOS PAIATIVOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ RESIDE EN CALI ACOMPAÑANTE: MADRE DX 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérea izquierda y derecha - Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por S. hominis (resuelta) ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). SUBJETIVO REFIERE HOY ADECUADA MODULACION DEL DOLOR.

Paciente en regulares condiciones generales, alerta y orientada, con fascies de dolor, afecto triste SIGNOS VITALES FECHA HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 09.02.2021 08:00:10 37,80 135,00 17,00 86,00 58,00 67,33 96,00 09.02.2021 04:00:00 37,00 132,00 18,00 126,00 66,00 86,00 100,00 09.02.2021 00:00:01 36,20 87,00 19,00 103,00 61,00 75,00 99,00 Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas. Cara con eritema malar Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular presente y simétrico en todos los campos pulmonares. Abdomen: Abdomen blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Simétricas, hipotróficas, sin edema. Escaras trocantéricas y sacra cubierta con apósitos. Se observa lesión macular única en dorso de mano izquierda. SNC: Alerta, fuerza 5/5 en miembros superiores y 1/5 en miembros inferiores. Deficit neurológico ya conocido. PARACLÍNICOS 08.02.2021 BUN 12.30, CREATININA 0.31, ALT 51.00, AST 29.00, SODIO 141.00, POTASIO 3.89, INDICE RENAL 39.6, PCR 2.53, HTO 34.30, HB 10.40, LEUCOCITOS 3.96, NEUTROFILOS #2.41/% 60.80, LINFOCITOS #1.11/%28.00, PLAQUETAS 400. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453. VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 10.6 Creatinina 0.38 0.3 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 4.25 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicrdia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico,se recomienda considerar ileo.Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiologíaséptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con lasuperficie ósea.Colección trocantérica izquierda.Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs

LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol. El 02.01.21 se realizó lavado de uncera sacra. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semanas, y realizaron cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en cultivo de hueso. Cirugía plástica cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones. Ha presentado mejoría de síntomas de ansiedad, afebril, últimos paraclínicos con descenso de transaminasas Ultimos paraclínicos sin citopenias. Reumatología solicita valoración por cuidados paliativos para realizar acompañamiento y manejo integral ya que por ellos la única intervención que pueden ofrecer es inmunoglobulina mensual (aproximadamente 15 de cada mes). Paciente en terapia antibiótica se tiene que completar 6 semanas de Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina hoy 31/42 según concepto de infecto, que puede terminarlo en Betania, esta pendiente el traslado, allí dar manejo integral por medicina familiar. Ultimos paraclínicos con respuesta modulada se solicita control mañana Con lesiones en región inguinal se había iniciado aciclovir reviso lesiones hoy considero mas dermatitis de contacto por lo cual suspendo aciclovir Estamos atentos a evolución.

MANEJO CONJUNTO CON REUMATOLOGIA -Sultamicilina FI 11/01/21 (TOTAL /42 DIAS) D 31/42 - Ceftazidima avibactam - SS/ PARA CLINICOS CONTROL MAÑANA - traslado a betania aplicación de inmunoglobulina los 15 e cada mes Pendiente traslado a Betania para completar tiempo de antibiótico sugerido por infectología y rehabilitación a cargo de medicina familiar TRAMADOL 50MG/ML AMP 1ML 50 MG DOUNICA INTRAVENOS SULTAMICILINA 375MG TAB 750 MG C/12H VIA ORAL SERTRALINA TABLETAS 50 MG 100 MG C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 15 MG C/24H VIA ORAL OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/12H VIA ORAL LORAZEPAN 1 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL LORAZEPAN 1 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,8 MG C/4H INTRAVENOS HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,4 MG C/4H INTRAVENOS HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,8 MG C/4H INTRAVENOS HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,4 MG C/4H INTRAVENOS ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 1 G C/12H TOPICA CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/12H INTRAVENOS BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G 1 G C/12H TOPICA ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/6H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.02.2021

Hora Registro: 09:04:18

Responsable: COLINO ARIAS, HAROLD IGNACIO

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA EDAD: 21 AÑOS SE ENCUENTRA ACOMPAÑADA DE LA MADRE. LA VALORACIÓN SE REALIZÓ SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DE BIOPROTECCIÓN PARA DISMINUIR LOS RIESGOS DE INFECCIÓN TENIENDO EN CUENTA LA PANDEMIA POR SARS-COV-2, PREVIO Y POSTERIOR LAVADO DE MANOS. DURANTE LA EVALUACIÓN NO SE REALIZA CONTACTO FÍSICO CON EL PACIENTE. HOSPITALIZADO CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS: 1. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. -- PURPURA TROMBOCITOPENICA. -- NEUROLUPUS; POSTRACIÓN Y DEPENDENCIA TOTAL. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA PSIQUIATRICA: 1- TRASTORNO DE ANSIEDAD ORGANICO TTO: SERTRALINA 100MG EN LA MAÑANA, LORAZEPAM 2MG 6PM, CLOZAPINA 100MG 6 PM LA PACIENTE REFIRIO QUE SE HA SENTIDO TRANQUILA, DE BUEN ANIMO. MANIFESTÓ QUE DURMIO A INTERVALOS LARGOS, REFIRIENDO QUE SE LE SUMINISTRO TANTO LA CLOZAPINA COMO EL LORAZEPAM A DIFERENTES HORAS EN LA NOCHE (MAS TARDE DE LO PRESCRITO). NEGÓ NUEVOS SINTOMAS CONFUSIONALES. COLABORA CON LAS ACTIVIDADES DEL AUTOCUIDADO Y LAS TERAPEUTICAS. LA MADRE LA OBSERVA ESTABLE. EXAMEN MENTAL PACIENTE ALERTA, TRANQUILA, SE RELACIONO DE FORMA ADECUADA CON EL ENTREVISTADOR. HIPOQUINETICA. AFECTO EUTIMICO. EL LENGUAJE ES COHERENTE, RELEVANTE, NO PRESENTA IDEAS DELIRANTES Y NEGÓ IDEAS SUICIDAS. SIN ALUCINACIONES NI ALTERACION DE LA SENSORIOPERCEPCION. ORIENTADA, SIN ALTERACION DEL SENSORIO. JUICIO DE LA REALIDAD CONSERVADO. ANALISIS PACIENTE CON ANTECEDENTE DE MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DEL LUPUS, QUIEN HA EVOLUCIONADO HACIA AL MEJORA DE LOS SINTOMAS AFECTIVOS Y CONFUSIONALES PREVIAMENTE DESCRITOS. CON EL TRATAMIENTO ACTUAL HA LOGRADO ESTABILIZARSE ANIMICAMENTE. AYER PRESENTO ALTERACIONES EN EL PATRON DE SUEÑO. CONSIDERO QUE TANTO LA CLOZAPINA COMO EL LORAZEPAM TIENEN QUE SUMINISTRARSE A LA HORA PRESCRITA, CON LA QUE LA PACIENTE DICE HA LOGRADO DORMIR MEJOR: 6PM. BRINDO PSICOEDUCACION, HIGIENE DEL SUEÑO. SEGUIMIENTO A SOLICITUD DEL SERVICIO TRATANTE. RIESGO DE EVASIÓN: BAJO. RIESGO DE AGITACIÓN: BAJO. RIESGO DE SUICIDIO: BAJO. RIESGO DE HETERO-AGRESIÓN: BAJO.

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.02.2021

Hora Registro: 11:18:45

Responsable: CONSTAIN VILLA, VICTORIA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

CUIDADOS PAIATIVOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ RESIDE EN CALI ACOMPAÑANTE: MADRE DX 1. Úlcera de presión en región sacra, trocántera izquierda y derecha - Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: GO Transfusionales: 2018 (Plaquetas). SUBJETIVO REFIERE HOY ADECUADA MODULACION DEL DOLOR.

Paciente en regulares condiciones generales, alerta y orientada, con fascies de dolor, afecto triste SIGNOS VITALES FECHA HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 11.02.2021 36,10 85,00 18,00 91,00 62,00 71,67 99,00 11.02.2021 35,00 120,00 18,00 113,00 72,00 85,67 99,00 11.02.2021 35,00 119,00 19,00 102,00 69,00 80,00 93,00 Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas. Cara con eritema malar Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular presente y simétrico en todos los campos pulmonares. Abdomen: Abdomen blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Simétricas, hipotróficas, sin edema. Escaras trocántéricas y sacra cubierta con apósitos. Se observa lesión macular única en dorso de mano izquierda. SNC: Alerta, fuerza 5/5 en miembros superiores y 1/5 en miembros inferiores. Déficit neurológico ya conocido. PARACLÍNICOS 11.02.21 HEMOGLOBINA 9.90 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 3.42 NEUTROFILOS # 1.75 LINFOCITOS # 1.17 PLAQUETAS 349 x 10³ NITROGENO UREICO EN SUERO 13.90 mg/dl CREATININA EN SUERO 0.41 mg/dl SODIO EN SUERO 146.00 mmol/L POTASIO EN SUERO 3.83 mmol/L CLORO 111.80 mmol/L MAGNESIO 2.24 mg/dl CALCIO 9.80 mg/dl CALCIO 9.80 FOSFORO 4.79 PROTEINA C REACTIVA 3.37 08.02.2021 BUN 12.30, CREATININA 0.31, ALT 51.00, AST 29.00, SODIO 141.00, POTASIO 3.89, INDICE RENAL 39.6, PCR 2.53, HTO 34.30, HB 10.40, LEUCOCITOS 3.96, NEUTROFILOS #2.41/%60.80, LINFOCITOS #1.11/%28.00, PLAQUETAS 400. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453. VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 10.6 Creatinina 0.38 0.3 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 4.25 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: *Proteus mirabilis*. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocántérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocántérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició, Inmunoglobulina 0.4g/k. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día (Nov 13-14.20, Dic 14- 15.2020, Ene 15/21). Con Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por *proteus*, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semanas, y realizaron cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de *E. faecalis* en cultivo de hueso. Cirugía plastica cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones. Ha presentado mejoría de síntomas de ansiedad, Reumatología solicita valoración por cuidados paliativos para realizar acompañamiento y manejo integral ya que por ellos la única intervención que pueden ofrecer es inmunoglobulina mensual (aproximadamente 15 de cada

mes). **Paciente en terapia antibiotica** se tiene que completar 6 semanas de Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina hoy 32/42 según concepto de infecto, con últimos paraclínicos con respuesta modulada. **Se considera inicio de homecare para completar rehabilitación integral y terapia atb, mientras tanto se solicita traslado a betania.** Estamos atentos a evolución.

INICIO DE HOMACERA CON VISITA MEDICA 1 VEZ POR SEMANA, TRASLADO EN AMBULANCIA BASICA A DOMICILIO, TERAPIA FISICA 1 VEZ AL DIA. CURACIONE SPORTEO 2 VECES POR SEMANA, APLICACION DE MEDICAMENTO -Sultamicilina ORAL Y Ceftazidima avibactam FI 11/01/21 (TOTAL /42 DIAS) D 32/42 ROTO A OPIOIDE ORAL CONTROL POR CONSULTA EXTERNA REUMATOLOGIA, CUIDADO PALITIVO, PSIQUIATRIA. aplicacion de inmunoglobulina los 15 e cada mes Pendiente traslado a Betania para completar tiempo de antibiótico sugerido por infectología y rehabilitación a cargo de medicina familiar SULTAMICILINA 375MG TAB 750 MG C/12H VIA ORAL SERTRALINA TABLETAS 50 MG 100 MG C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 15 MG C/24H VIA ORAL OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/12H VIA ORAL LORAZEPAN 1 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL LORAZEPAN 1 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,8 MG C/4H INTRAVENOS HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,4 MG C/4H INTRAVENOS HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,8 MG C/4H INTRAVENOS HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML 0,4 MG C/4H INTRAVENOS ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 1 G C/12H TOPICA CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/12H INTRAVENOS BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G 1 G C/12H TOPICA ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/6H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.02.2021

Hora Registro: 09:54:34

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: **REUMATOLOGIA**

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. **Profesión: Vendedora.** No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, **en mayo de 2018 inicia con petequias** en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopénica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. **Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria,** consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en **junio 2020 donde documentan mielitis** y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). 24.9.20: Hospitalizada por 1 semana de fiebre 39-40 c, **exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones.** Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, **en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada,** con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y **se colocó gastrostomía el 15.10.20.** Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: Prednisolona tab 5 mg, media tab cada día Cloroquina tab 250 mg x 1 Acido fólico tab 1 mg x 1 Quetiapina tab 100 mg x 1 Acido valproico 250 mg x 1 Cefazolina 1 gr cada 6 horas IV SUBJETIVO: Paciente con madre, me niega fiebre, informa buena evolución en curaciones. No escalofríos. No fiebre. Tolerancia alimentos vía oral. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19* EXAMEN FÍSICO: T/A 98/60 FC 98 FC 19 Afebril. OJOS: pupilas normoreactivas, escleras y conjuntivas pálidas. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido CON RIUDOS TRANSMITIDOS EXTREMIDADES: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. Región sacra: ESCARAS CUBIERTAS NO ESTIGMAS DE SANGRADO. colgajo eutermico, llenado capilar de 2 seg, no congestión venosa, no secreción purulenta

PARACLÍNICOS. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453. VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 0.3 Creatinina 0.38 10.6 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 4.25 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 Hb:(g/dL) 11.02.21 Hcto:(%) 9.9 Leucocitos:(/mm3) 33.8 Neutrófilos:(/mm3) 1750 Linfocitos:(/mm3) 1170 Monocito:(/mm3) 380 Eosinófilos:(/mm3) 120 Plaquetas:(/mm3) 349000 PCR:(mg/dL) 3.37 BUN:(mgr/dL) 13.9 Creatinina:(mgr/dL) 0.41 Sodio 146 Potasio 3.83 Calcio 9.8 Fosforo 4.79 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico,se recomienda considerar ileo.Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiologíaséptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con lasuperficie ósea.Colección trocantérica izquierda.Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, **se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES.** Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). **Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad,** se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Se ha considerado que la fiebre puede corresponder a origen central. Se ajustó manejo antipirético, psiquiatría ajustó medicamentos que pudiesen contribuir. Con estas medidas la temperatura estuvo mejor controlada. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol (DÍA 9). 02.1.20 nuevo lavado: Úlcera sacra 12x12 cm, trocantérica izq 15x5 cm con 4 cm de profundidad, exposición de fascia lata y capsula articular trocantérica membranas fibrinopurulenta, trocantérica derecha de 6x6 con 5 cm de profundidad exposición de trocater mayor, membranas fibrinopurulentas. Sarcopenia global. Con **osteomielitis confirmada mediante resonancia,** concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semana, infectología realiza cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en nuevo cultivo de hueso. Paciente en proceso de **rehabilitación física integral.** POP cirugía plástica se cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones por cx plastica. Tambie curaciones en rgion de menton. emizacion posterior a procedimiento con requerimiento de transfusion, ultima hemoglobina 9.9. Curaciones por TEO con buena evolucion. Se han realizado ajustes por psiquiatría. Afebril sin inestabilidad hemodinamica ni respiratoria. Se considero egreso por cuidados paliativos con home care. Se dejan ordenes ambulatorias por reumatologia: 1-Cita control reumatologia en 1 mes 2-Manejo medico -Prednisolona tab 5mg. 3 al dia -Calcio con vitD tab 600mg/200UI. 1 al dia -Inmunoglobulina G humana vial 5gr/50ml. 45 gr EV en clinica de infuaion el 17.02.21 FORMATO MIPRES 20210212130026056756 3-Paraclínicos de control: hemograma, VSG, PCR, Creatinina, uroanálisis, AST, ALT, C3, C4, antiDNA de doble cadena

-Sultamicilina FI 11/01/21 (día 31/42) - Se dejan ordenes ambulatorias por reumatologia.

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.02.2021

Hora Registro: 11:34:27

Responsable: CONSTAIN VILLA, VICTORIA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

CUIDADOS PAIATIVOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ RESIDE EN CALI ACOMPAÑANTE: MADRE DX 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérica izquierda y derecha - Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15,12,2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021,12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistemico activo con vasculitis secundaria 3.

Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por *S. hominis* (resuelta) ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). SUBJETIVO REFIERE HOY ADECUADA MODULACION DEL DOLOR.

Paciente en regulares condiciones generales, alerta y orientada, con fascies de dolor, afecto triste SIGNOS VITALES
FECHA HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 12.02.2021 35,60 100,00 16,00 98,00 75,00 82,67 98,00 12.02.2021 35,00 94,00 20,00 111,00 59,00 76,33 100,00 12.02.2021 34,60 85,00 19,00 102,00 60,00 74,00 100,00 Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas. Cara con eritema malar Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular presente y simétrico en todos los campos pulmonares. Abdomen: Abdomen blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Simétricas, hipotróficas, sin edema. Escaras trocántéricas y sacra cubierta con apósitos. Se observa lesión macular única en dorso de mano izquierda. SNC: Alerta, fuerza 5/5 en miembros superiores y 1/5 en miembros inferiores. Deficit neurológico ya conocido. PARACLÍNICOS 11.02.21 HEMOGLOBINA 9.90 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 3.42 NEUTROFILOS # 1.75 LINFOCITOS # 1.17 PLAQUETAS 349 x 10³ NITROGENO UREICO EN SUERO 13.90 mg/dl CREATININA EN SUERO 0.41 mg/dl SODIO EN SUERO 146.00 mmol/L POTASIO EN SUERO 3.83 mmol/L CLORO 111.80 mmol/L MAGNESIO 2.24 mg/dl CALCIO 9.80 mg/dl CALCIO 9.80 FOSFORO 4.79 PROTEINA C REACTIVA 3.37 08.02.2021 BUN 12.30, CREATININA 0.31, ALT 51.00, AST 29.00, SODIO 141.00, POTASIO 3.89, INDICE RENAL 39.6, PCR 2.53, HTO 34.30, HB 10.40, LEUCOCITOS 3.96, NEUTROFILOS #2.41/%60.80, LINFOCITOS #1.11/%28.00, PLAQUETAS 400. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453. VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 10.6 Creatinina 0.38 0.3 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 4.25 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: *Proteus mirabilis*. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar íleo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocántérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocántérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día (Nov 13-14.20, Dic 14- 15.2020, Ene 15/21). Con Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por *proteus*, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semanas, y realizaron cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de *E. faecalis* en cultivo de hueso. Cirugía plástica cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones. Ha presentado mejoría de síntomas de ansiedad, Reumatología solicita valoración por cuidados paliativos para realizar acompañamiento y manejo integral ya que por ellos la única intervención que pueden ofrecer es inmunoglobulina mensual (aproximadamente 15 de cada mes). Paciente en terapia antibiótica se tiene que completar 6 semanas de Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina hoy 32/42 según concepto de infecto, con últimos paraclínicos con respuesta modulada. Se considera inicio de homecare para completar rehabilitación integral y terapia atb, mientras tanto se solicita traslado a betania. Estamos atentos a evolución.

P// HOME CARE -Sultamicilina ORAL Y Ceftazidima avibactam FI 11/01/21 (TOTAL /42 DIAS) D 32/42 CONTORL POR CONSULTA EXTERNA REUMATOLOGIA, CUIDADO PALITIVO, PSIQUIATRIA. YA REUMATOLOGIA DJEO ORDENES TRAMADOL 50MG/ML AMP 1ML 50 MG DOUNICA INTRAVENOS SULTAMICILINA 375MG TAB 750 MG C/12H VIA ORAL SERTRALINA TABLETAS 50 MG 100 MG C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 15 MG C/24H VIA ORAL OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/12H VIA ORAL MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS 8 GTA C/6H VIA ORAL MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS 8 GTA C/6H VIA ORAL LORAZEPAN 2 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL LORAZEPAN 2 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO

50G TOPICO 1 G C/12H TOPICA CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/12H INTRAVENOS
BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G 1 G C/12H TOPICA ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/6H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.02.2021

Hora Registro: 12:30:48

Responsable: KLIMAVICIUS PALMA, LINDA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA MEDICA PACIENTE TIENE EGRESO MEDIANTE HOMECARE. EL PRESTADOR SANTANGEL NO TIENE ANTIBIOTICO (CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM) PARA SUMINISTRARLE AL PACIENTE EN EL DOMICILIO POR EL TIEMPO RESTANTE (21.02.2021), POR ENDE **PARA EGRESO SEGURO Y OPORTUNO, NOTIFICAN EL DIA DE HOY MEDICANTE CORREO ELECTRONICO, CON COPIA A LOS AUDITORES DE COOMEVA SOLICITUD DE CARGO A LA CUENTA.** CON LO ANTERIOR, **NOTIFICAMOS A AUDITORIA MEDICA Y SE VERIFICA LA POSIBILIDAD DE REALIZAR ESTE CARGO A LA CUENTA Y POR ENDE SE DA EGRESO SEGURO CON LOS DIAS RESTANTES.** SE LE EXPLICA A LA PACIENTE, SE LE DAN SIGNOS DE ALARMA Y SE HACE EL EMPALME CON EL PRESTADOR.

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.02.2021

Hora Registro: 17:49:50

Responsable: TEJADA MARTINEZ, ELSA LUCIA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

CUIDADOS PAIATIVOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ RESIDE EN CALI ACOMPAÑANTE: MADRE DX 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérea izquierda y derecha - Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por S. hominis (resuelta) ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). SUBJETIVO REFIERE HOY ADECUADA MODULACION DEL DOLOR.

Paciente en regulares condiciones generales, alerta y orientada, sin fascies de dolor, afecto triste SIGNOS VITALES TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 35,7 113 18 100 65 76 99 Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas. Cara con eritema malar Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular presente y simétrico en todos los campos pulmonares. Abdomen: Abdomen blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Simétricas, hipotróficas, sin edema. Escaras trocantéricas y sacra cubierta con apósitos. Se observa lesión macular única en dorso de mano izquierda. SNC: Alerta, fuerza 5/5 en miembros superiores y 1/5 en miembros inferiores. Déficit neurológico ya conocido. PARACLÍNICOS 11.02.21 HEMOGLOBINA 9.90 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 3.42 NEUTROFILOS # 1.75 LINFOCITOS # 1.17 PLAQUETAS 349 x 10³ NITROGENO UREICO EN SUERO 13.90 mg/dL CREATININA EN SUERO 0.41 mg/dL SODIO EN SUERO 146.00 mmol/L POTASIO EN SUERO 3.83 mmol/L CLORO 111.80 mmol/L MAGNESIO 2.24 mg/dL CALCIO 9.80 mg/dL CALCIO 9.80 FOSFORO 4.79 PROTEINA C REACTIVA 3.37 08.02.2021 BUN 12.30, CREATININA 0.31, ALT 51.00, AST 29.00, SODIO 141.00, POTASIO 3.89, INDICE RENAL 39.6, PCR 2.53, HTO 34.30, HB 10.40, LEUCOCITOS 3.96, NEUTROFILOS #2.41/%60.80, LINFOCITOS #1.11/%28.00, PLAQUETAS 400. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453. VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 10.6 Creatinina 0.38 0.3 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 4.25 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico,se recomienda considerar ileo.Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y

realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocantérica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesical

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día (Nov 13-14.20, Dic 14- 15.2020, Ene 15/21). Con Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol. Con osteomielitis confirmada mediante resonancia, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semanas, y realizaron cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en cultivo de hueso. Cirugía plástica cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones. Ha presentado mejoría de síntomas de ansiedad, Reumatología solicita valoración por cuidados paliativos para realizar acompañamiento y manejo integral ya que por ellos la única intervención que pueden ofrecer es inmunoglobulina mensual (aproximadamente 15 de cada mes). Paciente en terapia antibiótica se tiene que completar 6 semanas de Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina hoy 32/42 según concepto de infecto, con últimos paraclínicos con respuesta modulada. Se considera inicio de homecare para completar rehabilitación integral y terapia atb, mientras tanto se solicita traslado a betania. Estamos atentos a evolución.

P// HOMECARE -Sultamicilina ORAL Y Ceftazidima avibactam FI 11/01/21 (TOTAL /42 DIAS) D 32/42 CONTROL POR CONSULTA EXTERNA REUMATOLOGIA, CUIDADO PALIATIVO, PSIQUIATRIA. YA REUMATOLOGIA DJO ORDENES TRAMADOL 50MG/ML AMP 1ML 50 MG DOUNICA INTRAVENOS SULTAMICILINA 375MG TAB 750 MG C/12H VIA ORAL SERTRALINA TABLETAS 50 MG 100 MG C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 15 MG C/24H VIA ORAL OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/12H VIA ORAL MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS 8 GTA C/6H VIA ORAL MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS 8 GTA C/6H VIA ORAL LORAZEPAN 2 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL LORAZEPAN 2 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 1 G C/12H TOPICA CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/12H INTRAVENOS BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G 1 G C/12H TOPICA ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/6H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.02.2021

Hora Registro: 13:37:38

Responsable: TEJADA MARTINEZ, ELSA LUCIA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

CUIDADOS PALIATIVOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ RESIDE EN CALI ACOMPAÑANTE: MADRE DX 1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérica izquierda y derecha - Sobreinfección por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) - POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria 3. Dermatitis de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. Sepsis de tejidos blandos. - Bacteriemia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteriemia por S. hominis (resuelta) ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). SUBJETIVO REFIERE HOY ADECUADA MODULACION DEL DOLOR. CON SU MADRE

PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, ALERTA Y ORIENTADA, SIN FASCIAS DE DOLOR, AFECTO TRISTE SIGNOS VITALES TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 36 113 18 93 65 74 98 CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALA, MUCOSAS ROSADAS Y HÚMEDAS. ESCLERAS ANICTERICAS. CUELLO SIMETRICO, MOVIL, SIN MASAS. CARA CON ERITEMA MALAR TÓRAX: NORMOEXPANSIBLE, SIMETRICO. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, REGULARES, SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR PRESENTE Y SIMETRICO EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES. ABDOMEN: ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO. NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, HIPOTRÓFICAS, SIN EDEMA. ESCARAS TROCANTÉRICAS Y SACRA CUBIERTA CON APOSITOS. SE OBSERVA LESION MACULAR ÚNICA EN DORSO DE MANO IZQUIERDA. SNC: ALERTA, FUERZA 5/5 EN MIEMBROS SUPERIORES Y 1/5 EN MIEMBROS INFERIORES. DEFICIT NEUROLÓGICO. PARACLÍNICOS 11.02.21 HEMOGLOBINA 9.90 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 3.42 NEUTROFILOS # 1.75 LINFOCITOS # 1.17 PLAQUETAS 349 x 10³ NITROGENO UREICO EN SUERO 13.90 mg/dl CREATININA EN SUERO 0.41 mg/dL SODIO EN SUERO 146.00 mmol/L POTASIO EN SUERO 3.83 mmol/L CLORO 111.80 mmol/L MAGNESIO 2.24 mg/dL CALCIO 9.80 mg/dL CALCIO 9.80 FOSFORO 4.79 PROTEINA C REACTIVA 3.37 08.02.2021 BUN 12.30, CREATININA 0.31, ALT 51.00, AST 29.00, SODIO 141.00, POTASIO 3.89, ÍNDICE RENAL 39.6, PCR 2.53, HTO 34.30, HB 10.40, LEUCOCITOS 3.96, NEUTROFILOS #2.41/%60.80, LINFOCITOS #1.11/%28.00, PLAQUETAS 400. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT

NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453. VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 10.6 Creatinina 0.38 0.3 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 4.25 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico,se recomienda considerar ileo.Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea.Colección trocantérica izquierda.Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició,Inmunoglobulina 0.4g/k. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día (Nov 13-14.20, Dic 14- 15.2020, Ene 15/21). CON ESCARA SACRA CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- TERAPIA ATB GUIADO POR INFECCION (PIPTAZO, LUEGO VANCO, IMIPENEM Y CASPOFUNGINA), LAVADOS POR CIRUGÍA Y SISTEMA VAC. NUEVAMENTE SIGNOS DE INFECCIÓN EN LAS ESCARAS, MEROPENEM DESDE EL 26.12.2020. POR BACTERIEMIA POR PROTEUS, SE CAMBIÓ A CEFTAZIDIMA AVIBACTAM + METRONIDAZOL. CON OSTEOMIELITIS CONFIRMADA MEDIANTE RESONANCIA, CONCEPTO DE INFECTOLOGÍA PARA LLEVAR MANEJO ANTIBIÓTICO A SEIS SEMANAS, Y REALIZARON CAMBIO DE ANTIBIÓTICO A CEFTAZIDIMA/ AVIBACTAM + SULTAMICILINA ANTE CRECIMIENTO DE E. FAECALIS EN CULTIVO DE HUESO. CIRUGIA PLASTICA CUBRIÓ DEFECTO SACRO CON COLGAJO EN SEGUIMIENTO Y CURACIONES. HA PRESENTADO MEJORÍA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD, REUMATOLOGIA SOLICITA VALORACION POR CUIDADOS PALIATIVOS PARA REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO Y MANEJO INTEGRAL YA QUE POR ELLOS LA UNICA INTERVENCION QUE PUEDEN OFRECER ES INMUNOGLOBULINA MENSUAL (APROXIMADAMENTE 15 DE CADA MES). PACIENTE EN TERAPIA ANTIBIOTICA SE TIENE QUE COMPLETAR 6 SEMANAS DE CEFTAZIDIMA/ AVIBACTAM + SULTAMICILINA HOY 34/42 SEGUN CONCEPTO DE INFECCION,CON ULTIMOS PARACLINICOS CON RESPUESTA MODULADA. SE CONSIDERA INCIO DE HOMECARE PARA COMPLETAR REHABILITACION INTEGRAL Y TERAPIA ATB, MIENTRAS TANTO SE SOLICITA TRASLADO A BETANIA. ESTAMOS ATENTOS A EVOLUCION. EN ESPERA DE HOME CARE

P// HOMECARE -Sultamicilina ORAL Y Ceftazidima avibactam FI 11/01/21 (TOTAL /42 DIAS) D 34/42 CONTORL POR CONSULTA EXTERNA REUMATOLOGIA, CUIDADO PALITIVO, PSIQUIATRIA. YA REUMATOLOGIA DJEO ORDENES TRAMADOL 50MG/ML AMP 1ML 50 MG DOUNICA INTRAVENOS SULTAMICILINA 375MG TAB 750 MG C/12H VIA ORAL SERTRALINA TABLETAS 50 MG 100 MG C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 15 MG C/24H VIA ORAL OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/12H VIA ORAL MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS 8 GTA C/6H VIA ORAL MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS 8 GTA C/6H VIA ORAL LORAZEPAN 2 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL LORAZEPAN 2 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOTIRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 1 G C/12H TOPICA CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/12H INTRAVENOS BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G 1 G C/12H TOPICA ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/6H VIA ORAL

Alta Médica

Fecha Registro: 15.02.2021

Hora Registro: 10:11:33

Responsable: KLIMAVICIUS PALMA, LINDA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Tipo Alta

Mejoría

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

Recomendaciones

Diagnóstico Alta

L89X - ULCERA DE DECUBITO

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.02.2021

Hora Registro: 13:56:08

Responsable: GIRALDO CALDERON, MARIA EDITH

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

CUIDADOS PAIATIVOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ RESIDE EN CALI ACOMPAÑANTE: MADRE DX 1. **Úlcera de presión en región sacra**, trocantérea izquierda y derecha - **Sobreinfección** por Proteus, E. coli y E. faecalis (resuelta) - **POP escarectomía** + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021). 2. **Lupus eritematoso sistémico** activo con **vasculitis secundaria** 3. **Dermatitis** de contacto irritativa 4. Candidiasis Cutánea (resuelta) 5. **Sepsis de tejidos blandos**. - Bacteremia por Proteus mirabilis (resuelta). 6. Sinusitis - Bacteremia por S. hominis (resuelta) ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). SUBJETIVO PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, CON BUENA MODULACIÓN DEL DOLOR, SIN NAUSEAS O EMESIS, DEPOSICIONES PRESENTES, SIN ALTERACIONES. ACOMPAÑADA DE LA MADRE.

PACIENTE EN **REGULARES CONDICIONES GENERALES, ALERTA Y ORIENTADA**, SIN FASCIAS DE DOLOR. SIGNOS VITALES TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT% 36,60 115 18 88 71 76 97 36,10 113 19 110 71 84 99 CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALA, MUCOSAS ROSADAS Y HÚMEDAS. ESCLERAS ANICTÉRICAS. CUELLO SIMETRICO, MOVIL, SIN MASAS. **CARA CON ERITEMA MALAR** TÓRAX: NORMOEXPANSIBLE, SIMÉTRICO. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, REGULARES, SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR PRESENTE Y SIMÉTRICO EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES. ABDOMEN: ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO. NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, HIPOTRÓFICAS, SIN EDEMA. **ESCARAS TROCANTÉRICAS Y SACRA CUBIERTA CON APOSITOS**. SE OBSERVA LESION MACULAR ÚNICA EN DORSO DE MANO IZQUIERDA. SNC: ALERTA, **FUERZA 5/5 EN MIEMBROS SUPERIORES Y 1/5 EN MIEMBROS INFERIORES. DEFICIT NEUROLÓGICO**. PARACLÍNICOS 11.02.21 HEMOGLOBINA 9.90 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 3.42 NEUTROFILOS # 1.75 LINFOCITOS # 1.17 PLAQUETAS 349 x 10³ NITROGENO UREICO EN SUERO 13.90 mg/dl CREATININA EN SUERO 0.41 mg/dL SODIO EN SUERO 146.00 mmol/L POTASIO EN SUERO 3.83 mmol/L CLORO 111.80 mmol/L MAGNESIO 2.24 mg/dL CALCIO 9.80 mg/dL CALCIO 9.80 FOSFORO 4.79 PROTEINA C REACTIVA 3.37 08.02.2021 BUN 12.30, CREATININA 0.31, ALT 51.00, AST 29.00, SODIO 141.00, POTASIO 3.89, INDICE RENAL 39.6, PCR 2.53, HTO 34.30, HB 10.40, LEUCOCITOS 3.96, NEUTROFILOS #2.41/%60.80, LINFOCITOS #1.11/%28.00, PLAQUETAS 400. Corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20 INMUNOLÓGICOS: 26.9.20 14.10.20 7.11.20 C3 89 159 C4 12.9 37.6 ANTIDNA 13.5 5.5 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210 Monoc 610 850 810 430 640 550 Eos 0 0 0 10 20 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452. PCR 13.21 4.07 7.61 BUN 12.1 7.5 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27 Na 137 136 142 139 139 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65 P 3.56 Mg 2.1 1.96 FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453. VSG 62 PCR 5.4 4.12 BUN 8.2 12.3 10.6 Creatinina 0.38 0.3 Sodio 136 Potasio 3.92 4.53 4.25 Magnesio 2.08 Fosforo 4.94 Cloro 100 ALT 92 88 AST 53 28 -07.1.21 Holter EKG: **taquicardia** sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis. -Porfobilinogeno en orina 24h: 0.6 (negativo) -06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS - 26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente - 24.12.2020: Cultivo de trocater derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae. - 15.1.21 tc abdomen Opinión **Distensión del tracto gastrointestinal**, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar **ileo. Derrame articular coxofemoral derecha** con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de **escara trocantérica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea**. Colección trocantérica izquierda. **Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesica**

Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. DADO QUE HA TENIDO **LUPUS REFRACTARIO a esteroide** y dada la **imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas**, se inició, Inmunoglobulina 0.4g/k. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día (Nov 13-14.20, Dic 14- 15.2020, Ene 15/21). CON ESCARA SACRA CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- TERAPIA ATB GUIADO POR INFECCION (PIPTAZO, LUEGO VANCO, IMPENEM Y CASPOFUNGINA), LAVADOS POR CIRUGÍA Y SISTEMA VAC. NUEVAMENTE **SIGNOS DE INFECCIÓN EN LAS ESCARAS**, MEROPENEM DESDE EL 26.12.2020. POR **BACTERIEMIA POR PROTEUS**, SE CAMBIÓ A CEFTAZIDIMA AVIBACTAM + METRONIDAZOL. CON **OSTEOMIELITIS CONFIRMADA MEDIANTE RESONANCIA**, CONCEPTO DE INFECTOLOGÍA PARA LLEVAR MANEJO ANTIBIÓTICO A SEIS SEMANAS, Y REALIZARON CAMBIO DE ANTIBIÓTICO A CEFTAZIDIMA/ AVIBACTAM + SULTAMICILINA ANTE CRECIMIENTO DE E. FAECALIS EN CULTIVO DE HUESO. **CIRUGIA PLASTICA CUBRIÓ DEFECTO SACRO CON COLGAJO EN SEGUIMIENTO Y CURACIONES**. HA PRESENTADO

MEJORÍA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD, REUMATOLOGIA SOLICITA VALORACION POR CUIDADOS PALIATIVOS PARA REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO Y MANEJO INTEGRAL YA QUE POR ELLOS LA UNICA INTERVENCION QUE PUEDEN OFRECER ES INMUNOGLOBULINA MENSUAL (APROXIMADAMENTE 15 DE CADA MES). PACIENTE EN TERAPIA ANTIBIOTICA SE TIENE QUE COMPLETAR 6 SEMANAS DE CEFTAZIDIMA/ AVIBACTAM + SULTAMICILINA HOY 35/42 SEGUN CONCEPTO DE INFECCION, CON ULTIMOS PARACLINICOS DEL 11.02.2021 CON RESPUESTA MODULADA. EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA **PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES**, CON **BUENA MODULACIÓN DEL DOLOR**, TOLERANDO VIA ORAL, YA **SE INICIO SOLICITUD DE HOMECARE** PARA COMPLETAR REHABILITACION INTEGRAL Y TERAPIA ATB, SE CONSIDERA QUE HASTA ENTONCES PUEDE CONTINUAR MANEJO EN BETANIA. ESTAMOS ATENTOS A EVOLUCION.

P// PENDIENTE HOMECARE -Sultamicilina ORAL Y Ceftazidima avibactam FI 11/01/21 (TOTAL /42 DIAS) D 35/42 CONTORL POR CONSULTA EXTERNA REUMATOLOGIA, CUIDADO PALITIVO, PSIQUIATRIA. YA REUMATOLOGIA DJEÓ ORDENES TRAMADOL 50MG/ML AMP 1ML 50 MG DOUNICA INTRAVENOS SULTAMICILINA 375MG TAB 750 MG C/12H VIA ORAL SERTRALINA TABLETAS 50 MG 100 MG C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 15 MG C/24H VIA ORAL OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/12H VIA ORAL MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS 8 GTA C/6H VIA ORAL MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS 8 GTA C/6H VIA ORAL LORAZEPAN 2 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL LORAZEPAN 2 MG TAB 1 MG C/24H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOZAPINA 100MG TAB 100 MG C/24H VIA ORAL CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 1 G C/12H TOPICA CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/12H INTRAVENOS BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G 1 G C/12H TOPICA ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/6H VIA ORAL

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 15.02.2021

Hora Registro: 15:25:22

Responsable: CAICEDO QUIÑONES, ERIKA PATRICIA

INDICACIONES A ENFERMERIA:

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7488671

| Fecha | Código | Nombre | U. Organizativa | Responsable |
|------------|------------|---|----------------------------|--------------------------------|
| 24.09.2020 | 902118-33 | LOCAL METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA ARTERIAL GEM 5000 | UT Bioquímica | VIVIANA MONTOYA SANCHEZ |
| 24.09.2020 | 903111-33 | LOCAL ACIDO LACTICO (L-LACTATO) ARTERIAL POR METODO ENZIMATICO GEM 5000 | UT Bioquímica | VIVIANA MONTOYA SANCHEZ |
| 24.09.2020 | 903859-33 | LOCAL POTASIO ARTERIAL GEM 5000 | UT Bioquímica | VIVIANA MONTOYA SANCHEZ |
| 24.09.2020 | 903864-33 | LOCAL SODIO ARTERIAL GEM 5000 | UT Bioquímica | VIVIANA MONTOYA SANCHEZ |
| 24.09.2020 | 903604-33 | LOCAL CALCIO IONICO ARTERIAL GEM 5000 | UT Bioquímica | VIVIANA MONTOYA SANCHEZ |
| 24.09.2020 | 903813-33 | LOCAL CLORO ARTERIAL GEM 5000 | UT Bioquímica | VIVIANA MONTOYA SANCHEZ |
| 24.09.2020 | 903841-33 | LOCAL GLUCOSA ARTERIAL EN SUERO LCR U OT ROS FLUIDOS DIFERENTE A ORINA GEM 5000 | UT Bioquímica | VIVIANA MONTOYA SANCHEZ |
| 24.09.2020 | 903839-33 | LOCAL GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO GEM 5000 | UT Bioquímica | VIVIANA MONTOYA SANCHEZ |
| 24.09.2020 | 907106 | UROANALISIS | UT Orinas y liq corporales | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |
| 24.09.2020 | 890402-72 | INTERCONSULTA DE URGENCIAS | UT Cirugía General | DIEGO FERNANDO CRUZ MENDOZA |
| 24.09.2020 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Microbiología | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |
| 24.09.2020 | 871121 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL) | UT Rayos X convencional | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |
| 24.09.2020 | 871121-001 | PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS | UT Rayos X convencional | ANGIE GISELLE OTALVARO PECHENE |
| 24.09.2020 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA | UT Microbiología | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |
| 24.09.2020 | 901221-3 | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO | UT Microbiología | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |
| 24.09.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |
| 24.09.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |
| 24.09.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |
| 24.09.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |
| 24.09.2020 | 903841 | GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | UT Bioquímica | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |
| 24.09.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |

| | | | | |
|------------|------------|---|--------------------------------|---------------------------------|
| 24.09.2020 | 902204 | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL | UT Hematologia | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |
| 24.09.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematologia | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |
| 24.09.2020 | 890701 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | UE Urgencias adulto | BRYAN CAMILO VANEGAS CRUZ |
| 24.09.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Neurologia | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |
| 25.09.2020 | 906418 | DNA n ANTICUERPOS MANUAL | UT Inmuno y P. Especiales | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 25.09.2020 | 906417 | DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 25.09.2020 | 903809 | BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA | UT Bioquimica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 25.09.2020 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquimica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 25.09.2020 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquimica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 25.09.2020 | 906906 | COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 25.09.2020 | 906908 | COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 25.09.2020 | 911009 | COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA | UT Inmunohemat e Infecciosas | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 25.09.2020 | 883211 | RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE | UT Resonancia | JAIR ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 25.09.2020 | 883101 | RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO | UT Resonancia | JAIR ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 25.09.2020 | 883221 | RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA CON CONTRASTE | UT Resonancia | JAIR ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 25.09.2020 | MEDIOCONTR | MEDIO DE CONTRASTE | UT Resonancia | JAIR ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 25.09.2020 | S41237 | SERVICIOS PROFESIONALES DE ANESTESIOLOGO PARA APOYOS DIAGNOSTICOS | UQ Anestesia apoyo diagnostico | NELSON EMILIO SAID FIERRO |
| 25.09.2020 | 890606 | ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | NELSON EMILIO SAID FIERRO |
| 25.09.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | NELSON EMILIO SAID FIERRO |
| 25.09.2020 | 890402-72 | INTERCONSULTA DE URGENCIAS | UT Medicina Interna | NELSON EMILIO SAID FIERRO |
| 26.09.2020 | 908859 | IDENTIFICACION SIMULTANEA DE MULTIPLES PATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES | UT Microbiologia | JAIR ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 26.09.2020 | 901212 | CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA | UT Microbiologia | JAIR ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 26.09.2020 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Microbiologia | JAIR ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 26.09.2020 | 901101 | BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEESEN] | UT Microbiologia | JAIR ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 26.09.2020 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | UT Microbiologia | JAIR ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 26.09.2020 | 906915-001 | PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL SEROLOGIA EN LCR VDRL | UT Inmuno y P. Especiales | JAIR ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 26.09.2020 | 901109 | COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA | UT Microbiologia | JAIR ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 26.09.2020 | 901305 | EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH) | UT Microbiologia | JAIR ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 26.09.2020 | 903850 | LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL | UT Bioquimica | JAIR ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 26.09.2020 | 33101 | PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA) | UT Neurologia | JAIR ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 26.09.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Fisiatria | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 26.09.2020 | 862601 | DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA | UQ Quirófano | DIEGO FERNANDO CRUZ MENDOZA |
| 26.09.2020 | 871121-001 | PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS | UT Rayos X convencional | |
| 26.09.2020 | 871121 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL) | UT Rayos X convencional | |
| 26.09.2020 | 898241 | ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES | UT Patologia | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |

| | | | | |
|------------|------------|---|-------------------------------|---------------------------------|
| 26.09.2020 | 901212 | CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA | UT Microbiologia | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 26.09.2020 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Microbiologia | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 26.09.2020 | 901305 | EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH) | UT Microbiologia | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 26.09.2020 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | UT Microbiologia | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 26.09.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | DANIELLE FLOYD ARISTIZÁBAL |
| 26.09.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquímica | DANIELLE FLOYD ARISTIZÁBAL |
| 27.09.2020 | 903874-001 | PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL - OCA SIONAL | UT Bioquímica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 27.09.2020 | 903804 | ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS | UT Bioquímica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 27.09.2020 | 903839 | GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO) | UT Bioquímica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 903111 | ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO | UT Bioquímica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquímica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquímica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA | UT Microbiologia | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 901221-3 | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO | UT Microbiologia | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 871121-001 | PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS | UT Rayos X convencional | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 871121 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL) | UT Rayos X convencional | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 908825-002 | MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACION PCR (DIFERENTE A ESPUTO LBA Y SECRECION OROTRAQUEAL) | UT Remisiones a instituciones | GABRIEL DAVID PINILLA MONSALVE |
| 27.09.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiología | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 27.09.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Infectología | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematología | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 903111 | ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO | UT Bioquímica | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquímica | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 903810 | CALCIO SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 903813 | COLORO | UT Bioquímica | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 903828 | DESHIDROGENASA LACTICA | UT Bioquímica | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 903839 | GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO) | UT Bioquímica | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 28.09.2020 | 879111 | TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE | UT Escanografía | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 28.09.2020 | 902206 | EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA | UT Hematología | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 28.09.2020 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA | UT Banco de Sangre | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA | UT Banco de Sangre | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA | UT Banco de Sangre | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 911003 | | UT Banco de Sangre | |

| | | | | |
|------------|------------|---|--------------------------------|--------------------------------|
| | | ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMB S INDIRECTO RASTREO ANTICUERPOS IRREGULA RES PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA | | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA | UT Nutricion | INGRID LIZETH IDROBO HERRERA |
| 28.09.2020 | 911009 | COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECN ICA | UT Inmunohemat e Infecciosas | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 28.09.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ANGELA GUERRERO BERMUDEZ |
| 28.09.2020 | 389103-002 | VIGILANCIA DE LINEAS ARTERIALES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ANGELA GUERRERO BERMUDEZ |
| 28.09.2020 | 903839 | GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC IO) | UT Bioquimica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 904904 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASE NSIBLE | UT Inmuno y P. Especiales | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 28.09.2020 | 901206 | COPROCULTIVO | UT Microbiologia | MARIA PAULA ECHAVARRIA DAVID |
| 28.09.2020 | 908834 | CLOSTRIDIUM DIFFICILE IDENTIFICACION REA CCION EN CADENA DE LA POLIMERASA | UT Microbiologia | MARIA PAULA ECHAVARRIA DAVID |
| 28.09.2020 | 907004 | COPROSCOPICO | UT Orinas y liq corporales | MARIA PAULA ECHAVARRIA DAVID |
| 28.09.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermeria | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 28.09.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | MARIBETH BERMEO CARDONA |
| 28.09.2020 | 911015 | HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO R h D] POR MICROTECNICA | UT Inmunohemat e Infecciosas | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 901217-31 | CULTIVO RASTREO EN HISOPADO RECTAL | UT Microbiologia | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 901236 | UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION M INIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) | UT Microbiologia | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | ANESIMAGEN | ANESTESIA PARA EL SERVICIO DE IMAGENES D IAGNOSTICAS | UQ Anestesia apoyo diagnostico | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 903111 | ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO | UT Bioquimica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquimica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquimica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 903828 | DESHIDROGENASA LACTICA | UT Bioquimica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO | UT Bioquimica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 903703 | VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA] | UT Inmuno y P. Especiales | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 902045 | TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] | UT Hematologia | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 902049 | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] | UT Hematologia | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 903809 | BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA | UT Bioquimica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquimica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 907004 | COPROSCOPICO | UT Orinas y liq corporales | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 29.09.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermeria | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 29.09.2020 | 901502 | CLOSTRIDIUM TOXINA | UT Microbiologia | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 29.09.2020 | 883440 | RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS | UT Resonancia | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 29.09.2020 | MEDIOCONTR | MEDIO DE CONTRASTE | UT Resonancia | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 29.09.2020 | 891509 | NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO) | UT Fisiatria | JAIRO ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 29.09.2020 | 930860 | | UT Fisiatria | |

| | | | | |
|------------|------------|---|--------------------------------|--------------------------------|
| | | ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS) | | JAIRO ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 29.09.2020 | 930860 | ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS) | UT Fisiatria | JAIRO ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 29.09.2020 | 930860 | ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS) | UT Fisiatria | JAIRO ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 29.09.2020 | 930860 | ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS) | UT Fisiatria | JAIRO ALONSO QUIÑONES BAUTISTA |
| 29.09.2020 | S41233 | EXAMENES DE RESONANCIA MAGNETICA HONORAR IOS DE ANESTESIOLOGO | UQ Anestesia apoyo diagnostico | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 29.09.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 29.09.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermeria | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 29.09.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA | UT Nutricion | INGRID LIZETH IDROBO HERRERA |
| 29.09.2020 | 890605-81 | VALORACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONA L | UT Valoraciones Asistenciales | NELSON EMILIO SAID FIERRO |
| 29.09.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermeria | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 29.09.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO | UT Terapia Ocupacional | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 29.09.2020 | 904921 | TIROXINA LIBRE | UT Inmuno y P. Especiales | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 29.09.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquimica | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 29.09.2020 | 903821 | CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK] | UT Bioquimica | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 29.09.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquimica | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 29.09.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 29.09.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 29.09.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermeria | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 30.09.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | FABIAN ERNESTO TORRES MUÑOZ |
| 30.09.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermeria | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 30.09.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermeria | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 30.09.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ANGELA GUERRERO BERMUDEZ |
| 30.09.2020 | 389103-002 | VIGILANCIA DE LINEAS ARTERIALES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ANGELA GUERRERO BERMUDEZ |
| 30.09.2020 | 901009-001 | DETECCION DE CARBAPENEMASAS (CARBA NP) | UT Microbiologia | JAIME ALBERTO LOPEZ VARGAS |
| 30.09.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematologia | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 30.09.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO | UT Bioquimica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 30.09.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 30.09.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermeria | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 01.10.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermeria | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 01.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | MARIBETH BERMEO CARDONA |
| 01.10.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermeria | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 01.10.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA | UT Nutricion | INGRID LIZETH IDROBO HERRERA |
| 01.10.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ANGELA GUERRERO BERMUDEZ |
| 01.10.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquimica | FABIAN ERNESTO TORRES MUÑOZ |

| | | | | |
|------------|------------|---|-------------------------------|--------------------------------|
| 01.10.2020 | 903016 | FERRITINA | UT Inmuno y P. Especiales | FABIAN ERNESTO TORRES MUÑOZ |
| 01.10.2020 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquímica | FABIAN ERNESTO TORRES MUÑOZ |
| 01.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | FABIAN ERNESTO TORRES MUÑOZ |
| 01.10.2020 | 903810 | CALCIO SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | FABIAN ERNESTO TORRES MUÑOZ |
| 01.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | FABIAN ERNESTO TORRES MUÑOZ |
| 01.10.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | FABIAN ERNESTO TORRES MUÑOZ |
| 01.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | FABIAN ERNESTO TORRES MUÑOZ |
| 01.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | FABIAN ERNESTO TORRES MUÑOZ |
| 01.10.2020 | 903803 | ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | FABIAN ERNESTO TORRES MUÑOZ |
| 01.10.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | FABIAN ERNESTO TORRES MUÑOZ |
| 02.10.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermería | ISABEL CRISTINA PATIÑO CORDOBA |
| 02.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiología | KATHERINE GOMEZ HENAO |
| 02.10.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermería | ISABEL CRISTINA PATIÑO CORDOBA |
| 02.10.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 02.10.2020 | 890409-007 | VALORACION POR TRABAJO SOCIAL PARA CUIDA DO PALIATIVO | UT Valoraciones Asistenciales | SANTIAGO CASTAÑO QUINTERO |
| 02.10.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermería | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 02.10.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermería | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 02.10.2020 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquímica | SANTIAGO CASTAÑO QUINTERO |
| 02.10.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | SANTIAGO CASTAÑO QUINTERO |
| 02.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SANTIAGO CASTAÑO QUINTERO |
| 02.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SANTIAGO CASTAÑO QUINTERO |
| 02.10.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SANTIAGO CASTAÑO QUINTERO |
| 02.10.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquímica | SANTIAGO CASTAÑO QUINTERO |
| 03.10.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 03.10.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquímica | ISABEL CRISTINA PATIÑO CORDOBA |
| 03.10.2020 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquímica | ISABEL CRISTINA PATIÑO CORDOBA |
| 03.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ISABEL CRISTINA PATIÑO CORDOBA |
| 03.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ISABEL CRISTINA PATIÑO CORDOBA |
| 03.10.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ISABEL CRISTINA PATIÑO CORDOBA |
| 03.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ISABEL CRISTINA PATIÑO CORDOBA |
| 03.10.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermería | ISABEL CRISTINA PATIÑO CORDOBA |
| 04.10.2020 | 871121-001 | PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS | UT Rayos X convencional | DIANA MARIA AMAYA CACERES |
| 04.10.2020 | 871121 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE RAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL) | UT Rayos X convencional | DIANA MARIA AMAYA CACERES |
| 04.10.2020 | 862601 | DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITI VO DE PRESION SUBATMOSFERICA | UQ Quirófano | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 04.10.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Infectología | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |

| | | | | |
|------------|------------|--|-------------------------------|----------------------------------|
| 04.10.2020 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MU ESTRA | UT Microbiologia | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 04.10.2020 | 901221-3 | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO | UT Microbiologia | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 05.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | NATALIA ILES RENTERIA |
| 05.10.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Reumatologia | DAVID ALEJANDRO AGUIRRE VALENCIA |
| 05.10.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 05.10.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | STEFANIA PINZON ORTIZ |
| 05.10.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 05.10.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 05.10.2020 | 990207 | EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR TRABAJO SOCIAL | UT Valoraciones Asistenciales | CLAUDIA GISELA ORTIZ URIBE |
| 05.10.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquimica | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 05.10.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquimica | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 05.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 05.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 05.10.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS) | UT Bioquimica | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 05.10.2020 | 903839 | GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO) | UT Bioquimica | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 05.10.2020 | 903111 | ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO | UT Bioquimica | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 06.10.2020 | 906915 | PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL | UT Inmuno y P. Especiales | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 06.10.2020 | 906232 | HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 06.10.2020 | 906225 | HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 06.10.2020 | 906317 | HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBs] | UT Inmuno y P. Especiales | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 06.10.2020 | 906249 | VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS | UT Inmuno y P. Especiales | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 06.10.2020 | 906129 | Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 06.10.2020 | 906127 | Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 06.10.2020 | 906832 | INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | RAUL ANDRES ASSAD ACOSTA |
| 06.10.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquimica | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 06.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 06.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 06.10.2020 | 906829 | INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | RAUL ANDRES ASSAD ACOSTA |
| 06.10.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 06.10.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 06.10.2020 | 389103-003 | CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 06.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 06.10.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquimica | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 06.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 06.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 06.10.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | |

| | | | | |
|------------|------------|--|------------------------------|---------------------------------|
| | | | | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 06.10.2020 | 890484 | INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUI ATRIA | UT Siquiatria | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 06.10.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO | UT Bioquimica | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 06.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 07.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |
| 07.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |
| 07.10.2020 | 903839 | GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC IO) | UT Bioquimica | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 07.10.2020 | 990104-81 | VALORACION POR ENFERMERA PROGRAMA PICC | UT Prog. Terapia Intravenosa | MILE YOHANA RODRIGUEZ ORTIZ |
| 07.10.2020 | 908856 | IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES | UT Microbiologia | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 07.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |
| 07.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |
| 07.10.2020 | 901236 | UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION M INIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) | UT Microbiologia | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 07.10.2020 | 906270 | SARS CoV-2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig G | UT Inmuno y P. Especiales | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 07.10.2020 | 389103-23 | CANALIZACION DE VENAS DIFICILES POR ENFE RMERA PICC | UT Prog. Terapia Intravenosa | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 07.10.2020 | 860205 | TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX] | UT Rehabilitación Pulmonar | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 07.10.2020 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE R MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Microbiologia | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 07.10.2020 | 901221-3 | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO A UTOMATICO | UT Microbiologia | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 07.10.2020 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MU ESTRA | UT Microbiologia | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 07.10.2020 | 903111 | ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO | UT Bioquimica | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 07.10.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 07.10.2020 | 389103-003 | CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 07.10.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 07.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 07.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 07.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 07.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 08.10.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA | UT Nutricion | STEFANIA PINZON ORTIZ |
| 08.10.2020 | 867203 | COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECIN DAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADR ADOS | UQ Quirófano | FERNANDO RODRIGUEZ HOLGUIN |
| 08.10.2020 | 862601 | DESRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSI TIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA | UQ Quirófano | FERNANDO RODRIGUEZ HOLGUIN |
| 08.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | NATALIA ILES RENTERIA |
| 08.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 08.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 08.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 08.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 09.10.2020 | 903821 | CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK] | UT Bioquimica | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 09.10.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO | UT Terapia Ocupacional | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |

| | | | | |
|------------|------------|---|----------------------------|-----------------------------------|
| 09.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 09.10.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 09.10.2020 | 939403-003 | VIGILANCIA POR TERAPIA RESPIRATORIA | UT Rehabilitación Pulmonar | JUAN SEBASTIAN SANCLEMENTE GARCIA |
| 10.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 10.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 10.10.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 10.10.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquímica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 10.10.2020 | 895100-3 | ELECTROCARDIOGRAMA EN PISO | UT De enfermeria | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 10.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 11.10.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 11.10.2020 | 890484 | INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA | UT Siquiatria | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 11.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SEBASTIAN PERDOMO HERRERA |
| 11.10.2020 | 903810 | CALCIO SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | SEBASTIAN PERDOMO HERRERA |
| 11.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SEBASTIAN PERDOMO HERRERA |
| 11.10.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | SEBASTIAN PERDOMO HERRERA |
| 11.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SEBASTIAN PERDOMO HERRERA |
| 11.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SEBASTIAN PERDOMO HERRERA |
| 12.10.2020 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MU ESTRA | UT Microbiologia | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 12.10.2020 | 901221-3 | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO | UT Microbiologia | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 12.10.2020 | 906841 | PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 12.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 12.10.2020 | 903810 | CALCIO SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 12.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 12.10.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 12.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 12.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 12.10.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 13.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | NATALIA ILES RENTERIA |
| 13.10.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | STEFANIA PINZON ORTIZ |
| 13.10.2020 | 879131 | TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA | UT Escanografia | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 13.10.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 13.10.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 13.10.2020 | 901221-3 | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO | UT Microbiologia | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 13.10.2020 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MU ESTRA | UT Microbiologia | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 13.10.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Infectologia | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 13.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | |

| | | | | |
|------------|------------|---|--------------------------------|----------------------------------|
| | | | | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 13.10.2020 | 871121 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL) | UT Rayos X convencional | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 13.10.2020 | 871121-001 | PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS | UT Rayos X convencional | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 13.10.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 13.10.2020 | 902204 | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL | UT Hematología | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 13.10.2020 | 903016 | FERRITINA | UT Inmuno y P. Especiales | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 13.10.2020 | 906908 | COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 13.10.2020 | 906906 | COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 13.10.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematología | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 13.10.2020 | 906417 | DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 13.10.2020 | 907106 | UROANALISIS | UT Orinas y liq corporales | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 14.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 14.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 14.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 14.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 14.10.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermería | MARIA DEL PILAR ORTIZ ALONSO |
| 14.10.2020 | 906418 | DNA n ANTICUERPOS MANUAL | UT Inmuno y P. Especiales | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 14.10.2020 | 965901-31 | CURACION DE CATETER DE LINEA MEDIA | UT Prog. Terapia Intravenosa | CLAUDIA PERDOMO RODRIGUEZ |
| 14.10.2020 | 895100-3 | ELECTROCARDIOGRAMA EN PISO | UT De enfermería | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 14.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiología | NATALIA ILES RENTERIA |
| 14.10.2020 | 906442 | ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 14.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 14.10.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 15.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 15.10.2020 | 903810 | CALCIO SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 15.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 15.10.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 15.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 15.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 15.10.2020 | ANESENDOSC | ANESTESIA PARA EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA | UQ Anestesia apoyo diagnostico | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 15.10.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Otorrinolaringología | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 15.10.2020 | 907106 | UROANALISIS | UT Orinas y liq corporales | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 15.10.2020 | 906910 | FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 15.10.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 15.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 15.10.2020 | 903810 | CALCIO SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | |

| | | | | |
|------------|-----------|--|-------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 15.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 15.10.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 15.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 15.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 15.10.2020 | 902204 | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL | UT Hematología | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 16.10.2020 | 862602 | SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA | UQ Quirófano | ALEXANDER ERNESTO SALCEDO CADAVID |
| 16.10.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | ADRIANA MARIA CORAL HERNANDEZ |
| 16.10.2020 | 990204-46 | EDUCACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONAL EN CASA | UT Valoraciones Asistenciales | LINA PIEDAD GARZON MANTILLA |
| 16.10.2020 | 890605-81 | VALORACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONAL | UT Valoraciones Asistenciales | LINA PIEDAD GARZON MANTILLA |
| 16.10.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 16.10.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 16.10.2020 | 431002 | GASTROSTOMIA VIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA) | UT Endo Digestivas | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 16.10.2020 | 906314 | CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO | UT Microbiología | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 16.10.2020 | 906829 | INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO | UT Bioquímica | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 16.10.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS) | UT Hematología | RAUL ANDRES ASSAD ACOSTA |
| 16.10.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | RAUL ANDRES ASSAD ACOSTA |
| 16.10.2020 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquímica | RAUL ANDRES ASSAD ACOSTA |
| 16.10.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | RAUL ANDRES ASSAD ACOSTA |
| 16.10.2020 | 906714 | LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 16.10.2020 | 901225 | HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA | UT Microbiología | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 16.10.2020 | 903828 | DESHIDROGENASA LACTICA | UT Bioquímica | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 16.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SANTIAGO THADEO CRUZ PORTILLA |
| 16.10.2020 | 903810 | CALCIO SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | SANTIAGO THADEO CRUZ PORTILLA |
| 16.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SANTIAGO THADEO CRUZ PORTILLA |
| 16.10.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | SANTIAGO THADEO CRUZ PORTILLA |
| 16.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SANTIAGO THADEO CRUZ PORTILLA |
| 16.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SANTIAGO THADEO CRUZ PORTILLA |
| 17.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 17.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 17.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 17.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 19.10.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 19.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 19.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |

| | | | | |
|------------|------------|---|-------------------------------|---------------------------------|
| 19.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 19.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 19.10.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 19.10.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | ADRIANA MARIA CORAL HERNANDEZ |
| 19.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiología | MARIBETH BERMEO CARDONA |
| 20.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiología | NATALIA ILES RENTERIA |
| 20.10.2020 | 389103-21 | CANALIZACION DE ACCESOS VENOSOS PERIFERICOS DIFICILES | UT Valoraciones Asistenciales | NATALIA ARIAS ROA |
| 20.10.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematología | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 20.10.2020 | 881205-01 | ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO ADULTO EN CIRUGIA O INTERVENSIONISMO | UQ Quirófano | CARLOS ENRIQUE VESGA REYES |
| 20.10.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 20.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 20.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 20.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 21.10.2020 | 965901-31 | CURACION DE CATETER DE LINEA MEDIA | UT Prog. Terapia Intravenosa | YESICA VIVIANA MOSCOSO ARANGO |
| 21.10.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 21.10.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | ADRIANA MARIA CORAL HERNANDEZ |
| 21.10.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 21.10.2020 | 389103-003 | CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL | UT Valoraciones Asistenciales | MARIA DEL PILAR ORTIZ ALONSO |
| 21.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 21.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 21.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 22.10.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 22.10.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 22.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiología | NATALIA ILES RENTERIA |
| 23.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 23.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 23.10.2020 | 903813 | COLOR | UT Bioquímica | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 23.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 23.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 23.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiología | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 23.10.2020 | 907002 | COPROLOGICO | UT Orinas y liq corporales | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 23.10.2020 | 895100-3 | ELECTROCARDIOGRAMA EN PISO | UT De enfermería | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 23.10.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematología | ISABELLA PUGLIESE RENGIFO |
| 23.10.2020 | 902204 | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL | UT Hematología | ISABELLA PUGLIESE RENGIFO |
| 23.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ISABELLA PUGLIESE RENGIFO |
| 23.10.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | ISABELLA PUGLIESE RENGIFO |
| 23.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ISABELLA PUGLIESE RENGIFO |
| 23.10.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ISABELLA PUGLIESE RENGIFO |
| 23.10.2020 | 901221-3 | | UT Microbiología | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |

| | | | | |
|------------|------------|---|-------------------------------|---------------------------------|
| | | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO | | |
| 23.10.2020 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MU ESTRA | UT Microbiologia | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 24.10.2020 | 871121-001 | PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS | UT Rayos X convencional | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 24.10.2020 | 871121 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL) | UT Rayos X convencional | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 24.10.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 24.10.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Infectologia | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 24.10.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | ADRIANA MARIA CORAL HERNANDEZ |
| 24.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Hematologia | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 24.10.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematologia | ISABELLA PUGLIESE RENGIFO |
| 25.10.2020 | 901221-3 | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO | UT Microbiologia | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 25.10.2020 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MU ESTRA | UT Microbiologia | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 25.10.2020 | 911009 | COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA | UT Inmunohemat e Infecciosas | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 25.10.2020 | 903828 | DESHIDROGENASA LACTICA | UT Bioquimica | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 25.10.2020 | 903809 | BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA | UT Bioquimica | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 25.10.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquimica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 25.10.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquimica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 25.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 25.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 25.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 25.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 26.10.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 26.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 26.10.2020 | 990104-84 | SEGUIMIENTO ENFERMERIA SOPORTE NUTRICION AL | UT Valoraciones Asistenciales | LINA PIEDAD GARZON MANTILLA |
| 26.10.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Neurologia | RAUL ANDRES ASSAD ACOSTA |
| 27.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | MARIBETH BERMEO CARDONA |
| 27.10.2020 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENFERMERIA | UT Valoraciones Asistenciales | WINDY JULIETH AGUIRRE JIMENEZ |
| 27.10.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | ADRIANA MARIA CORAL HERNANDEZ |
| 27.10.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 27.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 27.10.2020 | 890484 | INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA | UT Siquiatria | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 27.10.2020 | 862602 | SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA | UQ Quirófano | MONICA BEJARANO CASTRO |
| 27.10.2020 | 990104-81 | VALORACION POR ENFERMERA PROGRAMA PICC | UT Prog. Terapia Intravenosa | YESICA ALEJANDRA YEPES GALVIS |
| 27.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 27.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 27.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |

| | | | | |
|------------|------------|--|-------------------------------|-----------------------------------|
| 27.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 28.10.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 29.10.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | LEIDY DAHYANA PEREA RODRIGUEZ |
| 29.10.2020 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENFERMERIA | UT Valoraciones Asistenciales | LESBY CAROLINA GIRON LUNA |
| 29.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiología | DIANA LORENA MINAYO VARGAS |
| 30.10.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiología | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 30.10.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 30.10.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermería | ILCE VERONICA AGUADO CATÁÑO |
| 30.10.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 30.10.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 30.10.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 30.10.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 30.10.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 30.10.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 30.10.2020 | 903810 | CALCIO SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 31.10.2020 | 903821 | CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK] | UT Bioquímica | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 31.10.2020 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquímica | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 31.10.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 02.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 02.11.2020 | 871121 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL) | UT Rayos X convencional | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 02.11.2020 | 871121-001 | PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS | UT Rayos X convencional | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 03.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 03.11.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiología | ANGELICA MARIA MURCIA PULIDO |
| 03.11.2020 | 990207 | EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR TRABAJO SOCIAL | UT Valoraciones Asistenciales | ANGELICA MARIA MURCIA PULIDO |
| 03.11.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 03.11.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiología | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 03.11.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 03.11.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 03.11.2020 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquímica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 03.11.2020 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquímica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 03.11.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 03.11.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 03.11.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS) | UT Bioquímica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 04.11.2020 | 862602 | SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA | UQ Quirófano | LOLA DEL CARMEN RISUEÑO BENAVIDES |
| 04.11.2020 | 895100-3 | ELECTROCARDIOGRAMA EN PISO | UT De enfermería | ANYI CRISTINA OSPINA VIVEROS |
| 04.11.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 04.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |

| | | | | |
|------------|------------|--|--------------------------------|-------------------------------|
| 04.11.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | ROCIO DEL PILAR OJEDA YELA |
| 05.11.2020 | 901221-3 | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO | UT Microbiologia | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 05.11.2020 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA | UT Microbiologia | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 05.11.2020 | 906841 | PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Bioquímica | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 05.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 05.11.2020 | 890605-8 | ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA TERAPIA ENTEROSTOMAL | UT Valoraciones Asistenciales | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 05.11.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | LEIDY DAHYANA PEREA RODRIGUEZ |
| 05.11.2020 | 389103-21 | CANALIZACION DE ACCESOS VENOSOS PERIFERICOS DIFICILES | UT Valoraciones Asistenciales | DIANA MARCELA CUBILLOS OSORIO |
| 05.11.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 05.11.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS) | UT Bioquímica | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 06.11.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS) | UT Hematología | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 06.11.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 06.11.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 06.11.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Fisiatria | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 06.11.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 06.11.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 07.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 07.11.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Infectología | ISABELLA PUGLIESE RENGIFO |
| 07.11.2020 | 906908 | COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 07.11.2020 | 906906 | COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 07.11.2020 | 906418 | DNA n ANTICUERPOS MANUAL | UT Inmuno y P. Especiales | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 07.11.2020 | 906417 | DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Inmuno y P. Especiales | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 07.11.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 07.11.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 07.11.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 07.11.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 09.11.2020 | 901221-3 | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO | UT Microbiología | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 09.11.2020 | 901225 | HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA | UT Microbiología | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 09.11.2020 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA | UT Microbiología | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 09.11.2020 | 871121-001 | PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS | UT Rayos X convencional | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 09.11.2020 | 871121 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL) | UT Rayos X convencional | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 09.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 09.11.2020 | 883101 | RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO | UT Resonancia | ISABELLA PUGLIESE RENGIFO |
| 09.11.2020 | MEDIOCONTR | MEDIO DE CONTRASTE | UT Resonancia | ISABELLA PUGLIESE RENGIFO |
| 09.11.2020 | S41233 | EXAMENES DE RESONANCIA MAGNETICA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO | UQ Anestesia apoyo diagnostico | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 09.11.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 09.11.2020 | 890605-8 | ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA TERAPIA ENTEROSTOMAL | UT Valoraciones Asistenciales | ESTEFHANY BERMUDEZ ARROYO |
| 10.11.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | ROCIO DEL PILAR OJEDA YELA |
| 10.11.2020 | 911107 | PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS | UT Banco de Sangre | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |

| | | | | |
|------------|------------|--|-------------------------------|--------------------------------|
| 10.11.2020 | 911003 | ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMB S INDIRECTO RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA | UT Banco de Sangre | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 10.11.2020 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA | UT Banco de Sangre | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 10.11.2020 | 911090 | BOLSAS RECOLECCION CON FILTRO BANCO DE SANGRE | UT Banco de Sangre | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 10.11.2020 | 912002 | TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS | UT Banco de Sangre | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 10.11.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 10.11.2020 | 890605-8 | ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA TERAPIA ENTEROSTOMAL | UT Valoraciones Asistenciales | ANYI CRISTINA OSPINA VIVEROS |
| 10.11.2020 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Microbiologia | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 10.11.2020 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | UT Microbiologia | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 10.11.2020 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Microbiologia | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 10.11.2020 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | UT Microbiologia | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 10.11.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Neurologia | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 10.11.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquimica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 10.11.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquimica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 10.11.2020 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquimica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 10.11.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 10.11.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 10.11.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 10.11.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquimica | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 10.11.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquimica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 10.11.2020 | 906841 | PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Bioquimica | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 10.11.2020 | 902204 | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL | UT Hematologia | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 10.11.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematologia | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 11.11.2020 | 33101 | PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA) | UT Enfermeria P5 T1 | GABRIEL DAVID PINILLA MONSALVE |
| 11.11.2020 | 906915-001 | PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL SEROLOGIA EN LCR VDRL | UT Inmuno y P. Especiales | GABRIEL DAVID PINILLA MONSALVE |
| 11.11.2020 | 901212 | CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA | UT Microbiologia | GABRIEL DAVID PINILLA MONSALVE |
| 11.11.2020 | 906314 | CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO | UT Microbiologia | GABRIEL DAVID PINILLA MONSALVE |
| 11.11.2020 | 901305 | EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH) | UT Microbiologia | GABRIEL DAVID PINILLA MONSALVE |
| 11.11.2020 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Microbiologia | GABRIEL DAVID PINILLA MONSALVE |
| 11.11.2020 | 901109 | COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA | UT Microbiologia | GABRIEL DAVID PINILLA MONSALVE |
| 11.11.2020 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | UT Microbiologia | GABRIEL DAVID PINILLA MONSALVE |
| 11.11.2020 | 901101 | BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] | UT Microbiologia | GABRIEL DAVID PINILLA MONSALVE |
| 11.11.2020 | 903850 | LIQUIDO CEFALORRAQUIIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOTQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL | UT Bioquimica | GABRIEL DAVID PINILLA MONSALVE |
| 11.11.2020 | 898226 | ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO | UT Patologia | GABRIEL DAVID PINILLA MONSALVE |
| 11.11.2020 | 902224 | RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO | UT Hematologia | |

| | | | | |
|------------|-----------|---|-------------------------------|----------------------------------|
| | | | | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 11.11.2020 | 902206 | EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO D E MORFOLOGIA | UT Hematologia | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 11.11.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO | UT Bioquimica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 11.11.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquimica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 11.11.2020 | 911009 | COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECN ICA | UT Inmunohemat e Infecciosas | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 11.11.2020 | 903828 | DESHIDROGENASA LACTICA | UT Bioquimica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 11.11.2020 | 903809 | BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA | UT Bioquimica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 11.11.2020 | 903803 | ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 11.11.2020 | 903703 | VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA] | UT Inmuno y P. Especiales | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 11.11.2020 | 903105 | ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO | UT Inmuno y P. Especiales | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 11.11.2020 | 903016 | FERRITINA | UT Inmuno y P. Especiales | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 12.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 12.11.2020 | 389103-21 | CANALIZACION DE ACCESOS VENOSOS PERIFERI COS DIFICILES | UT Valoraciones Asistenciales | MONICA CEBALLOS SARAZA |
| 12.11.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO | UT Bioquimica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 12.11.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquimica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 13.11.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 13.11.2020 | 992990-02 | CLINICA DE INFUSIONES | UT Reumatologia | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 13.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 13.11.2020 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENF ERMERIA | UT Valoraciones Asistenciales | SANDRA MILENA SANDOVAL VIVEROS |
| 13.11.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA | UT Nutricion | SELFY LUZ PEÑA PEÑA |
| 14.11.2020 | 867003 | COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS | UQ Quirófano | DIANA CAROLINA MUÑOZ VIDAL |
| 14.11.2020 | 862601 | DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSI TIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA | UQ Quirófano | DIANA CAROLINA MUÑOZ VIDAL |
| 14.11.2020 | 903111 | ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO | UT Bioquimica | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 14.11.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO | UT Bioquimica | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 14.11.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO | UT Bioquimica | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 14.11.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 14.11.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 14.11.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 14.11.2020 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquimica | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 14.11.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 14.11.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquimica | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 14.11.2020 | 903839 | GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC IO) | UT Bioquimica | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 14.11.2020 | 901221-3 | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO A UTOMATICO | UT Microbiologia | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 14.11.2020 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MU ESTRA | UT Microbiologia | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |

| | | | | |
|------------|------------|---|-------------------------------|-------------------------------|
| 14.11.2020 | 906841 | PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Bioquímica | ISABELLA PUGLIESE RENGIFO |
| 15.11.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermería | DIANA MARCELA CUBILLOS OSORIO |
| 15.11.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | SELFILUZ PEÑA PEÑA |
| 16.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 16.11.2020 | 904805 | CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS | UT Inmuno y P. Especiales | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 16.11.2020 | 906841 | PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Bioquímica | MARIA JULIANA VARELA MUÑOZ |
| 16.11.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 16.11.2020 | 904805 | CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS | UT Inmuno y P. Especiales | MARIA JULIANA VARELA MUÑOZ |
| 16.11.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 16.11.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 16.11.2020 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 16.11.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 16.11.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 16.11.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 17.11.2020 | 903809 | BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 17.11.2020 | 903828 | DESHIDROGENASA LACTICA | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 17.11.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 17.11.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 17.11.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 17.11.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematología | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 17.11.2020 | 902206 | EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA | UT Hematología | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 17.11.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 17.11.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 17.11.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiología | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 17.11.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 18.11.2020 | 895100-3 | ELECTROCARDIOGRAMA EN PISO | UT De enfermería | ROSA ELISA LIBREROS MARLES |
| 18.11.2020 | 890605-8 | ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA TERAPIA ENTEROSTOMAL | UT Valoraciones Asistenciales | DIANA MARCELA CUBILLOS OSORIO |
| 18.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 18.11.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 18.11.2020 | 389103-003 | CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 18.11.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 18.11.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematología | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 19.11.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 19.11.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |

| | | | | |
|------------|------------|--|-------------------------------|------------------------------|
| 20.11.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 20.11.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 20.11.2020 | 990104-84 | SEGUIMIENTO ENFERMERIA SOPORTE NUTRICION AL | UT Valoraciones Asistenciales | JULIA ALBA LEAL SOTO |
| 20.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 20.11.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 20.11.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 22.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 22.11.2020 | 871121 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE RAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL) | UT Rayos X convencional | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 22.11.2020 | 871121-001 | PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS | UT Rayos X convencional | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 22.11.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematologia | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 22.11.2020 | 902204 | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTA CION GLOBULAR - VSG] MANUAL | UT Hematologia | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 22.11.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO | UT Bioquimica | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 22.11.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 22.11.2020 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquimica | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 22.11.2020 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquimica | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 22.11.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 22.11.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 22.11.2020 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquimica | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 22.11.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquimica | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 23.11.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 23.11.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 23.11.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS | UT Dermatologia | ISABELLA PUGLIESE RENGIFO |
| 23.11.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 23.11.2020 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENF ERMERIA | UT Valoraciones Asistenciales | LESBY CAROLINA GIRON LUNA |
| 23.11.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA | UT Nutricion | SELFY LUZ PEÑA PEÑA |
| 23.11.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 24.11.2020 | 862602 | SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SU BATMOSFERICA | UQ Quirófano | MONICA BEJARANO CASTRO |
| 24.11.2020 | 862311 | ESCISION DE ULCERA (SACRA ISQUIATICA TRO CANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON OS TECTOMIA RESECCION DE BURSA POR ULCERA | UQ Quirófano | MONICA BEJARANO CASTRO |
| 24.11.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 24.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 24.11.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 24.11.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 25.11.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 25.11.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 25.11.2020 | 871121-001 | PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS | UT Rayos X convencional | DANIELA ARIAS RAMIREZ |

| | | | | |
|------------|------------|--|-------------------------------|----------------------------------|
| 25.11.2020 | 871121 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL) | UT Rayos X convencional | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 25.11.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 25.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 26.11.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 26.11.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 26.11.2020 | 890605-8 | ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA TERAPIA ENTEROSTOMAL | UT Valoraciones Asistenciales | NATALIA ARIAS ROA |
| 26.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 27.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 27.11.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 27.11.2020 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | ALEJANDRO CASTILLO MARTINEZ |
| 27.11.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 27.11.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 28.11.2020 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | ALEJANDRO CASTILLO MARTINEZ |
| 29.11.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS) | UT Bioquimica | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 29.11.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquimica | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 29.11.2020 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA | UT Banco de Sangre | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 29.11.2020 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA | UT Banco de Sangre | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 29.11.2020 | 911003 | ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COombs INDIRECTO RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA) | UT Banco de Sangre | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 29.11.2020 | 912002 | TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS | UT Banco de Sangre | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 29.11.2020 | 911090 | BOLSAS RECOLECCION CON FILTRO BANCO DE SANGRE | UT Banco de Sangre | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 29.11.2020 | 911107 | PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS | UT Banco de Sangre | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 29.11.2020 | 912002 | TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS | UT Banco de Sangre | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 29.11.2020 | 911090 | BOLSAS RECOLECCION CON FILTRO BANCO DE SANGRE | UT Banco de Sangre | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 29.11.2020 | 911107 | PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS | UT Banco de Sangre | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 30.11.2020 | 862601 | DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA | UQ Quirófano | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 30.11.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | SELFIE LUZ PEÑA PEÑA |
| 30.11.2020 | 990104-84 | SEGUIMIENTO ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONAL | UT Valoraciones Asistenciales | JULIA ALBA LEAL SOTO |
| 30.11.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 30.11.2020 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | ALEJANDRO CASTILLO MARTINEZ |
| 30.11.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 30.11.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 30.11.2020 | 871121 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL) | UT Rayos X convencional | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 30.11.2020 | 871121-001 | PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS | UT Rayos X convencional | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 30.11.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS) | UT Hematologia | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 01.12.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |

| | | | | |
|------------|------------|--|-------------------------------|-------------------------------|
| 01.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 01.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 01.12.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 01.12.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | SELFY LUZ PEÑA PEÑA |
| 01.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 02.12.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 02.12.2020 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | ALEJANDRO CASTILLO MARTINEZ |
| 02.12.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 02.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 02.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 02.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 03.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 03.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 03.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 04.12.2020 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENFERMERIA | UT Valoraciones Asistenciales | LESBY CAROLINA GIRON LUNA |
| 04.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 04.12.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 04.12.2020 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | ALEJANDRO CASTILLO MARTINEZ |
| 04.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 04.12.2020 | 389103-003 | CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 04.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 05.12.2020 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 05.12.2020 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 05.12.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 05.12.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 05.12.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 05.12.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS) | UT Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 06.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 07.12.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 07.12.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS) | UT Bioquimica | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 07.12.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 07.12.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 07.12.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquimica | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 07.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 07.12.2020 | 901212 | CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA | UT Microbiologia | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 07.12.2020 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquimica | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |

| | | | | |
|------------|------------|---|-------------------------------|-------------------------------|
| 07.12.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 07.12.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 07.12.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 07.12.2020 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquímica | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 07.12.2020 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquímica | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 07.12.2020 | 862601 | DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA | UQ Quirófano | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 07.12.2020 | 871121-001 | PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS | UT Rayos X convencional | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 07.12.2020 | 871121 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL) | UT Rayos X convencional | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 07.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 07.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 07.12.2020 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | ALEJANDRO CASTILLO MARTINEZ |
| 07.12.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermería | ANA YULIETH TRUJILLO DUSSAN |
| 07.12.2020 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | UT Microbiología | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 07.12.2020 | 901212 | CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA | UT Microbiología | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 07.12.2020 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Microbiología | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 07.12.2020 | 901305 | EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH) | UT Microbiología | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 07.12.2020 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | UT Microbiología | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 07.12.2020 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Microbiología | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 07.12.2020 | 901305 | EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH) | UT Microbiología | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 08.12.2020 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT De enfermería | ANYI CRISTINA OSPINA VIVEROS |
| 08.12.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 08.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 08.12.2020 | 881301 | ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS | UT Ecografía | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 08.12.2020 | 881302 | ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO GRANDES VASOS PELVIS Y FLANCOS) | UT Ecografía | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 09.12.2020 | 890605-81 | VALORACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONAL | UT Valoraciones Asistenciales | ANYI CRISTINA OSPINA VIVEROS |
| 09.12.2020 | 389103-003 | CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 09.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 09.12.2020 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | ALEJANDRO CASTILLO MARTINEZ |
| 09.12.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiología | ALEJANDRO RESTREPO CEDEÑO |
| 09.12.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Infectología | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 09.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 09.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 10.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 10.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 10.12.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 10.12.2020 | 901009-001 | DETECCION DE CARBAPENEMASAS (CARBAPENEMAS) | UT Microbiología | |

| | | | | |
|------------|------------|--|-------------------------------|---------------------------------|
| | | | | JAIME ALBERTO LOPEZ VARGAS |
| 10.12.2020 | 901009-001 | DETECCION DE CARBAPENEMASAS (CARBA NP) | UT Microbiologia | JAIME ALBERTO LOPEZ VARGAS |
| 11.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 11.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 11.12.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | SELFI LUZ PEÑA PEÑA |
| 11.12.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 11.12.2020 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | ALEJANDRO CASTILLO MARTINEZ |
| 11.12.2020 | 990104-84 | SEGUIMIENTO ENFERMERIA SOPORTE NUTRICION AL | UT Valoraciones Asistenciales | JULIA ALBA LEAL SOTO |
| 11.12.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 12.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 13.12.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Infectologia | DIANA MARCELA SOTO ADARVE |
| 13.12.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquimica | DIANA MARCELA SOTO ADARVE |
| 13.12.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematologia | DIANA MARCELA SOTO ADARVE |
| 13.12.2020 | 902204 | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL | UT Hematologia | DIANA MARCELA SOTO ADARVE |
| 14.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 14.12.2020 | 890484 | INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA | UT Siquiatria | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 14.12.2020 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | ALEJANDRO CASTILLO MARTINEZ |
| 14.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 14.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 15.12.2020 | 862601 | DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA | UQ Quirófano | MONICA PATRICIA TORRES DELGADO |
| 15.12.2020 | 990207 | EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR TRABAJO SOCIAL | UT Valoraciones Asistenciales | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 906841 | PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Bioquimica | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 15.12.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematologia | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 903839 | GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO) | UT Bioquimica | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 903111 | ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO | UT Bioquimica | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 901221-3 | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO | UT Microbiologia | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA | UT Microbiologia | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquimica | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquimica | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquimica | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquimica | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | |

| | | | | |
|------------|------------|---|-------------------------------|---------------------------------|
| | | | | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 903828 | DESHIDROGENASA LACTICA | UT Bioquimica | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 903813 | COLORO | UT Bioquimica | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 903810 | CALCIO SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquimica | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 871121 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL) | UT Rayos X convencional | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 871121-001 | PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS | UT Rayos X convencional | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 15.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 16.12.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | ROCIO DEL PILAR OJEDA YELA |
| 16.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 16.12.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | SELFIE LUZ PEÑA PEÑA |
| 16.12.2020 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | ALEJANDRO CASTILLO MARTINEZ |
| 16.12.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 16.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 16.12.2020 | 389103-003 | CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 16.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 17.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 17.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 17.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 18.12.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 18.12.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 18.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 18.12.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquimica | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 18.12.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS) | UT Bioquimica | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 18.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 19.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 21.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 21.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 21.12.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | SELFIE LUZ PEÑA PEÑA |
| 22.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 22.12.2020 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENFERMERIA | UT Valoraciones Asistenciales | LESBY CAROLINA GIRON LUNA |
| 22.12.2020 | 389103-003 | CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 22.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 22.12.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |

| | | | | |
|------------|------------|---|-------------------------------|--------------------------------|
| 22.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 22.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 23.12.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 23.12.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 23.12.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquímica | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 23.12.2020 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquímica | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 23.12.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 23.12.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | MILLY JOCELYN VECINO MORENO |
| 23.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 23.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 23.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 24.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 24.12.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 24.12.2020 | 901305 | EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH) | UT Microbiología | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 24.12.2020 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | UT Microbiología | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 24.12.2020 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiología | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 24.12.2020 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutricion | SELFY LUZ PEÑA PEÑA |
| 24.12.2020 | 862601 | DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA | UQ Quirófano | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 24.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 24.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 25.12.2020 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Microbiología | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 26.12.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Infectología | JESSICA CAPRE PEREIRA |
| 26.12.2020 | 895100-3 | ELECTROCARDIOGRAMA EN PISO | UT De enfermería | JENNY XIMENA AGUILAR GOMEZ |
| 26.12.2020 | 901225 | HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA | UT Microbiología | ALVARO JOSE MARTINEZ VALENCIA |
| 26.12.2020 | 901221-3 | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO | UT Microbiología | ALVARO JOSE MARTINEZ VALENCIA |
| 26.12.2020 | 901212 | CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA | UT Microbiología | MARIA JOSEFA FRANCO FLOREZ |
| 27.12.2020 | 389103-21 | CANALIZACION DE ACCESOS VENOSOS PERIFERICOS DIFICILES | UT Valoraciones Asistenciales | LILIANA CACERES FRANCO |
| 27.12.2020 | 890605-81 | VALORACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONAL | UT Valoraciones Asistenciales | LILIANA CACERES FRANCO |
| 27.12.2020 | 890484 | INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA | UT Siquiatria | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 27.12.2020 | 895100-3 | ELECTROCARDIOGRAMA EN PISO | UT De enfermería | LILIANA CACERES FRANCO |
| 27.12.2020 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Infectología | DANIEL EDUARDO CELIN VALCARCEL |
| 27.12.2020 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA | UT Microbiología | ALVARO JOSE MARTINEZ VALENCIA |
| 28.12.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 28.12.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 28.12.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 28.12.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 28.12.2020 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | |

| | | | | |
|------------|------------|---|--------------------------------|--------------------------------|
| | | | | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 28.12.2020 | 890605-81 | VALORACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONA L | UT Valoraciones Asistenciales | DIANA MARCELA CUBILLOS OSORIO |
| 28.12.2020 | 389103-003 | CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 28.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 28.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 28.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 28.12.2020 | 911003 | ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMB S INDIRECTO RASTREO ANTICUERPOS IRREGULA RES PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA | UT Banco de Sangre | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 28.12.2020 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 28.12.2020 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA] | UT Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 28.12.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 28.12.2020 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO | UT Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 28.12.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 28.12.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 28.12.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 29.12.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematologia | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 29.12.2020 | 862601 | DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSI TIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA | UQ Quirófano | FERNANDO RODRIGUEZ HOLGUIN |
| 29.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 29.12.2020 | 911107 | PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRAD O DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS | UT Banco de Sangre | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 29.12.2020 | 912002 | TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJ OS O ERITROCITOS | UT Banco de Sangre | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 29.12.2020 | 911000 | BOLSAS RECOLECCION BANCO DE SANGRE | UT Banco de Sangre | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 29.12.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 29.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 29.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 29.12.2020 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR M ICROTECNICA | UT Banco de Sangre | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 30.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 30.12.2020 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 30.12.2020 | 89 | CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 30.12.2020 | 389103-003 | CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL | UT Prog. Terapia Intravenosa | ERIKA ANDREA HURTADO PAREDES |
| 30.12.2020 | 890605-81 | VALORACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONA L | UT Valoraciones Asistenciales | ISABEL CRISTINA PRECIADO HENAO |
| 30.12.2020 | 389103-21 | CANALIZACION DE ACCESOS VENOSOS PERIFERI COS DIFICILES | UT Prog. Terapia Intravenosa | ISABEL CRISTINA PRECIADO HENAO |
| 30.12.2020 | S41233 | EXAMENES DE RESONANCIA MAGNETICA HONORAR IOS DE ANESTESIOLOGO | UQ Anestesia apoyo diagnostico | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 30.12.2020 | MEDIOCONTR | MEDIO DE CONTRASTE | UT Resonancia | ALVARO JOSE MARTINEZ VALENCIA |
| 30.12.2020 | 883440 | RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS | UT Resonancia | ALVARO JOSE MARTINEZ VALENCIA |
| 30.12.2020 | 883231 | RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR C ON CONTRASTE | UT Resonancia | ALVARO JOSE MARTINEZ VALENCIA |
| 31.12.2020 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 31.12.2020 | 890605-8 | ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERME RIA TERAPIA ENTEROSTOMAL | UT Valoraciones Asistenciales | CAROLINA TELLEZ CARDENAS |

| | | | | |
|------------|-----------|---|-------------------------------|----------------------------------|
| 31.12.2020 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 31.12.2020 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 31.12.2020 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 31.12.2020 | 903813 | COLORO | UT Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 31.12.2020 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 31.12.2020 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 31.12.2020 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 31.12.2020 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematología | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 01.01.2021 | 903041 | PORFEBILINOGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS | UT Remisiones a instituciones | |
| 01.01.2021 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Cirugía Plástica | WILLIAM ANDRES JIMENEZ RAMIREZ |
| 02.01.2021 | 902045 | TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] | UT Hematología | AUDREY JOSE MIRANDA DIAZ |
| 02.01.2021 | 902049 | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] | UT Hematología | AUDREY JOSE MIRANDA DIAZ |
| 02.01.2021 | 903803 | ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | AUDREY JOSE MIRANDA DIAZ |
| 02.01.2021 | 903863 | PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | AUDREY JOSE MIRANDA DIAZ |
| 02.01.2021 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Gastroenterología | DAVID ALEJANDRO AGUIRRE VALENCIA |
| 02.01.2021 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA | UT Banco de Sangre | DIEGO FERNANDO CRUZ MENDOZA |
| 02.01.2021 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA | UT Banco de Sangre | DIEGO FERNANDO CRUZ MENDOZA |
| 02.01.2021 | 911003 | ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA | UT Banco de Sangre | DIEGO FERNANDO CRUZ MENDOZA |
| 02.01.2021 | 862602 | SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA | UQ Quirófano | MONICA BEJARANO CASTRO |
| 03.01.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 04.01.2021 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Ortopedia | ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ |
| 04.01.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 04.01.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 04.01.2021 | 890408 | INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA | UT Psicología | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 05.01.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquímica | ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ |
| 05.01.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ |
| 05.01.2021 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA | UT Microbiología | ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ |
| 05.01.2021 | 901221-3 | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO | UT Microbiología | ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ |
| 05.01.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 05.01.2021 | 895100-3 | ELECTROCARDIOGRAMA EN PISO | UT De enfermería | ANA YULIETH TRUJILLO DUSSAN |
| 06.01.2021 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | MARIO ALBERTO PEÑA GARCIA |
| 06.01.2021 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Nutrición | SELFY LUZ PEÑA PEÑA |
| 06.01.2021 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Microbiología | DANIEL VERNAZA OBANDO |
| 06.01.2021 | 770501 | SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA | UQ Quirófano | MONICA BEJARANO CASTRO |

| | | | | |
|------------|-----------|--|-------------------------------|----------------------------------|
| 06.01.2021 | 817204 | LIGAMENTORRAFIA O REINSECCION DE LIGAMENTOS VIA ABIERTA | UQ Quirófano | MONICA BEJARANO CASTRO |
| 06.01.2021 | 867203 | COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS | UQ Quirófano | MONICA BEJARANO CASTRO |
| 06.01.2021 | 911003 | ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMB S INDIRECTO RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA | UT Banco de Sangre | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR M ICROTECNICA | UT Banco de Sangre | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR M ICROTECNICA | UT Banco de Sangre | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 862602 | SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA | UQ Quirófano | MONICA BEJARANO CASTRO |
| 06.01.2021 | 441302 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O S IN BIOPSIA | UT Endo Digestivas | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 06.01.2021 | 975100 | EXTRACCION DE TUBO DE GASTROSTOMIA SOD | UT Endo Digestivas | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 06.01.2021 | 890484 | INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA | UT Siquiatria | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 06.01.2021 | 990207 | EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR TRABAJO SOCIAL | UT Valoraciones Asistenciales | MARIA CAROLINA TASCÓN TASCÓN |
| 06.01.2021 | 902049 | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] | UT Hematología | MARCELA POLO TRUJILLO |
| 06.01.2021 | 902045 | TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] | UT Hematología | MARCELA POLO TRUJILLO |
| 06.01.2021 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | MARCELA POLO TRUJILLO |
| 06.01.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | MARCELA POLO TRUJILLO |
| 06.01.2021 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquímica | MARCELA POLO TRUJILLO |
| 06.01.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | MARCELA POLO TRUJILLO |
| 06.01.2021 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | MARCELA POLO TRUJILLO |
| 07.01.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 07.01.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 07.01.2021 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | MARIO ALBERTO PEÑA GARCIA |
| 07.01.2021 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 07.01.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 07.01.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 07.01.2021 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 07.01.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 07.01.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 07.01.2021 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 08.01.2021 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | MARIO ALBERTO PEÑA GARCIA |
| 08.01.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 08.01.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 10.01.2021 | 903813 | CLORO | UT Bioquímica | WILLIAM ANDRES JIMENEZ RAMIREZ |
| 10.01.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 10.01.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquímica | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 10.01.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 10.01.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Bioquímica | WILLIAM ANDRES JIMENEZ RAMIREZ |
| 10.01.2021 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 10.01.2021 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquímica | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |

| | | | | |
|------------|------------|---|-------------------------------|----------------------------------|
| 11.01.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 12.01.2021 | 862602 | SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SU BATMOSFERICA | UQ Quirófano | DIANA CAROLINA MUÑOZ VIDAL |
| 12.01.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 12.01.2021 | 890484 | INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUI ATRIA | UT Siquiatria | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.01.2021 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 12.01.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 12.01.2021 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 12.01.2021 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 12.01.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 12.01.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 13.01.2021 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS | UT Electrofisiologia | |
| 13.01.2021 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | MARIO ALBERTO PEÑA GARCIA |
| 13.01.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 14.01.2021 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | MARIO ALBERTO PEÑA GARCIA |
| 14.01.2021 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA | UT Nutricion | SELFI LUZ PEÑA PEÑA |
| 14.01.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 14.01.2021 | 907004 | COPROSCOPICO | UT Orinas y liq corporales | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 15.01.2021 | 879420 | TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL) | UT Escanografia | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 15.01.2021 | MEDIOCONTR | MEDIO DE CONTRASTE | UT Escanografia | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 15.01.2021 | 895100-3 | ELECTROCARDIOGRAMA EN PISO | UT De enfermeria | ANA YULIETH TRUJILLO DUSSAN |
| 15.01.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 15.01.2021 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | MARIO ALBERTO PEÑA GARCIA |
| 16.01.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 16.01.2021 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 16.01.2021 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 16.01.2021 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 16.01.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 16.01.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO | UT Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 16.01.2021 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 16.01.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematologia | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 16.01.2021 | 937000 | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD | UT Fonoaudiologia | ADRIANA ALVAREZ MONTENEGRO |
| 18.01.2021 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | MARIO ALBERTO PEÑA GARCIA |
| 18.01.2021 | 862602 | SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SU BATMOSFERICA | UQ Quirófano | DIANA CAROLINA MUÑOZ VIDAL |
| 18.01.2021 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA | UT Nutricion | SELFI LUZ PEÑA PEÑA |
| 18.01.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |

| | | | | |
|------------|------------|---|--------------------------------|---------------------------------------|
| 19.01.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 20.01.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Terapia Ocupacional | JOSE MAURICIO SERPA SERPA |
| 20.01.2021 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | MARIO ALBERTO PEÑA GARCIA |
| 20.01.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 20.01.2021 | 902049 | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] | UT Hematologia | ANGELICA MARIA MURCIA PULIDO |
| 20.01.2021 | 902045 | TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] | UT Hematologia | ANGELICA MARIA MURCIA PULIDO |
| 20.01.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematologia | ANGELICA MARIA MURCIA PULIDO |
| 21.01.2021 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA | UT Banco de Sangre | MANUELA ESCALANTE |
| 21.01.2021 | 911003 | ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMB S INDIRECTO RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA | UT Banco de Sangre | MANUELA ESCALANTE |
| 22.01.2021 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA | UT Banco de Sangre | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 22.01.2021 | 867106 | COLGAJO LIBRE COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR | UQ Limonar Quirófano | AUDREY JOSE MIRANDA DIAZ |
| 22.01.2021 | 938303-03 | TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL | UT T.Ocupacional Salud Mental | MARIO ALBERTO PEÑA GARCIA |
| 23.01.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematologia | AUDREY JOSE MIRANDA DIAZ |
| 23.01.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 23.01.2021 | 903111 | ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 23.01.2021 | 903839 | GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO) | UT Limonar Bioquimica | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 23.01.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematologia | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 24.01.2021 | 911107 | PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS | UT Limonar Banco de Sangre | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 24.01.2021 | 911090 | BOLSAS RECOLECCION CON FILTRO BANCO DE SANGRE | UT Limonar Banco de Sangre | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 24.01.2021 | 912002 | TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS | UT Limonar Banco de Sangre | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 24.01.2021 | 911003 | ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMB S INDIRECTO RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA | UT Limonar Banco de Sangre | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 24.01.2021 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA | UT Limonar Banco de Sangre | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 24.01.2021 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA | UT Limonar Banco de Sangre | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 24.01.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 24.01.2021 | 902204 | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL | UT Limonar Hematologia | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 25.01.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 25.01.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematologia | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 25.01.2021 | 990207 | EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR TRABAJO SOCIAL | UT Limonar Valoraciones Asiste | YULI VANESSA GIRON ARBELAEZ |
| 25.01.2021 | 890605-8 | ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA TERAPIA ENTEROSTOMAL | UT Limonar Valoraciones Asiste | DAYANA LEANDRA RIVERA YEPEZ |
| 25.01.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 25.01.2021 | 389103-001 | SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | SANDRA MILENA CASTRILLON MURILLO |
| 25.01.2021 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Limonar Nutricion | ERIKA PATRICIA CAICEDO QUINONES |
| 26.01.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | DIANA CAROLINA CORDOBA SALAZAR |
| 27.01.2021 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Limonar Nutricion | ERIKA PATRICIA CAICEDO QUINONES |

| | | | | |
|------------|-----------|---|--------------------------------|----------------------------------|
| 27.01.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 28.01.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | DIANA CAROLINA CORDOBA SALAZAR |
| 28.01.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Fisioterapia | ANGELA MARIA OBANDO TREJOS |
| 28.01.2021 | 890605-8 | ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA TERAPIA ENTEROSTOMAL | UT Limonar Valoraciones Asiste | YULI VANESSA GIRON ARBELAEZ |
| 28.01.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematologia | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 28.01.2021 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | UT Limonar Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 28.01.2021 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] | UT Limonar Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 28.01.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 28.01.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 30.01.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 01.02.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 01.02.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | DIANA CAROLINA CORDOBA SALAZAR |
| 01.02.2021 | 890605-8 | ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA TERAPIA ENTEROSTOMAL | UT Limonar Valoraciones Asiste | ESTEFANIA ORTIZ BUENAVENTURA |
| 02.02.2021 | 890484 | INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA | UT Limonar Siquiatria | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 02.02.2021 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | UT Limonar Bioquimica | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 02.02.2021 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] | UT Limonar Bioquimica | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 02.02.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 02.02.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | DIANA CAROLINA CORDOBA SALAZAR |
| 02.02.2021 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Limonar Nutricion | ERIKA PATRICIA CAICEDO QUINONES |
| 02.02.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 02.02.2021 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Limonar Bioquimica | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 02.02.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 02.02.2021 | 903813 | CLORO | UT Limonar Bioquimica | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 02.02.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematologia | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 03.02.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 04.02.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 04.02.2021 | 890605-8 | ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA TERAPIA ENTEROSTOMAL | UT Limonar Valoraciones Asiste | ROSA MARGARITA PRATO HERNANDEZ |
| 04.02.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematologia | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 04.02.2021 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 04.02.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 04.02.2021 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Limonar Bioquimica | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 04.02.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | JULIAN ALBERTO NARANJO MILLAN |
| 05.02.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 05.02.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | DIANA CAROLINA CORDOBA SALAZAR |
| 06.02.2021 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Limonar Cuidado Paleativo | DAVID ALEJANDRO AGUIRRE VALENCIA |

| | | | | |
|------------|-----------|--|--------------------------------|---------------------------------|
| 10.02.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 10.02.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | DIANA CAROLINA CORDOBA SALAZAR |
| 11.02.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | DIANA CAROLINA CORDOBA SALAZAR |
| 11.02.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.02.2021 | 890605-8 | ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA TERAPIA ENTEROSTOMAL | UT Limonar Valoraciones Asiste | ESTEFANIA ORTIZ BUENAVENTURA |
| 11.02.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematologia | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.02.2021 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.02.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.02.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.02.2021 | 903810 | CALCIO SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.02.2021 | 903813 | COLOR | UT Limonar Bioquimica | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.02.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.02.2021 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Limonar Bioquimica | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.02.2021 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.02.2021 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 13.02.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 15.02.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 15.02.2021 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Limonar Nutricion | ERIKA PATRICIA CAICEDO QUIÑONES |
| 15.02.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | DIANA CAROLINA CORDOBA SALAZAR |

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7488671

| Fecha | Hora | Medicamento | Dosis | Unidad | Vía | Ciclo | Responsable |
|------------|-------|--|---------|--------|------------|---------|--------------------------------|
| 24.09.2020 | 13:35 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1500.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |
| 24.09.2020 | 13:35 | SOLUCION SALINA BOL 500ML 0,90% | 500.00 | ML | INTRAVENOS | DOUNICA | ALEJANDRA PEREZ CAMPUZANO |
| 24.09.2020 | 20:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | ANGIE GISELLE OTALVARO PECHENE |
| 25.09.2020 | 00:59 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | ANGIE GISELLE OTALVARO PECHENE |
| 25.09.2020 | 10:00 | CLINDAMICINA 600MG/4 ML SOL INYECTABLE | 600.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | NELSON EMILIO SAID FIERRO |
| 25.09.2020 | 12:00 | PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG | 4500.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | NATALIA GIRALDO ECHAVARRIA |
| 25.09.2020 | 18:00 | ENOXAPARINA 40 MG JG | 40.00 | MG | SUBCUTANEA | C/24H | DANIELLE FLOYD ARISTIZÁBAL |
| 25.09.2020 | 18:00 | HIDROCORTISONA 100MG/2ML VIAL | 50.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 25.09.2020 | 22:12 | DIAZEPAM SOL INYECTABLE 10MG/2ML | 10.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | SEBASTIAN FLORIDO SARRIA |
| 26.09.2020 | 07:14 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CARLOS ERNESTO AFANADOR PINZON |
| 26.09.2020 | 07:14 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | CARLOS ERNESTO AFANADOR PINZON |
| 26.09.2020 | 07:14 | HIOSCINA+DIPIRONA 20MG + 2.5G/5ML | 10.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CARLOS ERNESTO AFANADOR PINZON |
| 26.09.2020 | 07:14 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CARLOS ERNESTO AFANADOR PINZON |
| 26.09.2020 | 07:14 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 10.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | CARLOS ERNESTO AFANADOR PINZON |
| 26.09.2020 | 07:14 | SUCCINILCOLINA HCL JERINGA 10MG/ML X 10ML | 20.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CARLOS ERNESTO AFANADOR PINZON |
| 26.09.2020 | 07:14 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | CARLOS ERNESTO AFANADOR PINZON |
| 26.09.2020 | 07:14 | ONDANSETRON 4 MG/2ML AMP 2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CARLOS ERNESTO AFANADOR PINZON |
| 26.09.2020 | 22:00 | QUETIAPINA 25 MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DAVID ALEJANDRO PANTOJA CASTRO |
| 26.09.2020 | 23:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DAVID ALEJANDRO PANTOJA CASTRO |

| | | | | | | | |
|------------|-------|---|---------|----|------------|---------|------------------------------------|
| 27.09.2020 | 08:40 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 08:49 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 09:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 09:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 2500.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 12:00 | POTASIO CLORURO 2MEQ/ML AMP 10ML | 10.00 | ML | INTRAVENOS | DOUNICA | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 12:00 | LACTATO RINGER (SOL. HARTMAN) X 250ML | 490.00 | ML | INTRAVENOS | C/5H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 12:00 | POTASIO CLORURO 2MEQ/ML AMP 10ML | 80.00 | ML | INTRAVENOS | C/8H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 14:39 | SOLK CENTRAL 0,2 MEQ/MLX100ML (10MLPOTASIO+90ML DE SSN) | 200.00 | ML | INTRAVENOS | DOUNICA | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 14:40 | SULFATO DE MAGNESIO 20% 2G/10ML | 6000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 15:03 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 15:03 | PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG | 4500.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 15:03 | QUETIAPINA 25 MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 15:03 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 15:03 | ENOXAPARINA 40 MG JG | 40.00 | MG | SUBCUTANEA | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 15:03 | HIDROCORTISONA 100MG/2ML VIAL | 50.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 27.09.2020 | 16:00 | DIAZEPAM SOL INYECTABLE 10MG/2ML | 10.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 16:00 | SOLUCION HARTMAN BOL 500ML | 500.00 | ML | INTRAVENOS | DOUNICA | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 16:00 | SOLK CENTRAL 0,2 MEQ/MLX100ML (10MLPOTASIO+90ML DE SSN) | 100.00 | ML | INTRAVENOS | DOUNICA | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 18:00 | HIDROCORTISONA 100MG/2ML VIAL | 50.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 18:00 | ENOXAPARINA 40 MG JG | 40.00 | MG | SUBCUTANEA | C/24H | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 18:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1250.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 18:00 | PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG | 4500.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 22:00 | MEPERIDINA 100MG/2ML AMP 2ML | 50.00 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 22:00 | QUETIAPINA 25 MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 27.09.2020 | 22:00 | SOLUCION HARTMAN BOL 500ML | 500.00 | ML | INTRAVENOS | C/8H | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 04:00 | ALBUMINA (HUMANA) 20%-BOLX 50ML | 20.00 | G | INTRAVENOS | DOUNICA | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 06:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 08:00 | MEPERIDINA 100MG/2ML AMP 2ML | 25.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 08:00 | FOSFATO DE POTASIO CENTRAL (P: 0,26MEQ/ML + K: 0,19MEQ/ML) X | 100.00 | ML | INTRAVENOS | DOUNICA | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 08:00 | SULFATO DE MAGNESIO 20% 2G/10ML | 6000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ |
| 28.09.2020 | 09:22 | ENOXAPARINA 40 MG JG | 40.00 | MG | SUBCUTANEA | C/24H | MARIA PAULA ECHAVARRIA DAVID |
| 28.09.2020 | 09:22 | LACTATO RINGER (SOL. HARTMAN) X 250ML | 490.00 | ML | INTRAVENOS | C/5H | MARIA PAULA ECHAVARRIA DAVID |
| 28.09.2020 | 14:00 | AMPICILINA 1000MG/SULBACTAM 500MG VI 1,5GR | 3000.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 28.09.2020 | 16:00 | MEPERIDINA 100MG/2ML AMP 2ML | 25.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | MARIA PAULA ECHAVARRIA DAVID |
| 28.09.2020 | 16:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MARIA PAULA ECHAVARRIA DAVID |
| 28.09.2020 | 18:00 | BIPERIDENO 2 MG TABLETAS | 4.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MARIA DEL PILAR OLIVEROS HERNANDEZ |
| 28.09.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MARIA PAULA ECHAVARRIA DAVID |
| 28.09.2020 | 22:00 | QUETIAPINA 25 MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MARIA PAULA ECHAVARRIA DAVID |
| 29.09.2020 | 00:00 | PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG | 4500.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MARIA PAULA ECHAVARRIA DAVID |
| 29.09.2020 | 02:00 | HIDROCORTISONA 100MG/2ML VIAL | 50.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | MARIA PAULA ECHAVARRIA DAVID |
| 29.09.2020 | 07:00 | FOSFATO DE POTASIO CENTRAL (P: 0,26MEQ/ML + K: 0,19MEQ/ML) X | 100.00 | ML | INTRAVENOS | DOUNICA | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 29.09.2020 | 10:00 | VANCOMICINA 500MG VIAL | 125.00 | MG | NASOGASTR | C/6H | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 29.09.2020 | 10:47 | VANCOMICINA 500MG VIAL | 125.00 | MG | NASOGASTR | C/6H | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 29.09.2020 | 10:50 | SOLK PERIFERICO 0,02MEQ/MLX500ML (5MLPOTASIO+495MLDAD5%ENSSN) | 500.00 | ML | INTRAVENOS | C/12H | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 29.09.2020 | 13:00 | SOLK CENTRAL 0,2 MEQ/MLX100ML (10MLPOTASIO+90ML DE SSN) | 250.00 | ML | INTRAVENOS | DOUNICA | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 29.09.2020 | 14:00 | OMEPRAZOL 2MG/ML FRASCO ORAL 50ML | 20.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 29.09.2020 | 18:00 | ENOXAPARINA 40 MG JG | 40.00 | MG | SUBCUTANEA | C/24H | MARIA PAULA ECHAVARRIA DAVID |
| 29.09.2020 | 20:00 | | 3000.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |

| | | | | | | | |
|------------|-------|---|---------|-----|------------|-----------|---------------------------------------|
| | | AMPICILINA 1000MG/SULBACTAM 500MG VI 1,5GR | | | | | |
| 29.09.2020 | 22:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 30.09.2020 | 02:00 | HIDROCORTISONA 100MG/2ML VIAL | 50.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 30.09.2020 | 12:00 | SOLK CENTRAL 0,2 MEQ/MLX100ML (10MLPOTASIO+90ML DE SSN) | 160.00 | ML | INTRAVENOS | C/4H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 30.09.2020 | 14:00 | LOPERAMIDA CLORHIDRATO 2 MG | 2.00 | MG | NASOGASTR | DOUNICA | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 30.09.2020 | 18:00 | ENOXAPARINA 40 MG JG | 40.00 | MG | SUBCUTANEA | C/24H | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 30.09.2020 | 18:00 | BIPERIDENO 2 MG TABLETAS | 4.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN DAVID ARENAS GUZMAN |
| 30.09.2020 | 18:00 | ENOXAPARINA 40 MG JG | 40.00 | MG | SUBCUTANEA | C/24H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 30.09.2020 | 20:00 | AMPICILINA 1000MG/SULBACTAM 500MG VI 1,5GR | 3000.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 30.09.2020 | 22:00 | VANCOMICINA 500MG VIAL | 125.00 | MG | NASOGASTR | C/6H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 30.09.2020 | 22:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 01.10.2020 | 02:00 | HIDROCORTISONA 100MG/2ML VIAL | 50.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 01.10.2020 | 08:00 | OMEPRAZOL 2MG/ML FRASCO ORAL 50ML | 20.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 01.10.2020 | 08:00 | FOSFATO DE POTASIO CENTRAL (P: 0,26MEQ/ML + K: 0,19MEQ/ML) X | 100.00 | ML | INTRAVENOS | DOUNICA | FABIAN ERNESTO TORRES MUÑOZ |
| 01.10.2020 | 12:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 01.10.2020 | 12:00 | METOPROLOL TARTRATO 50 MG TAB | 25.00 | MG | NASOGASTR | C/12H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 01.10.2020 | 12:00 | LOPERAMIDA CLORHIDRATO 2 MG | 2.00 | MG | NASOGASTR | DOUNICA | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 01.10.2020 | 18:00 | BIPERIDENO 2 MG TABLETAS | 4.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 01.10.2020 | 20:00 | AMPICILINA 1000MG/SULBACTAM 500MG VI 1,5GR | 3000.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 01.10.2020 | 22:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 01.10.2020 | 22:00 | LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML FCO 20ML GOTAS | 10.00 | GTA | VIA ORAL | C/24H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 01.10.2020 | 23:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | NASOGASTR | C/4 D1-5 | ISABELLA ORTEGA MAYA |
| 01.10.2020 | 23:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | NASOGASTR | C/4 D1-5 | ISABELLA ORTEGA MAYA |
| 01.10.2020 | 23:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | NASOGASTR | C/4 D1-5 | ISABELLA ORTEGA MAYA |
| 01.10.2020 | 23:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | NASOGASTR | C/4 D1-5 | ISABELLA ORTEGA MAYA |
| 01.10.2020 | 23:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | NASOGASTR | C/4 D1-5 | ISABELLA ORTEGA MAYA |
| 02.10.2020 | 02:00 | HIDROCORTISONA 100MG/2ML VIAL | 50.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 02.10.2020 | 05:00 | SOLK CENTRAL 0,2 MEQ/MLX100ML (10MLPOTASIO+90ML DE SSN) | 120.00 | ML | INTRAVENOS | C/4H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 02.10.2020 | 08:00 | OMEPRAZOL 2MG/ML FRASCO ORAL 50ML | 20.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 02.10.2020 | 12:28 | LOPERAMIDA CLORHIDRATO 2 MG | 2.00 | MG | VIA ORAL | DOUNICA | ISABEL CRISTINA PATIÑO CORDOBA |
| 02.10.2020 | 13:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | NASOGASTR | C/6 D1-D8 | INGRID LIZETH IDROBO HERRERA |
| 02.10.2020 | 18:00 | BIPERIDENO 2 MG TABLETAS | 4.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 02.10.2020 | 18:00 | ENOXAPARINA 40 MG JG | 40.00 | MG | SUBCUTANEA | C/24H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 02.10.2020 | 20:00 | AMPICILINA 1000MG/SULBACTAM 500MG VI 1,5GR | 3000.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 02.10.2020 | 20:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 02.10.2020 | 20:00 | LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML FCO 20ML GOTAS | 10.00 | GTA | NASOGASTR | C/24H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 02.10.2020 | 22:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 03.10.2020 | 00:00 | METOPROLOL TARTRATO 50 MG TAB | 25.00 | MG | NASOGASTR | C/12H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 03.10.2020 | 02:00 | HIDROCORTISONA 100MG/2ML VIAL | 50.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 03.10.2020 | 02:00 | SOLK CENTRAL 0,2 MEQ/MLX100ML (10MLPOTASIO+90ML DE SSN) | 80.00 | ML | INTRAVENOS | C/4H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 03.10.2020 | 08:00 | OMEPRAZOL 2MG/ML FRASCO ORAL 50ML | 20.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 03.10.2020 | 18:00 | BIPERIDENO 2 MG TABLETAS | 4.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 03.10.2020 | 18:00 | ENOXAPARINA 40 MG JG | 40.00 | MG | SUBCUTANEA | C/24H | CARLOS EDUARDO SALAS JIMENEZ |
| 03.10.2020 | 18:00 | SOLK CENTRAL 0,2 MEQ/MLX100ML (10MLPOTASIO+90ML DE SSN) | 80.00 | ML | INTRAVENOS | C/4H | MARIA DEL PILAR OLIVEROS HERNANDEZ |
| 03.10.2020 | 18:00 | LOPERAMIDA CLORHIDRATO 2 MG | 2.00 | MG | VIA ORAL | DOUNICA | MARIA DEL PILAR OLIVEROS HERNANDEZ |
| 03.10.2020 | 20:00 | AMPICILINA 1000MG/SULBACTAM 500MG VI 1,5GR | 3000.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MARIA DEL PILAR OLIVEROS HERNANDEZ |
| 03.10.2020 | 20:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | MARIA DEL PILAR OLIVEROS HERNANDEZ |
| 03.10.2020 | 20:00 | LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML FCO 20ML GOTAS | 10.00 | GTA | NASOGASTR | C/24H | MARIA DEL PILAR OLIVEROS HERNANDEZ |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|-----|------------|---------|------------------------------------|
| 03.10.2020 | 22:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MARIA DEL PILAR OLIVEROS HERNANDEZ |
| 04.10.2020 | 02:00 | HIDROCORTISONA 100MG/2ML VIAL | 50.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | MARIA DEL PILAR OLIVEROS HERNANDEZ |
| 04.10.2020 | 08:00 | OMEPRAZOL 2MG/ML FRASCO ORAL 50ML | 20.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | MARIA DEL PILAR OLIVEROS HERNANDEZ |
| 04.10.2020 | 08:04 | ONDANSETRON 4 MG/2ML AMP 2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MIGUEL DAVID RAMOS SILVA |
| 04.10.2020 | 08:04 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MIGUEL DAVID RAMOS SILVA |
| 04.10.2020 | 08:04 | FENTANYL JERINGA PRELLENA 50 MCG/ML 2ML | 200.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | MIGUEL DAVID RAMOS SILVA |
| 04.10.2020 | 08:04 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | MIGUEL DAVID RAMOS SILVA |
| 04.10.2020 | 08:04 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 10.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | MIGUEL DAVID RAMOS SILVA |
| 04.10.2020 | 08:04 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MIGUEL DAVID RAMOS SILVA |
| 04.10.2020 | 08:04 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1500.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MIGUEL DAVID RAMOS SILVA |
| 04.10.2020 | 09:38 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MIGUEL DAVID RAMOS SILVA |
| 04.10.2020 | 09:38 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.20 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MIGUEL DAVID RAMOS SILVA |
| 04.10.2020 | 14:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 04.10.2020 | 16:00 | MEROPENEM 1000MG AMP | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 04.10.2020 | 18:00 | BIPERIDENO 2 MG TABLETAS | 4.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | MARIA DEL PILAR OLIVEROS HERNANDEZ |
| 04.10.2020 | 18:00 | ENOXAPARINA 40 MG JG | 40.00 | MG | SUBCUTANEA | C/24H | MARIA DEL PILAR OLIVEROS HERNANDEZ |
| 05.10.2020 | 14:00 | SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN | 250.00 | ML | INTRAVENOS | C/3H | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 05.10.2020 | 20:00 | VANCOMICINA 500MG VIAL | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/12H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 06.10.2020 | 09:09 | CLORURO DE POTASIO 10% (1,34MEQ/ML DE POTASIO + 1,34MEQ/ML D | 15.00 | ML | VIA ORAL | C/6H | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 06.10.2020 | 11:00 | SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN | 250.00 | ML | INTRAVENOS | C/2H | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 06.10.2020 | 12:00 | SOLK CENTRAL 0,2 MEQ/MLX100ML (10MLPOTASIO+90ML DE SSN) | 100.00 | ML | INTRAVENOS | C/2H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 06.10.2020 | 12:00 | CLORURO DE POTASIO 10% (1,34MEQ/ML DE POTASIO + 1,34MEQ/ML D | 15.00 | ML | NASOGASTR | C/6H | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 06.10.2020 | 13:41 | ALBENDAZOL 200MG TAB | 400.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 06.10.2020 | 14:12 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 0.50 | MG | VIA ORAL | C/8H | ERWIN FABIAN LASSO CHAVEZ |
| 06.10.2020 | 16:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 0.50 | MG | NASOGASTR | C/8H | ERWIN FABIAN LASSO CHAVEZ |
| 07.10.2020 | 13:00 | BICARBONATO DE SODIO 0.84G/10ML (10 MEQ/10ML) AMP | 70.00 | ML | INTRAVENOS | C/6H | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 07.10.2020 | 13:00 | AGUA PARA INYECCION 500 ML (NO ADMINISTRAR IV PURO) | 430.00 | ML | INTRAVENOS | C/6H | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 07.10.2020 | 15:00 | POLIESTIRENO SULFONATO CALCICO 99G/100G SOB 15 G | 15.00 | G | NASOGASTR | C/6H | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 07.10.2020 | 16:00 | FLUCONAZOL 2 MG/ML FCO 100ML SOL. INY. | 400.00 | MG | INTRAVENOS | C/24H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 07.10.2020 | 18:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 07.10.2020 | 18:00 | NAPROXENO 250 MG COMPRIMIDOS | 250.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 07.10.2020 | 18:00 | OMEPRAZOL 20MG CAPSULA | 20.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 07.10.2020 | 20:00 | FOSFATO DE POTASIO PERIFERICO (P: 0,052MEQ/ML + K: 0,038MEQ/ | 250.00 | ML | INTRAVENOS | C/4H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 08.10.2020 | 09:29 | CISATRACURIO BESILATO 10MG/5ML - AMP | 10.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN VANEGAS CARDOZO |
| 08.10.2020 | 09:29 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN VANEGAS CARDOZO |
| 08.10.2020 | 09:29 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN VANEGAS CARDOZO |
| 08.10.2020 | 09:29 | DEXAMETASONA FOSFATO INY 8MG/2ML | 8.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN VANEGAS CARDOZO |
| 08.10.2020 | 09:29 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN VANEGAS CARDOZO |
| 08.10.2020 | 09:29 | FENTANYL JERINGA PRELLENA 50 MCG/ML 2ML | 100.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN VANEGAS CARDOZO |
| 08.10.2020 | 09:29 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN VANEGAS CARDOZO |
| 08.10.2020 | 09:29 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 20.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | IVAN VANEGAS CARDOZO |
| 08.10.2020 | 09:29 | | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN VANEGAS CARDOZO |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|-----|------------|----------|----------------------------------|
| | | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | | | | | |
| 08.10.2020 | 09:29 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN VANEGAS CARDOZO |
| 08.10.2020 | 18:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 0.50 | MG | NASOGASTR | C/8H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 08.10.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 09.10.2020 | 14:00 | LORATADINA 10 MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | DOUNICA | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 09.10.2020 | 14:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | VIA ORAL | DOUNICA | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 09.10.2020 | 14:00 | INMUNOGLOBULINA HUMANA G 5G/50ML | 20.00 | G | INTRAVENOS | DOUNICA | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 09.10.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | DIANA MARIA AMAYA CACERES |
| 09.10.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 10.10.2020 | 06:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | NASOGASTR | C/6 D1-5 | STEFANIA PINZON ORTIZ |
| 10.10.2020 | 06:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | NASOGASTR | C/6 D1-5 | STEFANIA PINZON ORTIZ |
| 10.10.2020 | 06:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | NASOGASTR | C/6 D1-5 | STEFANIA PINZON ORTIZ |
| 10.10.2020 | 06:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | NASOGASTR | C/6 D1-5 | STEFANIA PINZON ORTIZ |
| 10.10.2020 | 06:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | NASOGASTR | C/6 D1-5 | STEFANIA PINZON ORTIZ |
| 10.10.2020 | 06:00 | ALBENDAZOL 200MG TAB | 400.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO |
| 10.10.2020 | 10:00 | SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN | 250.00 | ML | INTRAVENOS | DOUNICA | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 10.10.2020 | 13:00 | SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN | 250.00 | ML | INTRAVENOS | C/8H | DIANA MARIA AMAYA CACERES |
| 10.10.2020 | 14:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | DIANA MARIA AMAYA CACERES |
| 10.10.2020 | 22:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | DIANA MARIA AMAYA CACERES |
| 11.10.2020 | 10:00 | FOSFATO DE POTASIO PERIFERICO (P: 0,052MEQ/ML + K: 0,038MEQ/ | 250.00 | ML | INTRAVENOS | C/4H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 11.10.2020 | 20:00 | QUETIAPINA 25 MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | BEATRIZ EUGENIA MONTOYA LEHMANN |
| 11.10.2020 | 22:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 11.10.2020 | 22:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.10.2020 | 03:00 | SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN | 250.00 | ML | INTRAVENOS | C/3H | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 12.10.2020 | 04:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | NASOGASTR | C/6H | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 12.10.2020 | 14:00 | SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN | 250.00 | ML | INTRAVENOS | C/3H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 12.10.2020 | 16:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 12.10.2020 | 20:00 | QUETIAPINA 25 MG TAB | 37.50 | MG | VIA ORAL | C/24H | BEATRIZ EUGENIA MONTOYA LEHMANN |
| 12.10.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 13.10.2020 | 06:00 | IMIPENEM 500MG + CILASTATINA 500MG VIAL | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 13.10.2020 | 08:00 | VANCOMICINA 500MG VIAL | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 13.10.2020 | 11:00 | VANCOMICINA 500MG VIAL | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/12H | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 14.10.2020 | 08:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 14.10.2020 | 08:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 14.10.2020 | 10:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 14.10.2020 | 10:00 | SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN | 250.00 | ML | INTRAVENOS | C/4H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 14.10.2020 | 10:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 14.10.2020 | 14:00 | CLORURO DE POTASIO 10% (1,34MEQ/ML DE POTASIO + 1,34MEQ/ML D | 15.00 | ML | NASOGASTR | C/6H | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 14.10.2020 | 14:00 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 14.10.2020 | 20:00 | SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN | 250.00 | ML | INTRAVENOS | C/2H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 14.10.2020 | 20:20 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 2500.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO PEREZ ESPINOSA |
| 14.10.2020 | 20:20 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO PEREZ ESPINOSA |
| 14.10.2020 | 20:20 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO PEREZ ESPINOSA |
| 14.10.2020 | 20:20 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 20.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | MAURICIO PEREZ ESPINOSA |
| 14.10.2020 | 20:20 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO PEREZ ESPINOSA |
| 14.10.2020 | 20:20 | FENTANYL JERINGA PRELLENA 50 MCG/ML 2ML | 100.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO PEREZ ESPINOSA |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|-----|------------|-----------|----------------------------------|
| 14.10.2020 | 20:20 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO PEREZ ESPINOSA |
| 14.10.2020 | 20:20 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP 1ML | 2.00 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | MAURICIO PEREZ ESPINOSA |
| 14.10.2020 | 20:20 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO PEREZ ESPINOSA |
| 14.10.2020 | 20:20 | ONDANSETRON 4 MG/2ML AMP 2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO PEREZ ESPINOSA |
| 14.10.2020 | 22:00 | LEVOMEPRIMAZINA 40MG/ML FCO 20ML GOTAS | 8.00 | GTA | VIA ORAL | C/24H | ANA MARIA GUERRA LOZANO |
| 14.10.2020 | 22:00 | QUETIAPINA 25 MG TAB | 75.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 15.10.2020 | 00:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 15.10.2020 | 00:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 15.10.2020 | 10:00 | CASPOFUNGINA 70MG VIAL | 70.00 | MG | INTRAVENOS | C/24H | JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ |
| 15.10.2020 | 10:00 | MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ/ML | 2000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 15.10.2020 | 10:00 | PREDNISOLONA 5MG TAB | 30.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA |
| 15.10.2020 | 15:23 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | GERMAN GABRIEL CASTILLO CARDENAS |
| 15.10.2020 | 15:23 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | GERMAN GABRIEL CASTILLO CARDENAS |
| 15.10.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 15.10.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 15.10.2020 | 22:00 | ESPIRONOLACTONA 100 MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 16.10.2020 | 10:09 | CASPOFUNGINA 70MG VIAL | 50.00 | MG | INTRAVENOS | C/24H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 16.10.2020 | 12:00 | SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN | 500.00 | ML | INTRAVENOS | DOUNICA | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 16.10.2020 | 14:00 | SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN | 250.00 | ML | INTRAVENOS | C/8H | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 16.10.2020 | 14:00 | SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN | 250.00 | ML | INTRAVENOS | C/4H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 16.10.2020 | 15:34 | CISATRACURIO BESILATO 10MG/5ML - AMP | 10.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | GERMAN GABRIEL CASTILLO CARDENAS |
| 16.10.2020 | 15:34 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | GERMAN GABRIEL CASTILLO CARDENAS |
| 16.10.2020 | 15:34 | HIOSCINA+DIPIRONA 20MG + 2.5G/5ML | 20.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | GERMAN GABRIEL CASTILLO CARDENAS |
| 16.10.2020 | 15:34 | FENTANYL JERINGA PRELLENA 50 MCG/ML 2ML | 100.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | GERMAN GABRIEL CASTILLO CARDENAS |
| 16.10.2020 | 15:34 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | GERMAN GABRIEL CASTILLO CARDENAS |
| 16.10.2020 | 15:34 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | GERMAN GABRIEL CASTILLO CARDENAS |
| 16.10.2020 | 16:00 | CASPOFUNGINA 50 MG VIAL | 50.00 | MG | INTRAVENOS | C/24H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 16.10.2020 | 16:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | GASTROSTOM | C/6 D1-D8 | ADRIANA MARIA CORAL HERNANDEZ |
| 16.10.2020 | 16:44 | DEXAMETASONA FOSFATO INY 8MG/2ML | 8.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | GERMAN GABRIEL CASTILLO CARDENAS |
| 16.10.2020 | 18:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 16.10.2020 | 18:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 16.10.2020 | 18:24 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | GERMAN GABRIEL CASTILLO CARDENAS |
| 17.10.2020 | 22:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 17.10.2020 | 22:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 18.10.2020 | 02:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 18.10.2020 | 18:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 18.10.2020 | 22:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 18.10.2020 | 22:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 19.10.2020 | 20:00 | CLORURO DE POTASIO 10% (1,34MEQ/ML DE POTASIO + 1,34MEQ/ML D | 10.00 | ML | NASOGASTR | C/8H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 19.10.2020 | 22:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 19.10.2020 | 22:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 20.10.2020 | 10:26 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ETELBERTO TEJADA LOPEZ |
| 20.10.2020 | 10:26 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 400.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ETELBERTO TEJADA LOPEZ |
| 20.10.2020 | 22:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 20.10.2020 | 22:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 21.10.2020 | 22:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 22.10.2020 | 22:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|-----|------------|-----------|--------------------------------|
| 23.10.2020 | 04:00 | SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN | 50.00 | ML | INTRAVENOS | C/2H | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 23.10.2020 | 06:32 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.10.2020 | 06:32 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.10.2020 | 06:32 | N-BUTIL BROMURO HIOSCINA 20MG/1ML | 10.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.10.2020 | 06:32 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 100.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.10.2020 | 06:32 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.10.2020 | 06:32 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.10.2020 | 06:32 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 10.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.10.2020 | 06:32 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML | 20.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.10.2020 | 06:32 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.10.2020 | 06:32 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.10.2020 | 11:45 | FENTANYL JERINGA PRELLENA 50 MCG/ML 2ML | 100.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.10.2020 | 11:47 | FENTANYL JERINGA PRELLENA 10 MCG/ML X 5ML | 50.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.10.2020 | 11:53 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 5.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.10.2020 | 11:54 | SUCCINILCOLINA HCL JERINGA 10MG/ML X 10ML | 40.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.10.2020 | 16:00 | CASPOFUNGINA 50 MG VIAL | 50.00 | MG | INTRAVENOS | C/24H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 23.10.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ |
| 23.10.2020 | 22:00 | SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN | 250.00 | ML | INTRAVENOS | C/2H | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |
| 24.10.2020 | 07:00 | FOSFATO DE POTASIO PERIFERICO (P: 0,052MEQ/ML + K: 0,038MEQ/ | 250.00 | ML | INTRAVENOS | C/4H | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |
| 24.10.2020 | 16:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | GASTROSTOM | C/6 D1-D8 | ADRIANA MARIA CORAL HERNANDEZ |
| 24.10.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 25.10.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 26.10.2020 | 14:00 | CLORURO DE POTASIO 10% (1,34MEQ/ML DE POTASIO + 1,34MEQ/ML D | 15.00 | ML | GASTROSTOM | C/8H | MARIA ISABEL PRIETO RUSCA |
| 27.10.2020 | 11:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | DOUNICA | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 27.10.2020 | 12:05 | QUETIAPINA 25 MG TAB | 75.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 27.10.2020 | 17:00 | QUETIAPINA 25 MG TAB | 25.00 | MG | NASOGASTR | C/12H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 27.10.2020 | 18:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 27.10.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 27.10.2020 | 20:00 | QUETIAPINA 25 MG TAB | 75.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 27.10.2020 | 20:00 | SOLK PERIFERICO 0,02MEQ/MLX500ML (5MLPOTASIO+495MLDAD5%ENSSN | 500.00 | ML | INTRAVENOS | C/24H | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 29.10.2020 | 02:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 29.10.2020 | 16:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 29.10.2020 | 18:00 | HIDROXIDO DE ALUMINIO 6,15G/100ML FCO 360ML | 10.00 | ML | VIA ORAL | C/8H | ISABELLA PUGLIESE RENGIFO |
| 29.10.2020 | 20:00 | QUETIAPINA 25 MG TAB | 125.00 | MG | NASOGASTR | C/24H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 30.10.2020 | 02:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 30.10.2020 | 07:28 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.10.2020 | 07:28 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.10.2020 | 07:28 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 100.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.10.2020 | 07:28 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP 1ML | 2.00 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.10.2020 | 07:28 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.10.2020 | 07:28 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.10.2020 | 07:28 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 10.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.10.2020 | 07:28 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML | 20.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.10.2020 | 07:28 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.10.2020 | 07:28 | | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|----|------------|-----------|------------------------------------|
| | | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | | | | | |
| 30.10.2020 | 07:28 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.10.2020 | 14:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 2.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 30.10.2020 | 16:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 30.10.2020 | 17:10 | SUCCINILCOLINA HCL JERINGA 10MG/ML X 10ML | 50.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.10.2020 | 20:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | GASTROSTOM | C/6 D1-D8 | LEIDY DAHYANA PEREA RODRIGUEZ |
| 31.10.2020 | 02:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 01.11.2020 | 00:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 01.11.2020 | 13:00 | METOPROLOL TARTRATO 50 MG TAB | 25.00 | MG | NASOGASTR | C/12H | MARIA DEL PILAR OLIVEROS HERNANDEZ |
| 01.11.2020 | 23:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 02.11.2020 | 23:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |
| 03.11.2020 | 15:43 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | ERWIN FABIAN LASSO CHAVEZ |
| 03.11.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 3.00 | MG | GASTROSTOM | C/24H | ERWIN FABIAN LASSO CHAVEZ |
| 03.11.2020 | 23:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | NASOGASTR | C/8H | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 04.11.2020 | 09:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 04.11.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 3.00 | MG | GASTROSTOM | C/24H | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 05.11.2020 | 08:20 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 3.00 | MG | GASTROSTOM | C/24H | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 05.11.2020 | 11:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 05.11.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 3.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 06.11.2020 | 01:00 | ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML | 8.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 06.11.2020 | 06:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 06.11.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 3.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 06.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ALEJANDRO CASTILLO MARTINEZ |
| 07.11.2020 | 06:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 07.11.2020 | 09:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | GASTROSTOM | C/6 D1-D8 | LEIDY DAHYANA PEREA RODRIGUEZ |
| 07.11.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 3.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 07.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 08.11.2020 | 06:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 08.11.2020 | 13:00 | VANCOMICINA 500MG VIAL | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/12H | JUAN DIEGO VELEZ LONDONO |
| 08.11.2020 | 13:00 | MEROPENEM 1000MG AMP | 2000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | JUAN DIEGO VELEZ LONDONO |
| 08.11.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 3.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DANIEL EDUARDO CELIN VALCARCEL |
| 08.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DANIEL EDUARDO CELIN VALCARCEL |
| 09.11.2020 | 06:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | DANIEL EDUARDO CELIN VALCARCEL |
| 09.11.2020 | 09:00 | SERTRALINA TABLETAS 50 MG | 50.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN CARLOS RIVAS NIETO |
| 09.11.2020 | 15:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 09.11.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 3.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 09.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 10.11.2020 | 06:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 10.11.2020 | 12:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 10.11.2020 | 14:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 10.11.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 3.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 10.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 11.11.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 3.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 11.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 12.11.2020 | 13:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 12.11.2020 | 16:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | VIA ORAL | D1 Y D2 | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 12.11.2020 | 16:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | VIA ORAL | D1 Y D2 | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 12.11.2020 | 16:00 | LORATADINA 10 MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | D1 Y D2 | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 12.11.2020 | 16:00 | LORATADINA 10 MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | D1 Y D2 | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 12.11.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 3.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 12.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 13.11.2020 | 01:00 | TRAMADOL 50MG/ML AMP 1ML | 50.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |
| 13.11.2020 | 07:00 | INMUNOGLOBULINA HUMANA G 5G/50ML | 45.00 | G | INTRAVENOS | D1 Y D2 | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 13.11.2020 | 07:00 | INMUNOGLOBULINA HUMANA G 5G/50ML | 45.00 | G | INTRAVENOS | D1 Y D2 | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 13.11.2020 | 13:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|-----|------------|-----------|----------------------------------|
| 13.11.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 3.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 13.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 50.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 13.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 14.11.2020 | 10:00 | LORATADINA 10 MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | DOUNICA | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 14.11.2020 | 10:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | VIA ORAL | DOUNICA | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 14.11.2020 | 10:23 | MEROPENEM 1000MG AMP | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 14.11.2020 | 12:13 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 100.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 14.11.2020 | 12:13 | FENTANYL JERINGA PRELLENA 50 MCG/ML 2ML | 100.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 14.11.2020 | 12:13 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 20.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 14.11.2020 | 12:13 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.60 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 14.11.2020 | 12:13 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 2000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 14.11.2020 | 12:13 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 14.11.2020 | 12:13 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 14.11.2020 | 12:13 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP 1ML | 2.00 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 14.11.2020 | 12:13 | DEXAMETASONA FOSFATO INY 8MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 14.11.2020 | 12:13 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 14.11.2020 | 12:13 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML | 20.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 14.11.2020 | 12:13 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 14.11.2020 | 14:51 | SUCCINILCOLINA HCL JERINGA 10MG/ML X 10ML | 100.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 14.11.2020 | 17:00 | VANCOMICINA 500MG VIAL | 500.00 | MG | INTRAVENOS | C/12H | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 14.11.2020 | 18:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 14.11.2020 | 19:00 | MEROPENEM 1000MG AMP | 2000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | ANDRES ALBERTO HORMAZA JARAMILLO |
| 14.11.2020 | 19:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 14.11.2020 | 19:00 | TRAMADOL 50MG/ML AMP 1ML | 25.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 14.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 3.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 14.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 50.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO |
| 15.11.2020 | 13:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | GASTROSTOM | C/6 D1-D8 | SELFI LUZ PEÑA PEÑA |
| 15.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 3.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 15.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 50.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 16.11.2020 | 01:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 16.11.2020 | 19:00 | LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML FCO 20ML GOTAS | 5.00 | GTA | VIA ORAL | C/24H | MARIO ALBERTO PEÑA GARCIA |
| 16.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 3.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 16.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 50.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 17.11.2020 | 01:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 17.11.2020 | 15:00 | HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML | 15.00 | ML | VIA ORAL | C/8H | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 17.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 50.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 17.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 3.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 17.11.2020 | 23:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 17.11.2020 | 23:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ERWIN FABIAN LASSO CHAVEZ |
| 18.11.2020 | 10:34 | PREDNISOLONA 5MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 18.11.2020 | 11:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 18.11.2020 | 13:00 | MEROPENEM 1000MG AMP | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 18.11.2020 | 15:00 | PREDNISOLONA 5MG TAB | 15.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 18.11.2020 | 15:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/12H | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 18.11.2020 | 17:00 | HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML | 10.00 | ML | VIA ORAL | C/12H | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 18.11.2020 | 20:48 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | ALEJANDRO RESTREPO CEDEÑO |
| 18.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 18.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ALEJANDRO RESTREPO CEDEÑO |
| 18.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | ALEJANDRO RESTREPO CEDEÑO |
| 18.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ALEJANDRO RESTREPO CEDEÑO |

| | | | | | | | |
|------------|-------|---|---------|-----|------------|-----------|-----------------------------------|
| 18.11.2020 | 23:00 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | ALEJANDRO RESTREPO CEDEÑO |
| 19.11.2020 | 09:00 | SERTRALINA TABLETAS 50 MG | 50.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 19.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 19.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 19.11.2020 | 23:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 20.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 20.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 20.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 20.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ERWIN FABIAN LASSO CHAVEZ |
| 21.11.2020 | 17:35 | DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3 ML | 75.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 21.11.2020 | 18:00 | LORATADINA 10 MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | DOUNICA | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 21.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 21.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 21.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 21.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 22.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 22.11.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 22.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 22.11.2020 | 21:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANA MILENA RUIZ MORALES |
| 23.11.2020 | 09:00 | METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP. | 10.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |
| 23.11.2020 | 17:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | GASTROSTOM | C/6 D1-D8 | SELFI LUZ PEÑA PEÑA |
| 23.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 23.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 23.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 23.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 24.11.2020 | 05:00 | CEFAZOLINA INYECTABLE 1 G | 2000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ALEJANDRO RESTREPO CEDEÑO |
| 24.11.2020 | 07:00 | BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G | 1.00 | G | TOPICA | C/12H | ALEJANDRO RESTREPO CEDEÑO |
| 24.11.2020 | 07:00 | SULFATO ALUMINIO 48.9 + ACETATO DE CALCIO 36.4 G/100G SOB 2 | 2.20 | G | TOPICA | C/8H | ALEJANDRO RESTREPO CEDEÑO |
| 24.11.2020 | 11:00 | CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO | 1.00 | G | TOPICA | C/12H | ALEJANDRO RESTREPO CEDEÑO |
| 24.11.2020 | 13:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 2000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | RAFAEL ANTONIO ORDOÑEZ LIZARRALDE |
| 24.11.2020 | 13:00 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | RAFAEL ANTONIO ORDOÑEZ LIZARRALDE |
| 24.11.2020 | 13:00 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML | 30.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | RAFAEL ANTONIO ORDOÑEZ LIZARRALDE |
| 24.11.2020 | 13:00 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 15.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | RAFAEL ANTONIO ORDOÑEZ LIZARRALDE |
| 24.11.2020 | 13:00 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | RAFAEL ANTONIO ORDOÑEZ LIZARRALDE |
| 24.11.2020 | 13:00 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 800.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | RAFAEL ANTONIO ORDOÑEZ LIZARRALDE |
| 24.11.2020 | 13:00 | DEXAMETASONA FOSFATO INY 8MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | RAFAEL ANTONIO ORDOÑEZ LIZARRALDE |
| 24.11.2020 | 13:00 | PROPOFOL 10MG/ML X FCO 20ML | 120.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | RAFAEL ANTONIO ORDOÑEZ LIZARRALDE |
| 24.11.2020 | 13:00 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | RAFAEL ANTONIO ORDOÑEZ LIZARRALDE |
| 24.11.2020 | 14:24 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.60 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | RAFAEL ANTONIO ORDOÑEZ LIZARRALDE |
| 24.11.2020 | 14:24 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP 1ML | 2.00 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | RAFAEL ANTONIO ORDOÑEZ LIZARRALDE |
| 24.11.2020 | 14:24 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | RAFAEL ANTONIO ORDOÑEZ LIZARRALDE |
| 24.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 24.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 24.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 24.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MARIA JOSE ESPINAL VACCA |
| 25.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 25.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 25.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 25.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |

| | | | | | | | |
|------------|-------|---|----------|-----|------------|---------|----------------------------------|
| 26.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 26.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 26.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 26.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 27.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 27.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 27.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 27.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 28.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 28.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 28.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 28.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 28.11.2020 | 23:00 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 29.11.2020 | 11:00 | IPRATROPIO BROMURO 20MCG/DOSIS FCO 200 DOSIS | 60.00 | MCG | INHALATORI | C/8H | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 29.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 29.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 29.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 29.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 30.11.2020 | 08:09 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.11.2020 | 08:09 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.11.2020 | 08:09 | PROPOFOL 10MG/ML X FCO 20ML | 100.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.11.2020 | 08:09 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP 1ML | 1.50 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.11.2020 | 08:09 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.11.2020 | 08:09 | SUCCINILCOLINA HCL JERINGA 10MG/ML X 10ML | 40.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.11.2020 | 08:09 | DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3 ML | 40.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.11.2020 | 08:09 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.11.2020 | 08:09 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 10.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.11.2020 | 08:09 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML | 20.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.11.2020 | 08:09 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.11.2020 | 08:09 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.11.2020 | 08:09 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 100.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 30.11.2020 | 17:43 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 12500.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LAURA AGUITDZA SUAREZ DE LA PAVA |
| 30.11.2020 | 17:43 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LAURA AGUITDZA SUAREZ DE LA PAVA |
| 30.11.2020 | 17:43 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LAURA AGUITDZA SUAREZ DE LA PAVA |
| 30.11.2020 | 17:43 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML | 50.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LAURA AGUITDZA SUAREZ DE LA PAVA |
| 30.11.2020 | 17:43 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 40.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | LAURA AGUITDZA SUAREZ DE LA PAVA |
| 30.11.2020 | 17:43 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | LAURA AGUITDZA SUAREZ DE LA PAVA |
| 30.11.2020 | 17:43 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | LAURA AGUITDZA SUAREZ DE LA PAVA |
| 30.11.2020 | 17:43 | KETAMINA I.V. 500 MG VIAL 10 ML | 20.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LAURA AGUITDZA SUAREZ DE LA PAVA |
| 30.11.2020 | 17:43 | PROPOFOL 10MG/ML X FCO 20ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LAURA AGUITDZA SUAREZ DE LA PAVA |
| 30.11.2020 | 17:43 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LAURA AGUITDZA SUAREZ DE LA PAVA |
| 30.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 30.11.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 30.11.2020 | 19:21 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LAURA AGUITDZA SUAREZ DE LA PAVA |
| 30.11.2020 | 19:21 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP 1ML | 1.50 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | LAURA AGUITDZA SUAREZ DE LA PAVA |
| 30.11.2020 | 19:21 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML | 500.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LAURA AGUITDZA SUAREZ DE LA PAVA |
| 30.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 30.11.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | AURAMARIA ESCANDON BUCHELI |
| 01.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 01.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |

| | | | | | | | |
|------------|-------|---|---------|-----|------------|------------|-------------------------------|
| 01.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | MANUELA ESCALANTE |
| 01.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 02.12.2020 | 12:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | GASTROSTOM | C/6 D1-D8 | SELFÍ LUZ PEÑA PEÑA |
| 02.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 02.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 02.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | MANUELA ESCALANTE |
| 02.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 02.12.2020 | 23:00 | PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4.5G/100CCSSN0.9% (MEZCLA) | 4.50 | G | INTRAVENOS | C/6H | DANIELA ARIAS RAMIREZ |
| 03.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 03.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 03.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | MANUELA ESCALANTE |
| 03.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 04.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 04.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 05.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 05.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 06.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 06.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 07.12.2020 | 10:11 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 150.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MARCIA CAROLINA BRITO MAVAREZ |
| 07.12.2020 | 10:11 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MARCIA CAROLINA BRITO MAVAREZ |
| 07.12.2020 | 10:11 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MARCIA CAROLINA BRITO MAVAREZ |
| 07.12.2020 | 10:11 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP 1ML | 1.50 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | MARCIA CAROLINA BRITO MAVAREZ |
| 07.12.2020 | 10:11 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | MARCIA CAROLINA BRITO MAVAREZ |
| 07.12.2020 | 10:11 | SUCCINILCOLINA HCL JERINGA 10MG/ML X 10ML | 100.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MARCIA CAROLINA BRITO MAVAREZ |
| 07.12.2020 | 10:11 | DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3 ML | 75.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MARCIA CAROLINA BRITO MAVAREZ |
| 07.12.2020 | 10:11 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | MARCIA CAROLINA BRITO MAVAREZ |
| 07.12.2020 | 10:11 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 10.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | MARCIA CAROLINA BRITO MAVAREZ |
| 07.12.2020 | 10:11 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML | 30.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MARCIA CAROLINA BRITO MAVAREZ |
| 07.12.2020 | 10:11 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MARCIA CAROLINA BRITO MAVAREZ |
| 07.12.2020 | 10:11 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MARCIA CAROLINA BRITO MAVAREZ |
| 07.12.2020 | 10:11 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1500.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MARCIA CAROLINA BRITO MAVAREZ |
| 07.12.2020 | 14:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 500.00 | MG | VIA ORAL | DOUNICA | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 07.12.2020 | 14:11 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML | 500.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MARCIA CAROLINA BRITO MAVAREZ |
| 07.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 07.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 07.12.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 07.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 07.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 08.12.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 08.12.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 08.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 08.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 08.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 09.12.2020 | 11:00 | BICARBONATO SODIO 5 G SOB | 5.00 | G | VIA ORAL | C/8H | ALEJANDRO RESTREPO CEDEÑO |
| 09.12.2020 | 15:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | VIA ORAL | C/12 D1-15 | SELFÍ LUZ PEÑA PEÑA |
| 09.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 09.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 09.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | MANUELA ESCALANTE |
| 09.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 09.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MANUELA ESCALANTE |
| 10.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 10.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|-----|------------|---------|---------------------------------|
| 10.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 10.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 10.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 11.12.2020 | 05:00 | CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO | 1.00 | G | TOPICA | C/12H | SANTIAGO THADEO CRUZ PORTILLA |
| 11.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 11.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 11.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 11.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 11.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | JUAN CAMILO MORENO BARRAGAN |
| 12.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 12.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 12.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 12.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 12.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 13.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DANIEL EDUARDO CELIN VALCARCEL |
| 13.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DANIEL EDUARDO CELIN VALCARCEL |
| 13.12.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | DANIEL EDUARDO CELIN VALCARCEL |
| 13.12.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DANIEL EDUARDO CELIN VALCARCEL |
| 13.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | DANIEL EDUARDO CELIN VALCARCEL |
| 14.12.2020 | 11:00 | LORATADINA 10 MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | D1 Y 2 | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 14.12.2020 | 11:00 | LORATADINA 10 MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | D1 Y 2 | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 14.12.2020 | 13:00 | INMUNOGLOBULINA HUMANA G 5G/50ML | 45.00 | G | INTRAVENOS | D1 Y 2 | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 14.12.2020 | 13:00 | INMUNOGLOBULINA HUMANA G 5G/50ML | 45.00 | G | INTRAVENOS | D1 Y 2 | VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE |
| 14.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 14.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 14.12.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 14.12.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 14.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 05:00 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | SEBASTIAN PERDOMO HERRERA |
| 15.12.2020 | 07:00 | SERTRALINA TABLETAS 50 MG | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ERWIN FABIAN LASSO CHAVEZ |
| 15.12.2020 | 16:43 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 100.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JUAN ANDRES CUERVO SOLANO |
| 15.12.2020 | 16:43 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JUAN ANDRES CUERVO SOLANO |
| 15.12.2020 | 16:43 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | JUAN ANDRES CUERVO SOLANO |
| 15.12.2020 | 16:43 | SUCCINILCOLINA HCL JERINGA 10MG/ML X 10ML | 100.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JUAN ANDRES CUERVO SOLANO |
| 15.12.2020 | 16:43 | FENTANYL JERINGA PRELLENA 50 MCG/ML 2ML | 100.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | JUAN ANDRES CUERVO SOLANO |
| 15.12.2020 | 16:43 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 15.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | JUAN ANDRES CUERVO SOLANO |
| 15.12.2020 | 16:43 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JUAN ANDRES CUERVO SOLANO |
| 15.12.2020 | 16:43 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JUAN ANDRES CUERVO SOLANO |
| 15.12.2020 | 16:43 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1500.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JUAN ANDRES CUERVO SOLANO |
| 15.12.2020 | 17:50 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JUAN ANDRES CUERVO SOLANO |
| 15.12.2020 | 18:12 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 400.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | YESID DIAZ ANTE |
| 15.12.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|-----|------------|---------|---------------------------------|
| | | | | | | | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 15.12.2020 | 19:24 | DEXAMETASONA FOSFATO INY 8MG/2ML | 8.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | YESID DIAZ ANTE |
| 15.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 16.12.2020 | 11:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 16.12.2020 | 15:02 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ERWIN FABIAN LASSO CHAVEZ |
| 16.12.2020 | 19:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 16.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 16.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 16.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LINA MARCELA ECHEVERRY BERMUDEZ |
| 16.12.2020 | 23:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | ERWIN FABIAN LASSO CHAVEZ |
| 17.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 17.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 17.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 17.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 17.12.2020 | 23:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 18.12.2020 | 19:00 | NAPROXENO 250 MG COMPRIMIDOS | 250.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | ISABELLA PUGLIESE RENGIFO |
| 18.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 18.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 18.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 18.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 18.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 19.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 19.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 19.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 19.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 19.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 20.12.2020 | 13:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 20.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 20.12.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 20.12.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 20.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 21.12.2020 | 18:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 21.12.2020 | 20:00 | CLOZAPINA TABLETAS 25 MG | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 21.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 21.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 21.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 22.12.2020 | 19:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 22.12.2020 | 21:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 22.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 22.12.2020 | 21:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 23.12.2020 | 18:04 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 100.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.12.2020 | 18:04 | PROPOFOL 10MG/ML X VIAL 50ML | 100.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.12.2020 | 18:04 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.12.2020 | 18:04 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.12.2020 | 18:04 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP 1ML | 1.50 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.12.2020 | 18:04 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.12.2020 | 18:04 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.12.2020 | 18:04 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 10.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.12.2020 | 18:04 | | 20.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|-----|------------|------------|--------------------------------|
| | | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML | | | | | |
| 23.12.2020 | 18:04 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.12.2020 | 18:04 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.12.2020 | 18:04 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.12.2020 | 18:08 | SUCCINILCOLINA HCL JERINGA 10MG/ML X 10ML | 40.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIME HUMBERTO JORDAN VALENCIA |
| 23.12.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 23.12.2020 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 23.12.2020 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 23.12.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 23.12.2020 | 20:00 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | KATHERYNE CHAPARRO MENDOZA |
| 23.12.2020 | 20:01 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP 1ML | 2.00 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | KATHERYNE CHAPARRO MENDOZA |
| 23.12.2020 | 20:01 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | KATHERYNE CHAPARRO MENDOZA |
| 24.12.2020 | 15:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | VIA ORAL | C/12 D1-15 | SELFI LUZ PEÑA PEÑA |
| 24.12.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 24.12.2020 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 24.12.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 24.12.2020 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 25.12.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | GASTROSTOM | C/12H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 25.12.2020 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 25.12.2020 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 25.12.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 26.12.2020 | 18:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | DANIEL EDUARDO CELIN VALCARCEL |
| 26.12.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DANIEL EDUARDO CELIN VALCARCEL |
| 26.12.2020 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DANIEL EDUARDO CELIN VALCARCEL |
| 26.12.2020 | 20:00 | MEROPENEM 1000MG AMP | 2000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | ALVARO JOSE MARTINEZ VALENCIA |
| 27.12.2020 | 18:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |
| 27.12.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |
| 27.12.2020 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |
| 28.12.2020 | 06:20 | SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN | 250.00 | ML | INTRAVENOS | C/3H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 28.12.2020 | 07:32 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 07:32 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 07:32 | FENTANILO CITRATO 500MCG AMP 10ML | 500.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 07:32 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 07:32 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP 1ML | 2.00 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 07:32 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 10.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 07:32 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 160.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 07:32 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 40.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 07:32 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML | 50.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 07:32 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 07:32 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 07:32 | NOREPINEFRINA 4MG/4ML AMPOLLA | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 07:32 | LIDOCAINA CLORH 2% X 10 ML - AMP | 100.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 07:32 | LEVOBUPIVACAINA 7,5 MG/ML AMP 10ML | 75.00 | MG | EPIDURAL | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 07:32 | KETAMINA I.V. 500 MG VIAL 10 ML | 100.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 07:32 | DEXAMETASONA FOSFATO INY 8MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 28.12.2020 | 09:00 | SOLK CENTRAL 0,2 MEQ/MLX100ML (10MLPOTASIO+90ML DE SSN) | 100.00 | ML | INTRAVENOS | C/3H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 28.12.2020 | 14:37 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|-----|------------|------------|----------------------------------|
| | | | | | | | IVAN FERNANDO QUINTERO CIFUENTES |
| 28.12.2020 | 14:37 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN FERNANDO QUINTERO CIFUENTES |
| 28.12.2020 | 14:37 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN FERNANDO QUINTERO CIFUENTES |
| 28.12.2020 | 14:37 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP 1ML | 2.00 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | IVAN FERNANDO QUINTERO CIFUENTES |
| 28.12.2020 | 14:37 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN FERNANDO QUINTERO CIFUENTES |
| 28.12.2020 | 14:37 | FENTANYL JERINGA PRELLENA 50 MCG/ML 2ML | 100.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN FERNANDO QUINTERO CIFUENTES |
| 28.12.2020 | 14:37 | DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3 ML | 75.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN FERNANDO QUINTERO CIFUENTES |
| 28.12.2020 | 14:37 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN FERNANDO QUINTERO CIFUENTES |
| 28.12.2020 | 14:37 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML | 50.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN FERNANDO QUINTERO CIFUENTES |
| 28.12.2020 | 14:37 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN FERNANDO QUINTERO CIFUENTES |
| 28.12.2020 | 14:37 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN FERNANDO QUINTERO CIFUENTES |
| 28.12.2020 | 14:37 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1250.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN FERNANDO QUINTERO CIFUENTES |
| 28.12.2020 | 16:00 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL | 2.50 | G | INTRAVENOS | C/8H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 28.12.2020 | 18:00 | METRONIDAZOL 500MG BOL 100ML | 500.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 28.12.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 28.12.2020 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 28.12.2020 | 22:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 500.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | ALEX ECHEVERRI GARCIA |
| 29.12.2020 | 00:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA |
| 29.12.2020 | 10:54 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JOSE ALEJANDRO VALENCIA BARRAGAN |
| 29.12.2020 | 10:54 | SUCCINILCOLINA HCL JERINGA 10MG/ML X 10ML | 40.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JOSE ALEJANDRO VALENCIA BARRAGAN |
| 29.12.2020 | 10:54 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | JOSE ALEJANDRO VALENCIA BARRAGAN |
| 29.12.2020 | 10:54 | DESFLURANE 100G/100ML FCO 240ML | 15.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | JOSE ALEJANDRO VALENCIA BARRAGAN |
| 29.12.2020 | 10:54 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JOSE ALEJANDRO VALENCIA BARRAGAN |
| 29.12.2020 | 10:54 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JOSE ALEJANDRO VALENCIA BARRAGAN |
| 29.12.2020 | 10:54 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 2000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JOSE ALEJANDRO VALENCIA BARRAGAN |
| 29.12.2020 | 12:12 | SUCCINILCOLINA 100MG/ML VIX10ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JOSE ALEJANDRO VALENCIA BARRAGAN |
| 29.12.2020 | 12:12 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | JOSE ALEJANDRO VALENCIA BARRAGAN |
| 29.12.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 29.12.2020 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 30.12.2020 | 00:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 30.12.2020 | 16:00 | HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML | 10.00 | ML | VIA ORAL | C/8H | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 30.12.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 30.12.2020 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 31.12.2020 | 00:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 31.12.2020 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 31.12.2020 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 01.01.2021 | 00:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 01.01.2021 | 13:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | VIA ORAL | C/12 D1-15 | SAMIAH ELENA DIAZ MAESTRE |
| 01.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |
| 01.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |
| 01.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|-----|------------|---------|----------------------------------|
| 02.01.2021 | 00:00 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL | 2.50 | G | INTRAVENOS | C/8H | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR |
| 02.01.2021 | 19:30 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 2000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 19:30 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.50 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 19:30 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 19:30 | DESFLURANE 100G/100ML FCO 240ML | 20.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 19:30 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML | 20.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 19:30 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 20.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 19:30 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 19:30 | DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3 ML | 50.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 19:30 | SUCCINILCOLINA HCL JERINGA 10MG/ML X 10ML | 100.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 19:30 | N-BUTIL BROMURO HIOSCINA 20MG/1ML | 20.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 19:30 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 19:30 | FENTANILO CITRATO 500MCG AMP 10ML | 200.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 19:30 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 19:30 | PROPOFOL 10MG/ML X VIAL 50ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 19:45 | MORFINA 10MG/ML AMP 1ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 02.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 02.01.2021 | 21:02 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 02.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA |
| 03.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ALEJANDRO RESTREPO CEDEÑO |
| 03.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ALEJANDRO RESTREPO CEDEÑO |
| 03.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | ALEJANDRO RESTREPO CEDEÑO |
| 04.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 04.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 04.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 05.01.2021 | 16:00 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL | 2.50 | G | INTRAVENOS | C/8H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 05.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 05.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 06.01.2021 | 11:11 | ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 11:11 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 11:11 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 11:11 | N-BUTIL BROMURO HIOSCINA 20MG/1ML | 20.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 11:11 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP 1ML | 2.00 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 11:11 | DEXAMETASONA FOSFATO INY 8MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 11:11 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 11:11 | DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3 ML | 50.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 11:11 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 11:11 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 11:11 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 11:11 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 13:21 | DESFLURANE 100G/100ML FCO 240ML | 20.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | MAURICIO BURBANO HURTADO |
| 06.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 06.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 06.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 06.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|-----|------------|----------|----------------------------------|
| 07.01.2021 | 14:00 | FLUCONAZOL 200 MG CAPSULAS MK | 400.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 07.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 07.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 07.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 08.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 08.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 08.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 08.01.2021 | 22:00 | SULTAMICILINA 375MG TAB | 375.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ |
| 09.01.2021 | 18:00 | SULTAMICILINA 375MG TAB | 375.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | DANIEL EDUARDO CELIN VALCARCEL |
| 09.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DANIEL EDUARDO CELIN VALCARCEL |
| 09.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DANIEL EDUARDO CELIN VALCARCEL |
| 10.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 10.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 11.01.2021 | 18:00 | SULTAMICILINA 375MG TAB | 375.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 11.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 11.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINA MARIA PERAFAN VALDES |
| 12.01.2021 | 14:10 | ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML | 8.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 12.01.2021 | 14:10 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 12.01.2021 | 14:10 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 12.01.2021 | 14:10 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 10.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 12.01.2021 | 14:10 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 12.01.2021 | 14:10 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 12.01.2021 | 14:10 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 2500.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 12.01.2021 | 16:12 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 12.01.2021 | 16:23 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 12.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.01.2021 | 20:00 | SULTAMICILINA 375MG TAB | 375.00 | MG | VIA ORAL | DOUNICA | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 13.01.2021 | 15:00 | N-BUTIL BROMURO HIOSCINA 20MG/1ML | 20.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANGELICA MARIA MURCIA PULIDO |
| 13.01.2021 | 17:00 | SULTAMICILINA 375MG TAB | 750.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 13.01.2021 | 18:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 13.01.2021 | 18:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 14.01.2021 | 16:00 | N-BUTIL BROMURO HIOSCINA 20MG/1ML | 20.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 14.01.2021 | 18:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 14.01.2021 | 18:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 14.01.2021 | 20:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | VIA ORAL | C/8 D1-5 | SELFI LUZ PEÑA PEÑA |
| 15.01.2021 | 15:00 | LORATADINA 10 MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | DOUNICA | DAVID ALEJANDRO AGUIRRE VALENCIA |
| 15.01.2021 | 15:00 | INMUNOGLOBULINA HUMANA G 5G/50ML VIAL | 45.00 | G | INTRAVENOS | DOUNICA | DAVID ALEJANDRO AGUIRRE VALENCIA |
| 15.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 15.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 16.01.2021 | 11:16 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL | 2.50 | G | INTRAVENOS | C/8H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 16.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 16.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 17.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DIANA MARCELA SOTO ADARVE |
| 17.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DIANA MARCELA SOTO ADARVE |
| 18.01.2021 | 08:08 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 18.01.2021 | 08:08 | FENTANILO CITRATO 500MCG AMP 10ML | 150.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 18.01.2021 | 08:08 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 18.01.2021 | 08:08 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 20.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 18.01.2021 | 08:08 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |

| | | | | | | | |
|------------|-------|---|---------|-----|------------|----------|---------------------------------------|
| 18.01.2021 | 08:08 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 2000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 18.01.2021 | 08:08 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 18.01.2021 | 08:08 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.80 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 18.01.2021 | 08:08 | DEXAMETASONA FOSFATO INY 8MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 18.01.2021 | 08:08 | SUCCINILCOLINA HCL JERINGA 10MG/ML X 10ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 18.01.2021 | 08:08 | DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3 ML | 50.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 18.01.2021 | 14:53 | HIDROMORFONA 2MG/ML AMP 1ML | 0.20 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MANUELA ESCALANTE |
| 18.01.2021 | 16:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MANUELA ESCALANTE |
| 18.01.2021 | 18:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.20 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MANUELA ESCALANTE |
| 18.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 18.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 19.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 19.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 19.01.2021 | 20:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | VIA ORAL | C/8 D1-5 | SELFI LUZ PEÑA PEÑA |
| 19.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MANUELA ESCALANTE |
| 20.01.2021 | 00:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.20 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MANUELA ESCALANTE |
| 20.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 20.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 20.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MANUELA ESCALANTE |
| 21.01.2021 | 00:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.20 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MANUELA ESCALANTE |
| 21.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 21.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 21.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MANUELA ESCALANTE |
| 22.01.2021 | 00:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.20 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MANUELA ESCALANTE |
| 22.01.2021 | 10:08 | DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3 ML | 75.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 10:08 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 10:08 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 2500.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 10:08 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 10:08 | DEXAMETASONA FOSFATO INY 8MG/2ML | 8.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 10:08 | CISATRACURIO BESILATO 10MG/5ML - AMP 5ML | 10.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 10:08 | ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML | 8.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 11:19 | LIDOCAINA CLORH 2% X 10 ML - AMP | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 15:22 | CISATRACURIO BESILATO 10MG/5ML - AMP 5ML | 10.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 15:24 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 15:43 | REMIFENTANYL 2MG AMP | 2.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 15:51 | DEXMEDETOMIDINA 200MCG/2ML AMP 2ML (JG PRELLENA 100MCG) | 200.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 15:52 | DEXMEDETOMIDINA 200MCG/2ML AMP 2ML (JG PRELLENA 100MCG) | 100.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 17:15 | ALBUMINA (HUMANA) 20%-BOLX 50ML | 10.00 | G | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 17:39 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP 1ML | 2.50 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 17:59 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA MARCELA HERNANDEZ LOZANO |
| 22.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 22.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MANUELA ESCALANTE |
| 22.01.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.20 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MANUELA ESCALANTE |
| 22.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MANUELA ESCALANTE |
| 23.01.2021 | 01:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|----|------------|------------|---------------------------------------|
| 23.01.2021 | 02:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 23.01.2021 | 02:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 23.01.2021 | 04:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.20 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 23.01.2021 | 06:00 | SULTAMICILINA 375MG TAB | 750.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 23.01.2021 | 06:00 | CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO | 1.00 | G | TOPICA | C/12H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 23.01.2021 | 06:00 | OMEPRAZOL 20MG CAPSULA | 20.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 23.01.2021 | 06:00 | N-BUTIL BROMURO HIOSCINA 20MG/1ML | 20.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 23.01.2021 | 06:00 | HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML | 10.00 | ML | VIA ORAL | C/8H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 23.01.2021 | 08:00 | BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G | 1.00 | G | TOPICA | C/12H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 23.01.2021 | 18:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.20 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 23.01.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 23.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 23.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 24.01.2021 | 00:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 24.01.2021 | 20:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML | 1500.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 24.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 24.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 24.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 25.01.2021 | 16:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | VIA ORAL | C/12 D1-15 | ERIKA PATRICIA CAICEDO QUIÑONES |
| 25.01.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 25.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 25.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 26.01.2021 | 10:00 | PROTEINA SUERO (PROCRILL) X275g | 20.00 | G | VIA ORAL | D1-D15 | ERIKA PATRICIA CAICEDO QUIÑONES |
| 26.01.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/4H | GUSTAVO ADOLFO MUNERA ROMERO |
| 26.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | GUSTAVO ADOLFO MUNERA ROMERO |
| 26.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | GUSTAVO ADOLFO MUNERA ROMERO |
| 26.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.20 | MG | INTRAVENOS | C/6H | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 27.01.2021 | 04:00 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL | 2.50 | G | INTRAVENOS | C/12H | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 27.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | GUSTAVO ADOLFO MUNERA ROMERO |
| 27.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | GUSTAVO ADOLFO MUNERA ROMERO |
| 27.01.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.20 | MG | INTRAVENOS | C/6H | GUSTAVO ADOLFO MUNERA ROMERO |
| 27.01.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/4H | GUSTAVO ADOLFO MUNERA ROMERO |
| 27.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.60 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 28.01.2021 | 02:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 28.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 28.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 28.01.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 28.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.60 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 29.01.2021 | 18:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 29.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 29.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|--------|----|------------|-------|---------------------------------------|
| | | | | | | | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 29.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.60 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 30.01.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | SEBASTIAN PERDOMO HERRERA |
| 30.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | SEBASTIAN PERDOMO HERRERA |
| 30.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.60 | MG | INTRAVENOS | C/4H | SEBASTIAN PERDOMO HERRERA |
| 31.01.2021 | 00:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | SEBASTIAN PERDOMO HERRERA |
| 31.01.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.60 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 31.01.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 31.01.2021 | 22:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 31.01.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 01.02.2021 | 16:00 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL | 2.50 | G | INTRAVENOS | C/12H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 01.02.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 01.02.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.60 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 01.02.2021 | 22:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 01.02.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 02.02.2021 | 09:00 | CLOTIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO | 1.00 | G | TOPICA | C/12H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 02.02.2021 | 09:01 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 02.02.2021 | 09:03 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 02.02.2021 | 09:55 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | HAROLD IGNACIO COLINO ARIAS |
| 02.02.2021 | 14:43 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 02.02.2021 | 18:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 02.02.2021 | 18:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | HAROLD IGNACIO COLINO ARIAS |
| 02.02.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.60 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 02.02.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 03.02.2021 | 06:00 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL | 2.50 | G | INTRAVENOS | C/12H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 03.02.2021 | 10:01 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 03.02.2021 | 18:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 03.02.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.60 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 03.02.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 03.02.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 04.02.2021 | 10:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 04.02.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.60 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 04.02.2021 | 22:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 04.02.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 05.02.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.60 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 05.02.2021 | 22:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 05.02.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 05.02.2021 | 22:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 06.02.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.60 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 06.02.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 06.02.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 06.02.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.80 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 06.02.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 06.02.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.30 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|-----|------------|------------|---------------------------------------|
| 07.02.2021 | 14:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 500.00 | MG | VIA ORAL | C/6H | VICTORIA CONSTAIN VILLA |
| 07.02.2021 | 16:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 07.02.2021 | 18:00 | ACICLOVIR 200 MG TAB | 800.00 | MG | VIA ORAL | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 07.02.2021 | 18:00 | ACICLOVIR 5G/100G TBO 10G | 2.00 | G | TOPICA | C/8H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 07.02.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 07.02.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 07.02.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.80 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 07.02.2021 | 22:00 | OMEPRAZOL 20MG CAPSULA | 20.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 08.02.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.80 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 08.02.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 08.02.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 08.02.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 09.02.2021 | 14:00 | TRAMADOL 50MG/ML AMP 1ML | 50.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 09.02.2021 | 16:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | VIA ORAL | C/6H | VICTORIA CONSTAIN VILLA |
| 09.02.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 09.02.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 09.02.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.80 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 09.02.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 10.02.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 10.02.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.80 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 10.02.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 10.02.2021 | 22:00 | LORAZEPAN 1 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 10.02.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.02.2021 | 08:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 11.02.2021 | 10:00 | PROTEINA SUERO (PROCRILL) X275g | 20.00 | G | VIA ORAL | D1-D15 | ERIKA PATRICIA CAICEDO QUIÑONES |
| 11.02.2021 | 10:00 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | 250.00 | ML | VIA ORAL | C/12 D1-15 | ERIKA PATRICIA CAICEDO QUIÑONES |
| 11.02.2021 | 16:00 | MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS | 8.00 | GTA | VIA ORAL | C/6H | VICTORIA CONSTAIN VILLA |
| 11.02.2021 | 18:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 11.02.2021 | 18:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 11.02.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.02.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.02.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.80 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.02.2021 | 20:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.80 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 11.02.2021 | 22:00 | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.40 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.02.2021 | 22:00 | TRAMADOL 50MG/ML AMP 1ML | 50.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 12.02.2021 | 20:00 | MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS | 8.00 | GTA | VIA ORAL | C/6H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 12.02.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 12.02.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 13.02.2021 | 08:00 | SERTRALINA TABLETAS 50 MG | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 13.02.2021 | 12:00 | SERTRALINA TABLETAS 50 MG | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 13.02.2021 | 12:45 | SERTRALINA TABLETAS 50 MG | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 13.02.2021 | 12:45 | PREDNISOLONA 5MG TAB | 15.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 13.02.2021 | 12:45 | ENOXAPARINA 40 MG JG | 40.00 | MG | SUBCUTANEA | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 13.02.2021 | 12:45 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | VIA ORAL | C/6H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 13.02.2021 | 12:45 | OMEPRAZOL 20MG CAPSULA | 20.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 13.02.2021 | 12:45 | SULTAMICILINA 375MG TAB | 750.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 13.02.2021 | 12:45 | BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G | 1.00 | G | TOPICA | C/12H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 13.02.2021 | 12:45 | CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO | 1.00 | G | TOPICA | C/12H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 13.02.2021 | 12:45 | MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS | 8.00 | GTA | VIA ORAL | C/6H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 13.02.2021 | 12:45 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--------------------------------------|---------|-----|------------|-------|------------------------------|
| 13.02.2021 | 14:00 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL | 2.50 | G | INTRAVENOS | C/12H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 13.02.2021 | 20:00 | MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS | 8.00 | GTA | VIA ORAL | C/6H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 13.02.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 13.02.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 14.02.2021 | 04:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | VIA ORAL | C/6H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 14.02.2021 | 04:00 | MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS | 8.00 | GTA | VIA ORAL | C/6H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 14.02.2021 | 06:00 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL | 2.50 | G | INTRAVENOS | C/12H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 14.02.2021 | 06:00 | OMEPRAZOL 20MG CAPSULA | 20.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 14.02.2021 | 08:00 | SULTAMICILINA 375MG TAB | 750.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 14.02.2021 | 08:00 | CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO | 1.00 | G | TOPICA | C/12H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 14.02.2021 | 08:00 | BETAMETASONA 0,12G/100G TBO 30G | 1.00 | G | TOPICA | C/12H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 14.02.2021 | 08:19 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 14.02.2021 | 08:19 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 14.02.2021 | 08:19 | MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS | 8.00 | GTA | VIA ORAL | C/6H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 14.02.2021 | 09:00 | PREDNISOLONA 5MG TAB | 15.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 14.02.2021 | 14:00 | MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS | 8.00 | GTA | VIA ORAL | C/6H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 14.02.2021 | 18:00 | ENOXAPARINA 40 MG JG | 40.00 | MG | SUBCUTANEA | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 14.02.2021 | 18:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 14.02.2021 | 18:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 14.02.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 14.02.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 15.02.2021 | 18:00 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL | 2.50 | G | INTRAVENOS | C/12H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 15.02.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 100MG TAB | 100.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 15.02.2021 | 20:00 | LORAZEPAN 2 MG TAB | 1.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |
| 15.02.2021 | 20:00 | MORFINA 30MG/ML FCO 30ML GOTAS | 8.00 | GTA | VIA ORAL | C/6H | LINDA KLIMAVICIUS PALMA |

Epicrisis

Fecha Registro: 24.09.2020

Hora Registro: 13:29:58

Responsable: PANTOJA CASTRO, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Epicrisis

Nombre : LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ

Historia Clínica :0001319278

Episodio:0007488671

Documento de identificación : .CC .1107531724

Edad :21Años

Sexo:F

Entidad:COOMEVA EPS S.A. RC

Servicio de ingreso:UE Urgencias adulto

Fecha ingreso:24.09.2020

Hora ingreso:13:28:56

Medico Tratante :CONSTAIN VILLA, VICTORIA

Especialidad:MEDICINA FAMILIAR

Dictado por: Victoria Constain -cuidado paliativo-.

Diagnósticos de ingreso:

M329 .LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION

M328 .OTRAS FORMAS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

M321 .LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO CON COMPROMISO DE ORGANOS O SISTEMAS

Diagnósticos de egreso:

C448 .LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA PIEL

L89X .ULCERA DE DECUBITO

Causa de admisión y enfermedad actual:

Cuidados paliativos

Luisa Fernanda Isaza González

Reside en Cali
Acompañante: madre

DX

1. Úlcera de presión en región sacra, trocantérea izquierda y derecha
- Sobreinfección por *Proteus*, *E. coli* y *E. faecalis* (resuelta)
- POP escarectomía + lavado + desbridamiento (26.09, 04.10, 08.10, 14.11.2020, 24.11.2020, 15.12.2020, 23.12.2020, 29.12.2020, 02.01.2021, 06.01.2021, 12.01.2021).
2. Lupus eritematoso sistémico activo con vasculitis secundaria
3. Dermatitis de contacto irritativa
4. Candidiasis Cutánea (resuelta)
5. Sepsis de tejidos blandos.
- Bacteremia por *Proteus mirabilis* (resuelta).
6. Sinusitis
- Bacteremia por *S. hominis* (resuelta)

ANTECEDENTES PERSONALES:

Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018.
Quirúrgicos: Apendicectomía (2020).
Tóxico-alérgicos: Niega.
Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo.
Ginecoobstétricos: G0
Transfusionales: 2018 (Plaquetas).

SUBJETIVO

REFIERE HOY ADECUADA MODULACION DEL DOLOR.

Paciente en regulares condiciones generales, alerta y orientada, con facies de dolor, afecto triste

SIGNOS VITALES

| FECHA | HORA | TEMP | FC | FR | TAS | TAD | TAM | SAT |
|------------|------|--------|---------|--------|---------|--------|--------|--------|
| 11.02.2021 | | .36,10 | .85,00 | .18,00 | .91,00 | .62,00 | .71,67 | .99,00 |
| 11.02.2021 | | .35,00 | .120,00 | .18,00 | .113,00 | .72,00 | .85,67 | .99,00 |
| 11.02.2021 | | .35,00 | .119,00 | .19,00 | .102,00 | .69,00 | .80,00 | .93,00 |

Cabeza y cuello: Normocefala, Mucosas rosadas y húmedas. Escleras anictéricas. Cuello simétrico, móvil, sin masas. Cara con eritema malar
Tórax: Normoexpansible, simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular presente y simétrico en todos los campos pulmonares.
Abdomen: Abdomen blando depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. sin signos de irritación peritoneal.
Extremidades: Simétricas, hipotróficas, sin edema. Escaras trocantéricas y sacra cubierta con apósitos. Se observa lesión macular única en dorso de mano izquierda.
SNC: Alerta, fuerza 5/5 en miembros superiores y 1/5 en miembros inferiores. Déficit neurológico ya conocido.

PARACLÍNICOS

11.02.21 hemoglobina 9.90 recuento total de leucocitos 3.42 neutrófilos #1.75 linfocitos # 1.17 plaquetas 349 x 10³ nitrógeno ureico en suero 13.90 mg/dl creatinina en suero .041 mg/dl sodio en suero 146 mmol/l potasio en suero 3.83mmol/l cloro .111.80 .mmol/l magnesio 2.24 mg/dl calcio 9.80 mg/dl calcio 9.80 fosforo 4.79 proteína c reactiva .3.37

08.02.2021 bun 12.30, creatinina 0.31, alt 51.00, ast 29.00, sodio 141.00, potasio 3.89, índice renal 39.6, pcr 2.53, hto 34.30, hb 10.40, leucocitos 3.96, neutrófilos #2.41/%60.80, linfocitos #1.11/%28.00, plaquetas 400.

corte 15.11.20, 22.11.20, 15.12.20

INMUNOLÓGICOS:

26.9.20 14.10.20 7.11.20
C3 89 159

C4 12.9 37.6
 ANTIDNA 13.5 5.5
 AntiDNA IFI NEGAT NEG. NEGATIVO

FECHA 18.12.20 23.12.20 28.12.20 31.12.20 5.1.21 10.1.21 12.01.21
 HB 7.0 6.5 5.2 6.5 7.4 7.1 8
 Hto 23.7 22.1 18 21.8 26.5 24 30.4
 Leucos 11010 13650 12500 9210 9010 6880 5560
 Neutros 8320 10950 9980 7200 6110 4940 2790
 Linfos 1780 1500 1580 1410 1870 1290 1210
 Monoc 610 850 810 430 640 550
 Eos 0 0 0 10 20
 Plat 583. 561. 533. 537. 558. 468. 452.
 PCR 13.21 4.07 7.61
 BUN 12.1 7.5
 Cr 0.32 0.29 0.29 0.25 0.27
 Na 137 136 142 139 139
 K 4.4 3.24 4.0 3.7 3.65
 P 3.56
 Mg 2.1 1.96

FECHA 16.1.21 23.1.21 24.1.21 28.01.21 2.2.21 4.2.21
 Hb 7.4 7.7 7 10.7 11.5 10.4
 Leucos 3850 5830 6130 6320 6680 4450
 Neutros 2370 3890 4080 4530 4860 2810
 Linfos 1030 1220 1490 1150 1320 1310
 Plaquetas 437 426 349 414. 568. 453.
 VSG 62
 PCR 5.4 4.12
 BUN 8.2 12.3 10.6
 Creatinina 0.38 0.3
 Sodio 136
 Potasio 3.92 4.53 4.25
 Magnesio 2.08
 Fosforo 4.94
 Cloro 100
 ALT 92 88
 AST 53 28

-07.1.21 Holter EKG: taquicardia sinusal inapropiada Vs taquicardia auricular de la crista terminalis.

-Porfobilinogeno en orina 24H: 0.6 (negativo)

-06.01.2021 Hemocultivos: NEGATIVOS

-26.12.2020: Hemocultivo CVC #1 Y #2: Proteus mirabilis. Hemocultivo hongos pendiente

- 24.12.2020: Cultivo de trocánter derecho: Positivo para Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae.

- 15.1.21 tc abdomen

OpiniónDistensión del tracto gastrointestinal, sin evidencia de lesiones que sugieran cuadro obstructivo mecánico, se recomienda considerar ileo. Derrame articular coxofemoral derecha con burbujas de aire en su interior y realce, a considerar etiología séptica, dada la presencia de escara trocánterica ipsilateral con burbujas de aire en contacto con la superficie ósea. Colección trocánterica izquierda. Hidronefrosis leve bilateral probablemente por sobre distensión vesical
 Paciente con LUPUS diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en

piel y óseas, **se inició, Inmunoglobulina** 0.4g/k. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21).

Con Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía y sistema VAC. Nuevamente signos de infección en las escaras, meropenem desde el 26.12.2020. Por bacteriemia por proteus, se cambió a ceftazidima Avibactam + Metronidazol. Con **osteomielitis confirmada mediante resonancia**, concepto de infectología para llevar manejo antibiótico a seis semanas, y realizaron cambio de antibiótico a Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina ante crecimiento de E. faecalis en cultivo de hueso. Cirugía plástica cubrió defecto sacro con colgajo en seguimiento y curaciones.

Ha presentado mejoría de síntomas de ansiedad, Reumatología solicita valoración por cuidados paliativos para realizar acompañamiento y manejo integral ya que por ellos la única intervención que pueden ofrecer es inmunoglobulina mensual (aproximadamente 15 de cada mes). Paciente en terapia antibiótica se tiene que completar 6 semanas de Ceftazidima/ Avibactam + sultamicilina hoy 32/42 según concepto de infecto, con últimos paraclínicos con respuesta modulada.

Se considera inicio de homecare para completar rehabilitación integral y terapia atb, mientras tanto **se solicita traslado a Betania**. Estamos atentos a evolución.

Inicio de trámites de egreso con home care así:

-Traslado en ambulancia básica a domicilio

-Visita médica en domicilio

-Realización de terapia física en domicilio, tres veces a la semana

-Realización de terapia ocupacional en domicilio, tres veces a la semana

-Aplicación de medicamento endovenoso así: ceftazidima avibactam para finalizar el 21 de febrero de 2021 42 días de terapia antibiótica

-Curaciones por TEO en domicilio, dos veces a la semana

Roto a opioide oral

Control por consulta externa reumatología, cuidado paliativo, psiquiatría.

aplicación de inmunoglobulina los 15 de cada mes Pendiente traslado a Betania para completar tiempo de antibiótico sugerido por infectología y rehabilitación a cargo de medicina familiar

Sultamicilina 750 mg c/12h vía oral

Sertralina 100 mg c/24h vía oral

Prednisolona 15 mg c/24h vía oral

Omeprazol 20 mg c/12h vía oral

Lorazepam 1 mg c/24h vía oral

Lorazepam 1 mg c/24h vía oral

Enoxaparina 40 mg jg 40 mg .c/24h subcutanea

Clozapina 100 mg c/24h vía oral

Clotrimazol 1 g c/12h tópica

Ceftazidima-avibactam 2,5 g c/12h intravenos

Betametasona 1 g c/12h tópica

Acetaminofén 1000 mg c/6h vía oral

Atentamente,

DR. DAVID ALEJANDRO PANTOJA CASTRO
MEDICINA GENERAL
ID: 1144062002

REG: 1144062002

Fecha de egreso: 15.02.2021

Hora de egreso: 19:07:42

Servicio de Egreso: . . . UE Limonar P5 hospitalizacion

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:

| Dosis | Unid. | Via | Ciclo | Fecha Ini. | Fecha Fin. | Cant. | Unid. | Nombre medicamento |
|---|----------|------------|-----------|------------|------------|--------|-------|--------------------|
| 20201017 | 20201017 | 1.000 | JG | | | | | |
| REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRE LLENA 20MCG/ML 50ML) | | | | | | | | |
| 20201017 | 20201017 | 1.000 | JG | | | | | |
| DEXMETOMIDINA 200MCG/2ML AMP 2ML (J G PRELLENA 100MCG) | | | | | | | | |
| 1000.000 | MG | INTRAVENOS | C/8H | 20200925 | 20200926 | 2.000 | | AMP |
| PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML | | | | | | | | |
| 250.000 | ML | NASOGASTR | C/4 D1-5 | 20201001 | 20201002 | 13.000 | | ST |
| FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | | | | | | | | |
| 10.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20200925 | 20200926 | 1.000 | | AMP |
| DIAZEPAM SOL INYECTABLE 10MG/2ML | | | | | | | | |
| 10.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20200927 | 20200928 | 1.000 | | AMP |
| DIAZEPAM SOL INYECTABLE 10MG/2ML | | | | | | | | |
| 250.000 | ML | NASOGASTR | C/6 D1-D8 | 20201002 | 20201010 | 19.000 | | ST |
| FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | | | | | | | | |
| 10.000 | ML | INHALATORI | DOUNICA | 20201004 | 20201005 | 10.000 | | ML |
| SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | | | | | | | | |
| 200.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20201004 | 20201005 | 1.000 | | AMP |
| PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | | | | | | | | |
| 20.000 | ML | INHALATORI | DOUNICA | 20201008 | 20201009 | 20.000 | | ML |
| SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | | | | | | | | |
| 1000.000 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20201008 | 20201009 | 1.000 | | JG |
| REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRE LLENA 20MCG/ML 50ML) | | | | | | | | |
| 200.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20201008 | 20201009 | 1.000 | | AMP |
| PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | | | | | | | | |
| 250.000 | ML | NASOGASTR | C/6 D1-5 | 20201010 | 20201015 | 14.000 | | ST |
| FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | | | | | | | | |
| 20.000 | G | INTRAVENOS | DOUNICA | 20201009 | 20201010 | 4.000 | | VI |
| INMUNOGLOBULINA HUMANA G 5G/50ML | | | | | | | | |
| 1000.000 | MG | INTRAVENOS | C/8H | 20201014 | 20201023 | 28.000 | | AMP |
| PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML | | | | | | | | |
| 200.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20201015 | 20201016 | 1.000 | | AMP |
| PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | | | | | | | | |
| 250.000 | ML | GASTROSTOM | C/6 D1-D8 | 20201016 | 20201024 | 28.000 | | ST |
| FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | | | | | | | | |
| 200.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20201016 | 20201017 | 1.000 | | AMP |
| PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | | | | | | | | |
| 200.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20201016 | 20201017 | 1.000 | | AMP |
| PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | | | | | | | | |
| 400.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20201020 | 20201021 | 2.000 | | AMP |
| PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | | | | | | | | |
| 1000.000 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20201023 | 20201024 | 1.000 | | JG |
| REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRE LLENA 20MCG/ML 50ML) | | | | | | | | |
| 100.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20201023 | 20201024 | 1.000 | | AMP |
| PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML | | | | | | | | |
| 250.000 | ML | GASTROSTOM | C/6 D1-D8 | 20201024 | 20201101 | 22.000 | | ST |
| FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | | | | | | | | |
| 5.000 | ML | INHALATORI | DOUNICA | 20201023 | 20201024 | 5.000 | | ML |
| SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | | | | | | | | |
| 250.000 | ML | GASTROSTOM | C/6 D1-D8 | 20201030 | 20201107 | 27.000 | | ST |
| FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | | | | | | | | |
| 250.000 | ML | GASTROSTOM | C/6 D1-D8 | 20201107 | 20201115 | 27.000 | | ST |
| FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | | | | | | | | |
| 45.000 | G | INTRAVENOS | D1 Y D2 | 20201113 | 20201114 | 18.000 | | VI |
| INMUNOGLOBULINA HUMANA G 5G/50ML | | | | | | | | |
| 250.000 | ML | GASTROSTOM | C/6 D1-D8 | 20201115 | 20201123 | 27.000 | | ST |
| FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML | | | | | | | | |
| 1000.000 | MG | INTRAVENOS | C/8H | 20201118 | 20201128 | 30.000 | | AMP |
| PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML | | | | | | | | |
| 250.000 | ML | GASTROSTOM | C/6 D1-D8 | 20201123 | 20201201 | 28.000 | | ST |

| FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML
 | 30.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20201124 | 20201125 | 1.000 | AMP |
 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML
 | 15.000 | ML | INHALATORI | DOUNICA | 20201124 | 20201125 | 15.000 | ML |
 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML
 | 800.000 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20201124 | 20201125 | 1.000 | JG |
 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRE LLENA 20MCG/ML 50ML)
 | 1000.000 | MG | INTRAVENOS | C/8H | 20201128 | 20201203 | 11.000 | AMP |
 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML
 | 500.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20201130 | 20201201 | 1.000 | AMP |
 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML
 | 250.000 | ML | GASTROSTOM | C/6 D1-D8 | 20201202 | 20201210 | 21.000 | ST |
 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML
 | 500.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20201207 | 20201208 | 1.000 | AMP |
 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML
 | 250.000 | ML | VIA ORAL | C/12 D1-15 | 20201209 | 20201224 | 24.000 | ST |
 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML
 | 45.000 | G | INTRAVENOS | D1 Y 2 | 20201214 | 20201215 | 18.000 | VI |
 | INMUNOGLOBULINA HUMANA G 5G/50ML
 | 1000.000 | MG | INTRAVENOS | C/8H | 20201215 | 20201226 | 13.000 | AMP |
 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML
 | 1000.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20201223 | 20201224 | 1.000 | AMP |
 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML
 | 250.000 | ML | VIA ORAL | C/12 D1-15 | 20201224 | 20210108 | 14.000 | ST |
 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML
 | 2.500 | G | INTRAVENOS | C/8H | 20201228 | 20210101 | 13.000 | VI |
 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G/0,5G
 | 250.000 | ML | VIA ORAL | C/12 D1-15 | 20210101 | 20210116 | 19.000 | ST |
 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML
 | 2.500 | G | INTRAVENOS | C/8H | 20210102 | 20210105 | 10.000 | VI |
 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G/0,5G
 | 1000.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20210102 | 20210103 | 1.000 | AMP |
 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML
 | 2.500 | G | INTRAVENOS | C/8H | 20210105 | 20210114 | 24.000 | VI |
 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G/0,5G
 | 250.000 | ML | VIA ORAL | C/8 D1-5 | 20210114 | 20210119 | 17.000 | ST |
 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML
 | 45.000 | G | INTRAVENOS | DOUNICA | 20210115 | 20210115 | 9.000 | VI |
 | INMUNO GLOBULINA HUMANA G 5G/50ML VIAL
 | 250.000 | ML | VIA ORAL | C/8 D1-5 | 20210119 | 20210124 | 8.000 | ST |
 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML
 | 250.000 | ML | VIA ORAL | C/12 D1-15 | 20210125 | 20210209 | 27.000 | ST |
 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML
 | 20.000 | G | VIA ORAL | D1-D15 | 20210126 | 20210210 | 2.000 | LA |
 | PROTEINA SUERO (PROCRILL) X275GR
 | 2.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20210122 | 20210123 | 1.000 | AMP |
 | REMIFENTANYL 2MG AMP
 | 100.000 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20210122 | 20210123 | 1.000 | JG |
 | DEXMEDETOMIDINA 200MCG/2ML AMP 2ML (J G PRELLENA 100MCG)
 | 2.500 | G | INTRAVENOS | C/12H | 20210127 | 20210201 | 12.000 | VI |
 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G/0,5G
 | 2.500 | G | INTRAVENOS | C/12H | 20210201 | 20210202 | 1.000 | VI |
 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G/0,5G
 | 2.500 | G | INTRAVENOS | C/12H | 20210203 | 20210216 | 21.000 | VI |
 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G/0,5G
 | 250.000 | ML | VIA ORAL | C/12 D1-15 | 20210211 | 20210226 | 7.000 | ST |
 | FORM. POLI. NUTREN 1.5 CJX250 ML
 | 2.500 | G | INTRAVENOS | C/12H | 20210214 | 20210216 | 4.000 | VI |
 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G/0,5G
 | 2.500 | G | INTRAVENOS | C/12H | 20210215 | 20210221 | 48.000 | VI |
 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G/0,5G

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:

| Cantid. | Unid | Insumos/procedimientos |
 | 2.000 | PAA | GUANTE ESTE S/TALCO 7.5 2D72N75X CARDINA |
 | 1.000 | ST | IDENTIFICACION SIMULTANEA DE MULTIPLES P ATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES |
 | 1.000 | ST | CLOSTRIDIUM DIFFICILE IDENTIFICACION REA CCION EN CADENA DE LA POLIMERASA |

| | | |
|-------|-----|---|
| 1.000 | ST | PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMA TIZADO |
| 1.000 | ST | PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMA TIZADO |
| 1.000 | ST | PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMA TIZADO |
| 1.000 | ST | PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMA TIZADO |
| 1.000 | ST | PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMA TIZADO |
| 1.000 | ST | PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMA TIZADO |
| 1.000 | ST | PELICULA PROTEC CAVI 1ML HISOPO 3343E 3M |
| 3.000 | ST | CARTUCHO LIGACLIP EXTRA TITANIO PEQLT100 |
| 1.000 | ST | DRAPE PELICULA TRANSPARENTE M6275009 KCI |
| 1.000 | ST | CONEXION SENSATRAC PAD M8275057 KCI |
| 1.000 | ST | DRAPE PELICULA TRANSPARENTE M6275009 KCI |
| 1.000 | ST | FILTRO GR INMUGARD III TFIR1602ES |
| 1.000 | ST | DRAPE PELICULA TRANSPARENTE M6275009 KCI |
| 1.000 | ST | CIRCUITO ANESTESIA S/BALON 3MTS BIOPLAST |
| 1.000 | ST | CIRCUITO ANESTESIA S/BALON 3MTS BIOPLAST |
| 1.000 | ST | AGUJA MONO 38X0.036MM 74338-36/40 AMBU |
| 1.000 | ST | DRAPE PELICULA TRANSPARENTE M6275009 KCI |
| 1.000 | ST | DRAPE PELICULA TRANSPARENTE M6275009 KCI |
| 1.000 | ST | CONEXION SENSATRAC PAD M8275057 KCI |
| 1.000 | ST | DRAPE PELICULA TRANSPARENTE M6275009 KCI |
| 1.000 | ST | ESTILETE GUIA ENDOT 14FR GCA-GE14 GOLDEN |
| 1.000 | ST | CONEXION SENSATRAC PAD M8275057 KCI |
| 1.000 | PAA | GUANTE ESTE S/TALCO 6.0 2D72N60X CARDINA |
| 1.000 | PAA | GUANTE ESTE S/TALCO 7.5 2D72N75X CARDINA |
| 1.000 | ST | DRAPE PELICULA TRANSPARENTE M6275009 KCI |
| 2.000 | PAA | GUANTE ESTE S/TALCO 6.5 2D72N65X CARDINA |
| 1.000 | PAA | GUANTE ESTE S/TALCO 7.5 2D72N75X CARDINA |
| 1.000 | PAA | GUANTE ESTE S/TALCO 8.0 2D72N80X CARDINA |
| 3.000 | PAA | GUANTE ESTE S/TALCO 6.0 2D72N60X CARDINA |
| 1.000 | ST | CLOSTRIDIUM TOXINA |

Atentamente,

DR. DAVID ALEJANDRO PANTOJA CASTRO
 MEDICINA GENERAL
 ID: 1144062002
 REG: 1144062002

| Recaudo Cajeros | Recaudo Caja | Fecha Documento |
|-----------------|--------------|-----------------|
| Nro : 704961439 | 1004751038 | 24.09.2020 |


| | | |
|---|------------------------------|-----------------|
| Razón Social o Nombre del Responsable del Pago (Deudor) | Nit | Teléfono |
| ISAZA GONZALEZ LUISA FERNANDA | 1107531724 | 3105317454 |
| Dirección | Ciudad | |
| CL 13 52C 16 | CALI | |
| Paciente Tratado | C.C | Teléfono |
| | | |
| Concepto | Moneda | Tasa |
| PAGO PACIENTE | COP | |
| Orden CO : | Centro de beneficio : | |
| Valor en Letras : CIENTO NOVENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE. | | |

| VIA DE PAGO | FORMA DE PAGO | REFE/FACTURA | VALOR |
|-------------------------|---------------|--------------|---------|
| 1. Mixto (Efe.Tar.Chq.) | E - Efectivo | 704961439 | 191.400 |

CONCEPTO: ANTICIPO CONSULTA EXTERNA

Elaboró **FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI**
JESSICA ANDREA GARCIA CARMONA
CAJERA

Recibí Conforme

| | | |
|---|---------------------------|--|
|  FUNDACIÓN VALLE DEL LILI <i>Excelencia en Salud al servicio de la comunidad</i> | <h2>Historia Clínica</h2> | Avenida Simón Bolívar Carrera 98 No. 18-49 Conmutador 032 3319090 Fax 032 3316728 Nit. 8903241775 www.valledellili.org CALI - COLOMBIA Impreso por: F00007114 |
|---|---------------------------|--|

| Datos Generales | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|----------|
| Paciente: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ | | | Sexo: F |
| Fecha Nacimiento: 08.11.1999 | Nº Historia Clínica: 1319278 | Identificación: CC 1107531724 | Edad: 22 |

Antecedentes

Fecha Registro: 24.09.2020

Hora Registro: 13:30:44

Responsable: PEREZ CAMPUZANO, ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Patológicos - LES

EPISODIO: 8408792

Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC

Historia Hospitalización

Fecha Registro: 22.07.2021

Hora Registro: 18:43:48

Responsable: ORTEGATE GOMEZ, MARIA ANDREA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

"Tiene mucho dolor"

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 21 años con antecedente de LES severo, compromiso inmunológico, hematológico, múltiples complicaciones neurológicas y vasculares. Consulta por cc de 1 mes de evolución consistente en dolor en cadera derecha intenso irradiado a miembro inferior derecho. Consultaron a fisioterapia en IPS primaria, documentando estudio radiológico del 16/06/2021. Signos de osteopenia, osteolisis y marcada destrucción de cabeza femoral derecha. Adicionalmente lleva 3 días sin deposiciones, distensión abdominal marcada y dolor abdominal, no emesis, flatos presentes. refiere palpitations, no disnea, manifiesta pico febril en casa. Niega síntomas urinarios irritativos, niega sangrado, melenas, rectorragia. Refiere secreción serosa y amarillosa por escara trocanterica derecha. En seguimiento por Dr Aguirre reumatología, última consulta abril 2021: paciente con Lupus eritematoso sistémico SEVERO, diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina, sulfamicilina 42 días), lavados por cirugía y sistema VAC. Problemas: -LES SEVERO, GARANTIZAR APLICACIONES INMUNOGLOBULINA --Inmunoglobulina vial 5 gr/50 ml (100 mg/mL), aplicar 50 gramos endovenoso infusión según protocolo cada mes- Premedicar con acetaminofen 1 gr VO, Loratadina 10 mg VO. -Prednisolona tab 5mg. 2 diarias después de desayuno -Azatioprina tab. 50 mg, 1 después de almuerzo -Calcio con vitD tab 600mg/200UI. 1 al día media mañana -Esomeprazol tab. 20 mg, 1 en ayuno" Examen físico Paciente en regulares condiciones generales, alerta, afebril, diaforetica, algica, taquicardica. Sv PA 136/93, fc 150, fr 22, sat 94% al ambiente Conjuntivas hipocromicas, mucosa oral humeda y rosada Cuello movil sin adenopatias Torax simetrico, normoexpansivo, rcr sin soplos, normoventilado,

crepitos bibasales escasos. Abdomen blando, depresible, marcada distension, timpanismo, no masas o lesiones, dolor a la palpacion generalizada Extremidades con edema GI sin fovea, limitacion a la movilidad por dolor. Escaras trocantericas bilaterales, derecha con secrecion amarillosa, escaso sangrado x escara izquierda. Snc alerta, orientada, sin focalizacion.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 136.00 / 94.00 - TAM: 108.00 - T°C: 36.00 - FC: 150.00 - FR: 22.00 - S.Con O2: 0.00 - PESO: 0.00 - TALLA: 0.00 - IMC: 0.00 - SC: 0.00 - S.Sin O2: 94.00 - PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO

Aspecto General:

-

Cabeza:

-

Cara:

-

Ojos:

Cuello:

-

ORL:

-

Tórax:

-

Abdomen:

-

SNC:

-

Genitourinario:

-

Extremidades:

-

Pulsos Periférico:

-

Piel y Tejidos:

-

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente de 21 años con antecedente de LES severo, compromiso inmunologico, hematologico, multiples complicaciones neurologicas y vasculares. Consulta por cc de 1 mes de evolucion consistene en dolor en cadera derecha intenso irradiado a miembro inferior derecho. Consultaron a fisiatria en IPS primaria, documentando estudio radiologico del 16/06/221 Signos de osteopena, oseotilis y marcada destruccion de cabeza femoral derecha. Adicionalmente lleva 3 dias sin deposiciones, distension abdominal marcada y dolor abdominal, no emesis, flatos prsentes. refiere palpitaciones, no disnea, manifiesta pico febril en casa. Niegan sintomas urinarios irritativos, niega sangrado, melenas, rectorragia. Refiere secrecion serosa y amarillosa por escara trocanterica derecha. Ingresa pte en regular estado general, taquicardica, afebril, diaforetica, con dolor abdominal y distension marcada, dolor intenso en

cadera derecha, escaras con secrecion activa, sin deficit neurologico, sin signos de hipoperfusion en el momento. Se comenta y valora pte en conjunto con Dr Villamil Med interna , se indica reanimacion hidrica de pte, manejo de dolor, sospecha de proceso infeccioso, probable artritis septica vs infeccion de tejidos blandos por lo documentado en estudio radiologico extrahospitalario y estado de escaras actuales. Adicionalmente llama la atencion abdomen con marcada distension y ausencia de deposicion. Se indica policultivar a pte, se indica rx torax, rx abdomen, gases arteriales y ekg ahora, ss ch, funcion renal, electrolitos, reactantes inflamatorios y de actividad lupica. Revalorar con resultados para ajustes en manejo medico, estudios y conductas adicionales. Vigilancia activa, control de sv. Se explica a pte y familiar, entienden y aceptan,

DIAGNÓSTICOS

G470 - TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO (INSOMNIOS)

F401 - FOBIAS SOCIALES

R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

E639 - DEFICIENCIA NUTRICIONAL, NO ESPECIFICADA

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.07.2021

Hora Registro: 22:04:44

Responsable: ORTEGATE GOMEZ, MARIA ANDREA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Valoración en Sala de observación urgencias

VALORACION EN SALA DE OBSERVACION Paciente refiere sentirse en mejores condiciones generales, mejoría de dolor respecto a ingreso, ya realizo deposicion, tolero via oral sin emesis posterior, mejoría de dolor abdominal. Al examen fisico mas estable, pa 118/84, fc 122 en mejoría respecto a ingreso, fr 16, sat 96% al ambiente, afebril, sin signos de shock o hipoperfusion. REPORTE DE EXAMENES: 22 JULIO 2021 CH LEUCOCITOS 8.11, NEUTROFILOS 73%, LINFOCITOS 1.25, HB 10.8, HTO 36, PLAQUETAS 360.000 VSG 120 ** CR 0.44, BUN 7.4 ALT 42, AST 34 FA 157 ALBUMINA 3.89 SODIO 140 POTASIO 4.33 CALCIO 9.50 ACIDO LACTICO 2.31 ** PCR 15.99 ** C3 COMPLEMENTO 178 EN RANGO NORMAL C4 COMPLEMENTO 34 EN RANGO NORMAL GASES ARTERIALES PH 7.48, PCO2 33, PO2 87, CHO3 24, PAFI 414 GLUCOSA 157 ANTI DNA PENDIENTE HEMOCULTIVOS PENDIENTE CULTIVO SECRECION ESCARA PENDIENTE UROCULTIVO PENDIENTE RX TORAX: SE EVIDENCIA SIN INFILTRADOS INTERSTICIALES, DERRAME PLEURAL, SIN CONSOLIDACIONES RX ABDOMEN: ABUNDANTE MATERIA FECAL EN AMBOS MARCOS COLICOS, PRESENCIA DE GAS DISTAL, NOS IGNOS OBSTRUCCION RX CADERA: SE EVIDENCIA DESTRUCCION DE CABEZA FEMORAL DERECHA. PENDIENTE LECTURA OFICIAL DE IMAGENES ANALISIS Y PLAN: Paciente de 21 años con antecedente de LES severo, compromiso inmunologico, hematologico, multiples complicaciones neurologicas y vasculares. Consulta por cc de 1 mes de evolucion consistene en dolor en cadera derecha intenso irradiado a miembro inferior derecho. Consultaron a fisioterapia en IPS primaria, documentando estudio radiologico del 16/06/2021 Signos de osteopena, osetilisis y marcada destruccion de cabeza femoral derecha. Adicionalmente lleva 3 dias sin deposiciones, distension abdominal marcada y dolor abdominal, no emesis, flatos presentes. refiere palpitations, no disnea, manifiesta pico febril en casa. Niegan sintomas urinarios irritativos, niega sangrado, melenas, rectorragia. Refiere secrecion serosa y amarillosa por escara trocanterica derecha. Al ingreso pte en regular estado general, taquicardica, afebril, diaforetica, con dolor abdominal y distension marcada, dolor intenso en cadera derecha, escaras con secrecion activa, sin deficit neurologico. Se solicitaron estudios de extension con evidencia de ligera neutrofilia, sin leucocitosis, pcr y vsg elevadas, transaminasas y fa leve elevacion, electrolitos normales, funcion renal conservada, gases arteriales sin acidosis pero con ligera hiperlactatemia, respecto a examenes de lupus activo pendiente antidna, tiene complemento en rango normales para laboratorio. Estudios radiologicos sin compromiso pulmonar, abundante materia fecal en abdomen sin signos de obstruccion y rx cadera cn destruccion de cabeza femoral derecha. En el momento pte mas estable, mejoría de signos vitales y buena respuesta a manejo hidrico, sin signo de shock o hipoperfusion, mejoría de dolor respecto a ingreso. Comento y valoro pte con Dr Villamil Med Interna, se considera: - Hospitalizacion x med Interna - Inicio de cubrimiento atb ante sospecha de foco septico probable tej blandos vs artritis septica u osteomielitis por estudio radiologico, se inicia piperacilina - tazobactam + vancomicina y ss rmn pelvis para descartar lo anteriormente mencionado. SS val x teo. - Se ajusta manejo hidrico y ss acido lactico control - Se indica lactulosa para estreñimiento, ya descartada obstruccion intestinal. - Se esperan cultivos para definir ajustes en manejo medico - Se espera anti dna y definir intervencion x reumatologia por actividad lupica activa en estudio asociado a cuadro clinico actual Continua vigilancia clinica, control de sv, vigilancia estado hidratacion. Se explica a pte y familiar, entienden y aceptan,

-

-

Hospitalizar x Med Interna Se ajusta manejo hidrico, 100 cc/hora previo bolo 1000 cc ahora SS al media noche SS rmn pelvis contrastada Inicio cubrimiento atb piptazo + vancomicina Pendiente cultivos

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.07.2021

Hora Registro: 01:58:50

Responsable: ORTEGATE GOMEZ, MARIA ANDREA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA Reporte de exámenes: 23.07.2021 AL 1.2 (2.3) Mejoría notoria Paciente en mejores condiciones generales, mejoría de dolor respecto a ingreso, mejoría de malestar, diuresis espontánea, abundante, deposición presente, sin emesis. SV pa 116/60, fc 117 fr 18, sat 99% al ambiente, afebril. Paciente quien ha tenido buena respuesta a manejo hidrico, hiperlactatemia de ingreso en mejoría, buena respuesta a cubrimiento atb, sin signos de hipoperfusión o shock, sin hipotensión hasta el momento, mejoría de taquicardia, sin desaturación. Tiene pendiente cultivos y antidna para definir ajustes en el manejo médico. Pendiente rmn pelvis en estudio de osteomielitis vs artritis séptica por hallazgos radiológicos en cadera y escaras trocántericas bilaterales, sospecha de proceso infeccioso activo probable de este origen. Continúa manejo intrahospitalario, control de sv, reanimación hídrica. Se explica a pte y familiares, entienden y aceptan.

-

-

Pendiente cultivos Pendiente RMN pelvis Pendiente Anti DNA Continuar manejo hidrico, cubrimiento atb

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.07.2021

Hora Registro: 11:17:12

Responsable: SOTOMAYOR JULIO, ALEX DAVID

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 ENTIDAD DE SALUD: COOMEVA EPS S.A. RC DIAGNOSTICOS: *DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Artritis Séptica a descartar -Osteomielitis a descartar -Necrosis Avascular de la cabeza femoral derecha a descartar *LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: POR REUMATOLOGIA -Prednisolona tab 5mg. 3 al día -Calcio con vitD tab 600mg/200UI. 1 al día -Inmunoglobulina G humana vial 5gr/50ml. 45 gr EV en clínica de infusión el 17.02.21 FORMATO MIPRES 20210212130026056756 Última dosis 27.2.21

EXAMEN FISICO: Paciente en cama, luce en aceptables condiciones generales, facies cushinoides. FC Fr TAS TAD TAM SO2 138,00 20,00 101,00 50,00 67,00 96,00 121,00 18,00 116,00 68,00 84,00 98,00 100,00 17,00 110,00 70,00 83,33 98,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. RENAL: Diuresis espontánea EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales, con secreción serohemática escasa cantidad. HEMATOLOGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ LABORATORIOS: 23.07.2021: Ácido láctico: 1,28mm/L 22.07.2021: -LEUCOCITOS 8.11, NEUTROFILOS % * 73.60, LINFOCITOS % * 15.40, HEMOGLOBINA * 10.80, HEMATOCRITO 36.60, PLAQUETAS 360. VSG * 120 CREATININA EN SUERO * 0.44, NITROGENO UREICO EN SUERO 7.40, ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) * 42.20, ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) * 34.8. FOSFATASA ALCALINA * 157.00, ALBUMINA 3.89, SODIO EN SUERO 140.00, POTASIO EN SUERO 4.33, CLORO 102.80, CALCIO 9.5. ACIDO LACTICO * 2.31, PROTEINA C REACTIVA * 15.99. C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.74, C4 FRACCION COMPLEMENTO 34.7. pH * 7.48, pCO2 33, pO2 87, sO2 * 98.8, HCO3(c) 24.6. POTASIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 3.6, SODIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 137.0, CLORO (CLORURO) EN SANGRE TOTAL 107.0, GLUCOSA EN SANGRE TOTAL ARTERIAL * 157. COLORACION DE GRAM SECRECION TROCANTERICA IZQUIERDA: Se observan abundantes cocos Gram positivos en racimos en la preparación. SECRECION TROCANTERICA DERECHA: Se observan escasos bacilos Gram negativos en la preparación. Se observan escasos bacilos Gram positivos en la preparación. Se observan escasos cocos Gram positivos en racimos en la preparación.

ANALISIS Y PLAN: Se trata de una paciente en la tercera década de la vida, con diagnóstico de LES, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, consumidora crónica de esteroides, hospitalizada con relación a un mes de evolución de dolor progresivo en cadera derecha, ahora con severa limitación funcional, sintomatología acompañada de fiebre. Tiene un hemograma de ingreso con neutrofilia y reactantes de fase aguda elevados, sin consumo de complemento, gases arteriales sin alteración del estado ácido base, con hiperlactatemia, explicable por deshidratación a su ingreso, una vez se optimizó aporte hídrico ha logrado depurar niveles de lactato. Tiene escaras trocántericas bilaterales, con secreción activa, donde vienen creciendo gram positivos y gram negativos, aún sin tipificación de germen, los hemocultivos van negativos. Consideramos paciente con importantes factores de riesgo para procesos

infecciosos teniendo en cuenta enfermedad autoinmune de base, crónicamente inmunosuprimida por lo que debe descartarse cuadro de artritis séptica y/osteomielitis de cadera derecha, considerando también la posibilidad de necrosis Avascular asociada a uso crónico de esteroides, en este sentido tiene pendiente la realización de RMN de cadera para caracterizar mejor hallazgos de radiografía donde se observa destrucción de la cabeza del fémur derecho. Debe continuar con pauta antibiótica con piperacilina tazobactam/vancomicina hasta obtener los reportes de los cultivos tomados y solicitamos Anti DNA para descartar actividad del LES. Dr. Alex David Sotomayor Medicina Interna Dr. Fabian A. Campos R1. Medicina crítica y cuidado intensivo.

MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML 5 MG C/4H INTRAVENOS MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML 3 MG C/2H INTRAVENOS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG DOUNICA VIA ORAL HIOSCINA 20MG/1ML (SIMPLE) 20 MG C/12H INTRAVENOS OMEPRAZOL 40 MG VI 40 MG C/12H INTRAVENOS PREDNISOLONA 5MG TAB 15 MG C/24H VIA ORAL MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML 5 MG C/4H INTRAVENOS MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML 3 MG C/2H INTRAVENOS PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4.5G - VIAL 4500 MG C/6H INTRAVENOS AZATIOPRINA 50 MG TABLETA 50 MG C/24H VIA ORAL VANCOMICINA 500MG VIAL 1000 MG C/12H INTRAVENOS LACTULOSA 66.7G/100ML SOLUCION ORAL FCO 240 ML 15 ML C/8H VIA ORAL PENDIENTE REALIZACIÓN DE RMN CADERAS CONTRASTADA SE SOLICITA ANTI DNA

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.07.2021

Hora Registro: 11:12:38

Responsable: LOPEZ RINCON, DANIEL CAMILO

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 ENTIDAD DE SALUD: COOMEVA EPS S.A. RC DIAGNOSTICOS: *DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Artritis Séptica a descartar -Osteomielitis a descartar -Necrosis Avascular de la cabeza femoral derecha a descartar *LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: POR REUMATOLOGIA -Prednisolona tab 5mg. 3 al día -Calcio con vitD tab 600mg/200UI. 1 al día -Inmunoglobulina G humana vial 5gr/50ml. 45 gr EV en clínica de infusión el 17.02.21 FORMATO MIPRES 20210212130026056756 Ultima dosis 27.2.21 SUBJETIVO: refiere dolor leve en cadera derecha, niega disnea o fiebre

EXAMEN FISICO: Paciente en cama , luce en aceptables condiciones generales, facies cushinoides. T HORA FC Fr TAS TAD TAM SO2 24.07.2021 36,00 08:00: 102 19,00 106 73 84,00 98 24.07.2021 36,00 00:01: 145 19,00 103 54 70,33 95 23.07.2021 36,60 20:00: 127 19,00 110 75 86,67 97 OJOS: Pupilas Isocoricas Normo reactivas, escleras anictericas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardiacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. RENAL: Diuresis espontanea EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocatericas bilaterales, con secreción serohematosa escasa cantidad. HEMATOLOGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ LABORATORIOS: 23.07.2021: Acido láctico:1,28mm/L,DNA n, Anticuerpos 17.2 Urocultivo:Recuento mayor de 100.000 UFC/mL de Pseudomonas aeruginosa y Enterococcus faecalis. 22.07.2021: -LEUCOCITOS 8.11, NEUTROFILOS % * 73.60, LINFOCITOS % * 15.40, HEMOGLOBINA * 10.80, HEMATOCRITO 36.60, PLAQUETAS 360. VSG * 120 CREATININA EN SUERO * 0.44, NITROGENO UREICO EN SUERO 7.40, ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) * 42.20, ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) * 34.8. FOSFATASA ALCALINA * 157.00, ALBUMINA 3.89, SODIO EN SUERO 140.00, POTASIO EN SUERO 4.33, CLORO 102.80, CALCIO 9.5. ACIDO LACTICO * 2.31, PROTEINA C REACTIVA * 15.99. C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.74, C4 FRACCION COMPLEMENTO 34.7. pH * 7.48, pCO2 33, pO2 87, sO2 * 98.8, HCO3(c) 24.6. POTASIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 3.6, SODIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 137.0, CLORO (CLORURO) EN SANGRE TOTAL 107.0, GLUCOSA EN SANGRE TOTAL ARTERIAL * 157. COLORACION DE GRAM SECRECION TROCATERICA IZQUIERDA: Se observan abundantes cocos Gram positivos en racimos en la preparación. SECRECION TROCATERICA DERECHA: Se observan escasos bacilos Gram negativos en la preparación. Se observan escasos bacilos Gram positivos en la preparación. Se observan escasos cocos Gram positivos en racimos en la preparación.

ANALISIS Y PLAN: Se trata de una paciente en la tercera década de la vida , con diagnóstico de LES, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC , usuaria crónica de esteroides, hospitalizada con relación a un mes de evolución de dolor progresivo en cadera derecha , ahora con severa limitación funcional, sintomatología acompañada de fiebre. Tiene un hemograma de ingreso con neutrofilia y reactantes de fase aguda elevados, sin consumo de complemento, gases arteriales sin alteración del estado acido base, con hiperlactatemia, explicable por deshidratación a su ingreso, una vez se optimizó aporte hídrico ha logrado depurar niveles de lactato. Tiene escaras trocatericas bilaterales, con secreción activa, donde vienen creciendo gram positivos y gram negativos , aún sin tipificación de germen, los hemocultivos van negativos. Consideramos paciente con importantes factores de riesgo para procesos infecciosos teniendo en cuenta enfermedad autoinmune de base, crónicamente inmunosuprimida por lo que debe descartarse cuadro de artritis séptica y/osteomielitis de cadera derecha, considerando también la posibilidad de necrosis Avascular asociada a uso crónico de esteroides, aún tiene pendiente la realización de RMN de cadera para caracterizar mejor

hallazgos de radiografía donde se observa destrucción de la cabeza del fémur derecho. Debe continuar con pauta antibiótica con piperacilina tazobactam + vancomicina hasta obtener los reportes de los cultivos tomados, el reporte de Anti DNA es negativo. Al examen físico de hoy luce tranquila, persiste taquicárdica, con adecuada modulación del dolor, niega dolor abdominal aunque no ha realizado deposiciones, iniciamos lactulosa oral, se inicia también trombotrópica. Consideramos pertinente valoración por el servicio de reumatología para orientar dosis y continuidad de inmunosupresores. Por ahora sin más cambios en el plan de manejo terapéutico, según hallazgos en RMN de caderas, se definirán conductas adicionales. Se explica a la paciente y a su madre conducta a seguir, refieren entender y aceptar. Dr. Daniel Lopez Medicina Interna Dr. Fabian A. Campos R1. Medicina crítica y cuidado intensivo.

CONTINUA HOSPITALIZADA A CARGO DE MEDICINA INTERNA Morfina jeringa 1mg/ml x 5ml 5 mg c/4h intravenos Morfina jeringa 1mg/ml x 5ml 3 mg c/2h intravenos Acetaminofen 500mg tab 1000 mg do unica via oral Hioscina 20mg/1ml (simple) 20 mg c/12h intravenos Omeprazol 40 mg vi 40 mg c/12h intravenos Prednisolona 5mg tab 15 mg c/24h via oral Morfina jeringa 1mg/ml x 5ml 5 mg c/4h intravenos Morfina jeringa 1mg/ml x 5ml 3 mg c/2h intravenos Piperacilina+tazobactam 4.5g - vial 4500 mg c/6h intravenos Azatioprina 50 mg tableta 50 mg c/24h via oral Vancomicina 500mg vial 1000 mg c/12h intravenos Lactulosa 66.7g/100ml solucion oral fco 240 ml 15 ml c/8h via Oral Pendiente realización de RMN caderas contrastada

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.07.2021

Hora Registro: 10:47:26

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta en Urgencias

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD

ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopénica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaféresis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). Hospitalización FVL 24.9.2020 – 15.02.2021: 1 semana de fiebre 39-40 °C, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR múltiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. Estancia prolongada para manejo de escaras, -Sulfamicilina FI 11/01/21 (día 42/42) COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA-terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina, sulfamicilina 42 días), lavados por cirugía y sistema VAC. Ahora consulta por cc de 1 mes de evolución consistente en dolor en cadera derecha intenso irradiado a miembro inferior derecho. Consultaron a fisioterapia en IPS primaria, documentando estudio radiológico del 16/06/221 Signos de osteopenia, osteólisis y marcada destrucción de cabeza femoral derecha. Adicionalmente lleva 3 días sin deposiciones, distensión abdominal marcada y dolor abdominal, no emesis, flatos presentes. refiere palpitaciones, no disnea, manifiesta pico febril en casa. Niegan síntomas urinarios irritativos, niega sangrado, melenas, rectorragia. Refiere secreción serosa y amarillosa por escara trocanterica derecha. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega

síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: POR REUMATOLOGIA -Inmunoglobulina G humana vial 5gr/50ml. 45 gr EV en clínica de infusión el 17.02.21 FORMATO MIPRES 20210212130026056756 Ultima dosis 01.05.2021 Premedicar con acetaminofen 1 gr VO, Loratadina 10 mg VO. -Prednisolona tab 5mg. 3 al día -Azatioprina tab. 50 mg, 1 después de almuerzo -Calcio con vitD tab 600mg/200UI. 1 al día -Esomeprazol tab. 20 mg, 1 en ayuno" POR PSIQUIATRIA Clozapina tab. 100 mg, 1/2 noche Sertralina tab. 50 mg, 1 diaria

Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19 EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES: 25.07.2021 T FC FR TAS TAD TAM SAT 08:00:00 36,50 130,00 20,00 114,00 80,00 91,33 98,00 04:00:00 35,70 107,00 19,00 122,00 83,00 96,00 97,00 00:01:00 35,50 117,00 19,00 105,00 61,00 75,67 91,00 OJOS: pupilas isocóricas normorreactivas, escleras y conjuntivas normales. No hay evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: sin úlceras, no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios conservados sin sobreagregados como estertores, sibilancias o roncus. ABDOMEN: no doloroso, sin megalias, sin signos de irritación peritoneal EXTREMIDADES: ATROFIA MUSCULAR CON MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE MIEMBROS INFERIORES. no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES, DERECHA CON SECRECIÓN AMARILLENTA, ESCASO SANGRADO X ESCARA IZQUIERDA. NEUROLÓGICO: Sin déficit aparente, no focalización aguda. 25.07.2021 LEUCOS 5360 NEUTROS 3680 LINFOS 1160 MONOS 500 EOS 10 HGB 9.8 HCTO 31.9 VCM 70 PLT 367.000 PCR 17.36* HISOPADO RECTAL: Tamización Negativa para: Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias y Acinetobacter baumannii resistente a los carbapenémicos; y Pseudomonas aeruginosa productor de carbapenemasas. 24.07.2021 CULTIVO: SECRECIÓN TROCANTERICA DERECHA Se obtuvo crecimiento abundante de Proteus mirabilis y Staphylococcus aureus en los medios sólidos, a las 24 horas de incubación. HEMOCULTIVOS: Negativos hasta la fecha. VANCOMICINA NIVEL VALLE 6.55 23.07.2021: UROCULTIVO: POSITIVO: Recuento mayor de 100.000 UFC/mL de Pseudomonas aeruginosa y Enterococcus faecalis. Acido láctico:1,28mm/L DNA n, Anticuerpos 17.2 22.07.2021: -LEUCOS 8110 NEUTROS 5970 LINFOS 1250 MONOS 880 EOS 10 HB 10.8, HTO 36, VCM 70.5 PLAQUETAS 360.000 VSG 120 ** CR 0.44, BUN 7.4 ALT 42, AST 34 FA 157 ALBUMINA 3.89 SODIO 140 POTASIO 4.33 CALCIO 9.50 ACIDO LACTICO 2.31 ** PCR 15.99 ** C3 COMPLEMENTO 178 EN RANGO NORMAL C4 COMPLEMENTO 34 EN RANGO NORMAL GASES ARTERIALES PH 7.48, PCO2 33, PO2 87, CHO3 24, PAFI 414 GLUCOSA 157 POTASIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 3.6, SODIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 137.0, CLORO (CLORURO) EN SANGRE TOTAL 107.0, GLUCOSA EN SANGRE TOTAL ARTERIAL * 157. COLORACIÓN DE GRAM SECRECIÓN TROCANTERICA IZQUIERDA: Se observan abundantes cocos Gram positivos en racimos en la preparación. SECRECIÓN TROCANTERICA DERECHA: Se observan escasos bacilos Gram negativos en la preparación. Se observan escasos bacilos Gram positivos en la preparación. Se observan escasos cocos Gram positivos en racimos en la preparación. IMÁGENES 22.07.2021 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX Elevación del hemidiafragma derecho. No hay consolidaciones ni cámaras de neumotorax. No hay niveles hidroaéreos. Silueta cardíaca y estructuras óseas sin alteración. RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE Dilatación de asas intestinales delgadas, colon y cámara gástrica configurándose un íleus. No hay aire libre en la cavidad peritoneal. Las sombras viscerales son difíciles de evaluar. Osteopenia. Luxación completa de la cadera derecha RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA Osteopenia. Notable alteración en la arquitectura, apariencia y densidad de la cadera derecha. La cadera izquierda es normal. Anillo pélvico preservado RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL AP LATERAL Severa alteración en la apariencia de la articulación coxofemoral derecha con pérdida prácticamente completa del acetábulo, luxación de la cadera y notable irregularidad de la cabeza femoral. Osteopenia generalizada. La cadera izquierda no muestra alteración

Paciente con Lupus eritematoso sistémico SEVERO, diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESIÓN DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Última aplicación 01.05.2021). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGÍA PLÁSTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina, sulfamicilina 42 días), lavados por cirugía y sistema VAC. Problemas: -LES SEVERO, SIN GARANTIZAR APLICACIONES DE INMUNOGLOBULINA ahora cursando con posible artritis séptica y/o osteomielitis de cadera derecha, escaras en trocanter bilateral con evidencia de sobreinfección por crecimiento abundante de Proteus mirabilis y Staphylococcus aureus en los medios sólidos, cubrimiento antimicrobiano con

piperacilina tazobactam + vancomicina FI: 22.07.2021, se solicita valoración por infectología. -No se descarta además, la posibilidad de necrosis Avascular asociada a uso crónico de esteroides a nivel de cadera derecha, pendiente RNM cadera. -Nos interconsultan para definir manejo médico inmunosupresor a seguir, recomendamos disminuir dosis de esteroide oral, suspender por el momento azatioprina y se solicita IgG e IgM. Con resultado se definirá dosis de inmunoglobulina. Se explica.

-Prednisolona 10mg al día vía oral ***DISMINUIR*** -Calcio con vitD tab 600mg/200UI. 1 al día media mañana -Por ahora diferir uso de inmunosupresores (azatioprina) -Se solicita IgG e IgM -Se solicita valoración por infectología

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.07.2021

Hora Registro: 11:23:07

Responsable: ROSSO SUAREZ, FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Infectología- Respuesta interconsulta LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNOSTICOS:

*DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Artritis Séptica a descartar -Osteomielitis a descartar -Necrosis Avascular de la cabeza femoral derecha a descartar *LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso

inmunológico,hematológico, SNC. antimicrobianos vancomicina 22.07- ACTIVO piperacilina tazobactam 22.07- ACTIVO MANEJO AMBULATORIO: POR REUMATOLOGIA -Prednisolona tab 5mg. 3 al día -Calcio con vitD tab 600mg/200UI. 1 al día -Inmunoglobulina G humana vial 5gr/50ml. 45 gr EV en clínica de infusión el 17.02.21 FORMATO MIPRES

20210212130026056756 Ultima dosis 27.2.21 prescripciones activas: VANCOMICINA 500MG VIAL 1000 MG C/12H PREDNISOLONA 5MG TAB 15 MG C/24H PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4.5G - VIAL 4500 MG C/6H OMEPRAZOL 40 MG VI 40 MG C/12H MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML 5 MG C/4H LACTULOSA 66.7G/100ML SOLUCION ORAL FCO 240 ML 15 ML C/8H HIOSCINA 20MG/1ML (SIMPLE) 20 MG C/12H ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H AZATIOPRINA

50 MG TABLETA 50 MG C/24H signos vitales: hora: T: FC FR TAS TAD TAM SAT 08:00:00 36,50 130,00 20,00 114,00 80,00 91,33 98,00 04:00:00 35,70 107,00 19,00 122,00 83,00 96,00 97,00 00:01:00 35,50 117,00 19,00 105,00 61,00 75,67 91,00 microbiologicos -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E.

faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha paraclínicos: -25.07.2021: leucocitos

5360, N: 3680, L: 1160, Hb: 9.8, HTO: 31%, plaquetas 367000, PCR: 17.36 análisis y plan paciente de 21 años con antecedente de LES con afectación hematológica, inmunológica y neurológica, usuaria crónica de esteroides en manejo por reumatología. Con múltiples complicaciones infecciosas entre esas escara sacra profunda sobreinfectada asociada a osteomielitis con aislamiento microbiológico de P. mirabilis, E.coli, E. faecalis Ha recibido múltiples pautas antibióticas con piperacilina tazobactam, vancomicina, meropenem, imipenem, caspofungina y sultamicilina. Ahora hospitalizada en contexto de úlceras trocántericas bilaterales sobreinfectadas con crecimiento de P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma. Adicionalmente, tiene urocultivo positivo para pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma. Actualmente estable hemodinámicamente, sin leucocitosis, PCR elevada, afebril. En cubrimiento antibiótico con

piperacilina tazobactam + vancomicina día 3. tiene pendiente resonancia magnetica para descartar osteomielitis. Por ahora continuamos igual manejo a la espera de estudios complementarios. Dr. Fernando Rosso - Internista/Infectologo Sebastián Morales- Médico interno Universidad Icesi

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.07.2021

Hora Registro: 11:47:18

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA INTERNA NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 ENTIDAD DE SALUD:

COOMEVA EPS S.A. RC DIAGNOSTICOS: *DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Artritis Séptica a descartar

-Osteomielitis a descartar -Necrosis Avascular de la cabeza femoral derecha a descartar *LUPUS ERITEMATOSO

SISTEMICO -Compromiso inmunológico,hematológico, SNC. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus

eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos:

Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales:

2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: POR REUMATOLOGIA -Prednisolona tab 5mg. 3 al día -Calcio con vitD tab

600mg/200UI. 1 al día -Inmunoglobulina G humana vial 5gr/50ml. 45 gr EV en clínica de infusión el 17.02.21

FORMATO MIPRES 20210212130026056756 Ultima dosis 27.2.21 SUBJETIVO: Se siente bien, sin dolor en cadera derecha, hoy será llevada a RMN

EXAMEN FISICO: Paciente en cama , luce en aceptables condiciones generales, facies cushinoides. hora: T: FC FR TAS TAD TAM SAT 08:00:00 36,50 130,00 20,00 114,00 80,00 91,33 98,00 04:00:00 35,70 107,00 19,00 122,00 83,00

96,00 97,00 00:01:00 35,50 117,00 19,00 105,00 61,00 75,67 91,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. RENAL: Diuresis espontánea EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales, con secreción serohemática escasa cantidad. HEMATOLOGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ LABORATORIOS: 25.07.2021: Leuc 5360 N 3680 L 1160 Hb 9.8 hto 31 VCM 70 Plt 367.000 24.07.2021 Vancomicina niveles valle 6.55 23.07.2021: Hisopado rectal neg cido láctico:1,28mm/L,DNA n, Anticuerpos 17.2 22.07.2021: -LEUCOCITOS 8.11, NEUTROFILOS % * 73.60, LINFOCITOS % * 15.40, HEMOGLOBINA * 10.80, HEMATOCRITO 36.60, PLAQUETAS 360. VSG * 120 CREATININA EN SUERO * 0.44, NITROGENO UREICO EN SUERO 7.40, ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) * 42.20, ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) * 34.8. FOSFATASA ALCALINA * 157.00, ALBUMINA 3.89, SODIO EN SUERO 140.00, POTASIO EN SUERO 4.33, CLORO 102.80, CALCIO 9.5. ACIDO LACTICO * 2.31, PROTEINA C REACTIVA * 15.99. C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.74, C4 FRACCION COMPLEMENTO 34.7. pH * 7.48, pCO2 33, pO2 87, sO2 * 98.8, HCO3(c) 24.6. POTASIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 3.6, SODIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 137.0, CLORO (CLORURO) EN SANGRE TOTAL 107.0, GLUCOSA EN SANGRE TOTAL ARTERIAL * 157. microbiologicos -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha

ANALISIS Y PLAN: Se trata de una paciente en la tercera década de la vida, con diagnóstico de LES, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, hospitalizada con relación a un mes de evolución de dolor progresivo en cadera derecha, ahora con severa limitación funcional, sintomatología acompañada de fiebre. Tiene un hemograma de ingreso con neutrofilia y reactantes de fase aguda elevados, sin consumo de complemento, gases arteriales sin alteración del estado ácido base, con hiperlactatemia, explicable por deshidratación a su ingreso, una vez se optimizó aporte hídrico ha logrado depurar niveles de lactato. Tiene escaras trocántericas bilaterales, con secreción activa, donde vienen creciendo gram positivos y gram negativos, aún sin tipificación de germen, los hemocultivos van negativos. Consideramos paciente con importantes factores de riesgo para procesos infecciosos teniendo en cuenta enfermedad autoinmune de base, crónicamente inmunosuprimida por lo que debe descartarse cuadro de artritis séptica y/o osteomielitis de cadera derecha, considerando también la posibilidad de necrosis avascular asociada a uso crónico de esteroides, hoy será llevada a RMN de cadera derecha Paciente con osteomielitis previa, con bacteremia por proteus, tenía germen productor de carbapenemasas, el último esquema de esa hospitalización fue con ceftazidime avibactam y sulfametilina, ahora con aislamiento de Proteus y S aureus, tiene niveles de vancomicina solicitados desde urgencias bajos, por lo que se solicitó valoración por infectología, dado que ahora su pauta es piptazo y vancomicina. Sin embargo la paciente ha tenido buena evolución, quedamos a la espera de reporte de RMN Se explica a la paciente y a su madre conducta a seguir, refieren entender y aceptar.

CONTINUA HOSPITALIZADA A CARGO DE MEDICINA INTERNA Seguimiento por infectología y reumatología Morfina jeringa 1mg/ml x 5ml 5 mg c/4h intravenos Morfina jeringa 1mg/ml x 5ml 3 mg c/2h intravenos Acetaminofen 500mg tab 1000 mg do única vía oral Hioscina 20mg/1ml (simple) 20 mg c/12h intravenos Omeprazol 40 mg vi 40 mg c/12h intravenos Prednisolona 5mg tab 15 mg c/24h vía oral Morfina jeringa 1mg/ml x 5ml 5 mg c/4h intravenos Morfina jeringa 1mg/ml x 5ml 3 mg c/2h intravenos Piperacilina+tazobactam 4.5g - vial 4500 mg c/6h intravenos Azatioprina 50 mg tableta 50 mg c/24h vía oral Vancomicina 500mg vial 1000 mg c/12h intravenos Lactulosa 66.7g/100ml solución oral fco 240 ml 15 ml c/8h vía Oral Pendiente realización de RMN caderas contrastada

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.07.2021

Hora Registro: 17:38:24

Responsable: ESPITIA PEDRAZA, JOHAN SEBASTIAN

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

***NOTA ADICIONAL ***

PACIENTE CON UROCULTIVO POSITIVO

Pseudomona aeruginosa resistente a carbapenemicos

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.07.2021

Hora Registro: 11:59:52

Responsable: RENDON OCAMPO, JUAN SEBASTIAN

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 MC: ARTRITIS SEPTICA DE CADERA DERECHA DIAGNOSTICOS: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO - COMPROMISO INMUNOLÓGICO,

HEMATOLÓGICO, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. PACIENTE EN CONTEXTO DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD REUMÁTICA CON COMPROMISO MULTISISTÉMICO SEVERO. TIENE ANTECEDENTE DE ESCARAS EN ZONA SACRA Y TROCANTERICA BILATERAL. HA SIDO MANEJADA POR CIRUGIA PLASTICA PARA DICHOS PROBLEMAS, PROCEDIMIENTO MAYOR CONSISTIO EN COLGAGO ROTACIONAL PARA COBERTURA DE DEFECTO EN ZONA SACRA. EN EL MOMENTO CON SECRECIÓN PURULENTE ACTIVA EN ESCARAS TROCANTERICAS. NIEGA DOLOR. RESONANCIA Y RADIOGRAFIAS OBTENIDAS EVIDENCIAN CAMBIOS SUGESTIVOS DE INFECCIÓN EN CADERA DERECHA POR LO CUAL CONSULTAN. ANTECEDENTES PERSONALES: PATOLÓGICOS: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO 08.19. PURPURA TROMBOCITOPENICA 2018. QUIRÚRGICOS: APENDICECTOMÍA (2020). TÓXICO-ALÉRGICOS: NIEGA. FAMILIARES: PRIMA LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICA. MADRE HIPOTIROIDISMO. GINECOOBSTÉTRICOS: GO TRANSFUSIONALES: 2018 (PLAQUETAS). MANEJO AMBULATORIO: POR REUMATOLOGIA -PREDNISOLONA TAB 5MG. 3 AL DÍA -CALCIO CON VITD TAB 600MG/200UI. 1 AL DÍA -INMUNOGLOBULINA G HUMANA VIAL 5GR/50ML. 45 GR EV EN CLÍNICA DE INFUSIÓN EL 17.02.21 ULTIMA DOSIS 27.2.21 AL EXAMEN FÍSICO: PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, DEPENDIENTE DE SU MADRE PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR DEBILIDAD ASOCIADA A SU COMPROMISO DE SNC. CADERAS EN ROTACION EXTERNA Y FLEXION. ÚLCERAS EN REGION TROCANTERICA CON SECRECIÓN PURULENTE ACTIVA DE APROX 2X2CM. RESONANCIA DE PELVIS DE DICIEMBRE 30 2020 EVIDENCIA DERRAME ARTICULAR Y CAMBIOS COMPATIBLES CON OSTEOMIELITIS EN REGION DE TROCANTER SIN CAMBIOS EN CONGRUENCIA ARTICULAR DE LA CADERA DERECHA. TAC DE ABDOMEN Y PELVIS DEL 15 DE ENERO 2021 CAMBIOS COMPATIBLES CON OSTEOMIELITIS EN ZONA TROCANTERICA DERECHA RESONANCIA DE PELVIS DE JULIO 25 DE 2021 HALLAZGOS COMPATIBLES CON ARTRITIS SÉPTICA COXOFEMORAL DERECHA, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS EN EL CUELLO FEMORAL Y EN EL ACETÁBULO. SE ASOCIA RESORCIÓN DE LA CABEZA FEMORAL Y PARCIALMENTE DEL ACETÁBULO, QUE CONDICIONA LUXACIÓN ARTICULAR. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA DERECHA, QUE SE CONTINÚA CON LA ARTICULACIÓN COXOFEMORAL A TRAVÉS DE TRAYECTO FISTULOSO. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA IZQUIERDA, QUE CONTACTA CON LA REGIÓN PERI TROCANTÉRICA, SIN COMPROMISO INTRAARTICULAR COXOFEMORAL. ANALISIS Y PLAN: PACIENTE CON ENFERMEDAD REUMÁTICA DE DIFÍCIL TRATAMIENTO, CON COMPROMISO MULTISISTÉMICO QUIEN HA SIDO TRATADA POR CIRUGIA PLASTICA POR ESCARAS EN REGION SACRA Y TROCANTERICA BILATERAL. EN EL MOMENTO CON OSTEOMIELITIS EROSIVA DEL FEMUR PROXIMAL QUE DESAFORTUNADAMENTE HA RESULTADO EN DESTRUCCIÓN DE LA CADERA DERECHA, AL EVALUAR ESTUDIOS DE IMAGEN REALIZADOS DESDE DICIEMBRE DE 2020, SE ENCUENTRA CLARA PROGRESIÓN DE LA INFECCIÓN AL PUNTO DE LA EROSION COMPLETA DE LA CABEZA FEMORAL Y COMPROMISO DEL FEMUR PROXIMAL. EN EL MOMENTO NO SE ENCUENTRA SEPTICA, SIN EMBARGO SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN LOCAL EN CADERA DERECHA INDICA MANEJO QUIRÚRGICO CON LAVADO, DESBRIDAMIENTO, CURETAJE Y SECUESTRECTOMIA DE FEMUR PROXIMAL, APLICACIÓN DE CEMENTO OSEO CON ANTIBIOTICO PARA CONTROL LOCAL. POR LO ANTERIOR SE COMENTA PACIENTE CON DR. DIAZGRANADOS, ESPECIALISTA EN RECONSTRUCCIÓN E INFECCIONES OSEAS. SE SOLICITA TURNO QUIRÚRGICO PARA PROCEDIMIENTO. SE EXPLICA A LA PACIENTE Y A SU FAMILIAR. SE REALIZARA PROCEDIMIENTO PROGRAMADO MAÑANA, 27 DE JULIO. CON RESPECTO A ÚLCERA TROCANTERICA IZQUIERDA, SE CONSIDERA QUE LA PACIENTE DEBE CONTINUAR MANEJO POR EQUIPO TRATANTE DE CIRUGIA PLASTICA. JUAN SEBASTIAN RENDON ESP. ORTOPEDI Y TRAUMATOLOGIA

-
-
-

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.07.2021

Hora Registro: 12:26:12

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). Hospitalización FVL 24.9.2020 – 15.02.2021: 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral

con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. Estancia prolongada para manejo de escaras, -Sultamicilina FI 11/01/21 (día 42/42) COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA-terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina, sulfamicilina 42 días), lavados por cirugía y sistema VAC. Ahora consulta por cc de 1 mes de evolucion consiste en dolor en cadera derecha intenso irradiado a miembro inferior derecho. Consultaron a fisiatría en IPS primaria, documentando estudio radiológico del 16/06/221 Signos de osteopena, osetilisis y marcada destruccion de cabeza femoral derecha. Adicionalmente lleva 3 dias sin deposiciones, distension abdominal marcada y dolor abdominal, no emesis, flatos prsentes. refiere palpitations, no disnea, manifiesta pico febril en casa. Niegan síntomas urinarios irritativos, niega sangrado, melenas, rectorragia. Refiere secrecion serosa y amarillosa por escara trocanterica derecha. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: POR REUMATOLOGIA -Inmunoglobulina G humana vial 5gr/50ml. 45 gr EV en clínica de infusión el 17.02.21 FORMATO MIPRES 20210212130026056756 Ultima dosis 01.05.2021 Premedicar con acetaminofen 1 gr VO, Loratadina 10 mg VO. -Prednisolona tab 5mg. 3 al dia -Azatioprina tab. 50 mg, 1 después de almuerzo -Calcio con vitD tab 600mg/200UI. 1 al dia -Esomeprazol tab. 20 mg, 1 en ayuno" POR PSIQUIATRIA Clozapina tab. 100 mg, 1/2 noche Sertralina tab. 50 mg, 1 diaria

Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19 EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES: 25.07.2021 T FC FR TAS TAD TAM SAT 08:00:00 36,50 130,00 20,00 114,00 80,00 91,33 98,00 04:00:00 35,70 107,00 19,00 122,00 83,00 96,00 97,00 00:01:00 35,50 117,00 19,00 105,00 61,00 75,67 91,00 OJOS: pupilas isocóricas normorreactivas, escleras y conjuntivas normales. No hay evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: sin úlceras, no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios conservados sin sobreagregados como estertores, sibilancias o roncus. ABDOMEN: no doloroso, sin megalias, sin signos de irritación peritoneal EXTREMIDADES: ATROFIA MUSCULAR CON MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE MIEMBROS INFERIORES. no presenta signos inflamatorios articulares. Tinell: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES, DERECHA CON SECRECION AMARILLENTA, ESCASO SANGRADO X ESCARA IZQUIERDA. NEUROLÓGICO: Sin déficit aparente, no focalización aguda. 25.07.2021 LEUCOS 5360 NEUTROS 3680 LINFOS 1160 MONOS 500 EOS 10 HGB 9.8 HCTO 31.9 VCM 70 PLT 367.000 PCR 17.36* HISOPADO RECTAL: Tamización Negativa para: Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias y Acinetobacter baumannii resistente a los carbapenémicos; y Pseudomonas aeruginosa productor de carbapenemasas. 24.07.2021 CULTIVO: SECRECION TROCANTERICA DERECHA Se obtuvo crecimiento abundante de Proteus mirabilis y Staphylococcus aureus en los medios sólidos, a las 24 horas de incubación. HEMOCULTIVOS: Negativos hasta la fecha. VANCOMICINA NIVEL VALLE 6.55 23.07.2021: UROCULTIVO: POSITIVO: Recuento mayor de 100.000 UFC/mL de Pseudomonas aeruginosa y Enterococcus faecalis. Acido láctico:1,28mm/L DNA n, Anticuerpos 17.2 22.07.2021: -LEUCOS 8110 NEUTROS 5970 LINFOS 1250 MONOS 880 EOS 10 HB 10.8, HTO 36, VCM 70.5 PLAQUETAS 360.000 VSG 120 ** CR 0.44, BUN 7.4 ALT 42, AST 34 FA 157 ALBUMINA 3.89 SODIO 140 POTASIO 4.33 CALCIO 9.50 ACIDO LACTICO 2.31 ** PCR 15.99 ** C3 COMPLEMENTO 178 EN RANGO NORMAL C4 COMPLEMENTO 34 EN RANGO NORMAL GASES ARTERIALES PH 7.48, PCO2 33, PO2 87, CHO3 24, PAFI 414 GLUCOSA 157 POTASIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 3.6, SODIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 137.0, CLORO (CLORURO) EN SANGRE TOTAL 07.0, GLUCOSA EN SANGRE TOTAL ARTERIAL * 157. COLORACION DE GRAM SECRECION TROCANTERICA IZQUIERDA: Se observan abundantes cocos Gram positivos en racimos en la preparación. SECRECION TROCANTERICA DERECHA: Se observan escasos bacilos Gram negativos en la preparación. Se observan escasos bacilos Gram positivos en la preparación. Se observan escasos cocos Gram positivos en racimos en la preparación. IMÁGENES 22.07.2021 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX Elevación del hemidiafragma derecho. No hay consolidaciones ni cámaras de neumotorax.

No hay niveles hidroaéreos. Silueta cardiaca y estructuras óseas sin alteración. RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE Dilatación de asas intestinales delgadas, colon y cámara gástrica configurándose un ileus. No hay aire libre en la cavidad peritoneal. Las sombras viscerales son difíciles de evaluar. Osteopenia. Luxación completa de la cadera derecha RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA Osteopenia. Notable alteración en la arquitectura, apariencia y densidad de la cadera derecha. La cadera izquierda es normal. Anillo pélvico preservado RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL AP LATERAL Severa alteración en la apariencia de la articulación coxofemoral derecha con pérdida prácticamente completa del acetábulo, luxación de la cadera y notable irregularidad de la cabeza femoral. Osteopenia generalizada. La cadera izquierda no muestra alteración RMN Pelvis 25.07.21: HALLAZGOS COMPATIBLES CON ARTRITIS SÉPTICA COXOFEMORAL DERECHA, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS EN EL CUELLO FEMORAL Y EN EL ACETÁBULO. SE ASOCIA RESORCIÓN DE LA CABEZA FEMORAL Y PARCIALMENTE DEL ACETÁBULO, QUE CONDICIONA LUXACIÓN ARTICULAR. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA DERECHA, QUE SE CONTINÚA CON LA ARTICULACIÓN COXOFEMORAL A TRAVÉS DE TRAYECTO FISTULOSO. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA IZQUIERDA, QUE CONTACTA CON LA REGIÓN PERITROCANTÉRICA, SIN COMPROMISO INTRAARTICULAR COXOFEMORAL.

Paciente con Lupus eritematoso sistémico SEVERO, diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/k sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/k/día por 2 días (Última aplicación 01.05.2021). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina, sulfamicilina 42 días), lavados por cirugía y sistema VAC. Problemas: -LES SEVERO, SIN GARANTIZAR APLICACIONES DE INMUNOGLOBULINA ahora cursando con posible artritis séptica y/o osteomielitis de cadera derecha, escaras en trocater bilateral con evidencia de sobreinfección por crecimiento abundante de *Proteus mirabilis* y *Staphylococcus aureus* en los medios sólidos, cubrimiento antimicrobiano con piperacilina tazobactam + vancomicina FI: 22.07.2021, se solicita valoración por infectología. Se tomo RMN Pelvis con HALLAZGOS COMPATIBLES CON ARTRITIS SÉPTICA COXOFEMORAL DERECHA, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS EN EL CUELLO FEMORAL Y EN EL ACETÁBULO. SE ASOCIA RESORCIÓN DE LA CABEZA FEMORAL Y PARCIALMENTE DEL ACETÁBULO, QUE CONDICIONA LUXACIÓN ARTICULAR. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA DERECHA, QUE SE CONTINÚA CON LA ARTICULACIÓN COXOFEMORAL A TRAVÉS DE TRAYECTO FISTULOSO. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA IZQUIERDA, QUE CONTACTA CON LA REGIÓN PERITROCANTÉRICA, SIN COMPROMISO INTRAARTICULAR COXOFEMORAL. Se debe de valorar por ortopedia y terapia antimicrobiana dirigida por infectología. Dado lo anterior se disminuyó dosis de esteroide y suspender por el momento azatioprina Tíneo IgG 14.2 e IgM 0.62 Una vez se controle mejor proceso infeccioso se definirá reinicio de inmunosupresión.

-Se solicita valoración por infectología y ortopedia.

Informe Preanestesia

Fecha Registro: 26.07.2021

Hora Registro: 15:42:31

Enfermedad actual :

DIAGNOSTICOS: *DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Artritis Séptica a descartar -Osteomielitis a descartar -Necrosis Avascular de la cabeza femoral derecha a descartar *LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO ACTUAL: Se trata de una paciente en la tercera década de la vida , con diagnóstico de LES, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC , usuaria crónica de esteroides, hospitalizada con relación a un mes de evolución de dolor progresivo en cadera derecha , ahora con severa limitación funcional, sintomatología acompañada de fiebre. Tiene un hemograma de ingreso con neutrofilia y reactantes de fase aguda elevados, sin consumo de complemento, gases arteriales sin alteración del estado ácido base, con hiperlactatemia, explicable por deshidratación a su ingreso, una vez se optimizó aporte hídrico ha logrado depurar niveles de lactato. Tiene escaras trocatericas bilaterales, con secreción activa, donde vienen creciendo gram positivos y gram negativos , aún sin tipificación de germen, los hemocultivos van negativos. Sera llevada a cirugía de control de infección de cadera derecha por parte de ortopedia. MANEJO ACTUAL: CLOZAPINA 25MG TAB 25 MG C/24H ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H HIOSCINA 20MG/1ML (SIMPLE) 20 MG C/12H LACTULOSA 66.7G/100ML SOLUCION ORAL FCO 240 ML 15 ML C/8H MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML 5 MG C/4H MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML 3 MG C/2H OMEPRAZOL 40 MG VI 40 MG C/12H

PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4.5G - VIAL 4500 MG C/6H PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H SERTRALINA
TABLETAS 50 MG 50 MG C/24H VANCOMICINA 500MG VIAL 1000 MG C/12H

Preparación general - observaciones :

Paciente en la tercera década de la vida, con antecedente de LES con compromiso multisistémico, hospitalizada en el contexto de una artritis séptica de cadera derecha, con indicación de lavado, debridamiento y secuestrectomía. Paciente en el momento, en regulares condiciones generales, sin O2 suplementario, sin soporte vasopresor, con respuesta inflamatoria sistémica. Paraclínicos con anemia sin criterio transfusional, resto que no contraindican el procedimiento. Indicaciones: - Suspender vía enteral según protocolo. - Monitoría ASA básica. - Cuidados POP en UCI. - Suspender enoxaparina 12 horas antes del procedimiento. - Reserva de hemocomponentes así: 2 UGRs. - Considerar suplencia de esteroides dado consumo crónico de esteroides. Se diligenciará el consentimiento informado el día del procedimiento. Darío Castaño R. Icesi.

Preparación general - ayuno recomendado :

Según protocolo

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.07.2021

Hora Registro: 16:14:38

Responsable: MORALES BRAVO, JENNY ANGELICA

Especialidad: PSICOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta Psicología

PSICOLOGIA CLINICA Se responde interconsulta por grupo médico tratante SE REALIZA INTERVENCIÓN CON EQUIPO DE BIOSEGURIDAD (TAPABOCAS N95, CARETA, GORRO) Y PREVIO LAVADO DE MANOS. MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE CON ANIMO TRISTE, AFRONTAMIENTO ENFERMEDAD, PROXIMA A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 años RESIDE CON: Madre DESCRIBE SU RELACION Y COMUNICACIÓN FAMILIAR COMO: Buenas relaciones y comunicación cercana SUEÑO: CONSERVADO TOXICOS: TABAQUISMO: Niega ALCOHOLISMO: Niega SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: (-) ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL PERSONAL - Sin antecedentes FAMILIAR: - Sin antecedente

EXAMEN MENTAL: Paciente que se encuentra en cama en compañía de familiar, se observa en aparentes estables condiciones generales, con presentación física acorde al contexto de hospitalización, se moviliza con apoyo del familiar. - Sensorio: Alerta, orientada en las tres esferas mentales, abstracción y memorias sin alteraciones, euprosexica. - Contacto visual: espontáneo - Actitud: de interés, colaborador - Pensamiento: coherente, lógico. Niega ideas de muerte ni de suicidio, no se encuentran ideas delirantes. - Estado de ánimo y afecto: triste modulado - Sensorio: Sin alteraciones al momento de la entrevista. - Juicio y raciocinio: Conservado - Introspección: Aceptable - Prospección: En construcción.

- Paciente quien se encuentra hospitalizado Paciente con Lupus eritematoso sistémico SEVERO, diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Paciente y familiar con preocupación ante procedimiento quirúrgico programado para el día de mañana, miedos y temores con relación a proceso de rehabilitación prolongado. Se brinda espacio de escucha, validación y soporte emocional. Se generan herramientas de afrontamiento Se deja emocionalmente estables Continuar acompañamiento por psicología.

Continuar acompañamiento por psicología.

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.07.2021

Hora Registro: 17:48:53

Responsable: BADILLO MORALES, ANGELICA GISELLE

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNOSTICOS: DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Úlceras trocántericas infectadas: Cultivo de secreción trocánterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -Osteomielitis de cuello femoral y acetábulo (RNM 25.07.2021) LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. Antimicrobianos Vancomicina 22.07- ACTIVO Piperacilina tazobactam 22.07- ACTIVO Paciente que manifiesta sentirse bien, con dolor modulado, tolerando cambios de posición. Encuentro paciente en aparentes estables condiciones generales, sin embargo con taquicardia persistente, hoy en la tarde con febrícula de 37.7, atrofia muscular con movimientos involuntarios ocasionales de miembro inferior izquierdo, escaras trocántericas cubiertas. Tiene hemocultivos del 22 de Julio negativos a la fecha, con cultivo de secreción de trocánter izquierdo con S. Aureus resistente a Eritromicina y Proteus Mirabilis de patrón usual, por lo anterior se indica suspender Vancomicina y continuar manejo con Piperacilina/Tazobactam. Adicionalmente tiene niveles de Inmunoglobulina G y M en rangos de normalidad. Tiene hallazgos en RNM de pelvis de Osteomielitis en el cuello femoral y acetábulo, valorada por Ortopedia quienes indican llevar a lavado más debridamiento, curetaje y secuestrectomía de fémur proximal, pendiente

realización de procedimiento y con reporte de cultivos direccionar terapia antimicrobiana. Continuamos atentos a evolucion. Solicito CH y PCR para el día de mañana.

*

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.07.2021

Hora Registro: 18:42:07

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNOSTICOS: DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Úlceras trocántericas infectadas: Cultivo de secreción trocánterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -Osteomielitis de cuello femoral y acetábulo (RNM 25.07.2021) LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. Antimicrobianos Vancomicina 22.07- ACTIVO Piperacilina tazobactam 22.07- ACTIVO Paciente que manifiesta sentirse bien, con dolor modulado, tolerando cambios de posición. Encuentro paciente en aparentes estables condiciones generales, sin embargo con taquicardia persistente, hoy en la tarde con febrícula de 37.7, atrofia muscular con movimientos involuntarios ocasionales de miembro inferior izquierdo, escaras trocántericas cubiertas. Tiene hemocultivos del 22 de Julio negativos a la fecha, con cultivo de secreción de trocánter izquierdo con S. Aureus resistente a Eritromicina y Proteus Mirabilis de patrón usual, por lo anterior se indica suspender Vancomicina y continuar manejo con Piperacilina/Tazobactam. Adicionalmente tiene niveles de Inmunoglobulina G y M en rangos de normalidad. Tiene hallazgos en RNM de pelvis de Osteomielitis en el cuello femoral y acetábulo, valorada por Ortopedia quienes indican llevar a lavado mas debridamiento, curetaje y secuestrectomía de fémur proximal, pendiente realización de procedimiento y con reporte de cultivos direccionar terapia antimicrobiana. Continuamos atentos a evolucion. Solicito CH y PCR para el día de mañana.

Está paciente en particular puede beneficiarse de un régimen oral pronto con la combinación de Moxifloxacina y Rifampicina la cual puede ser útil para los gérmenes aislados el Estafilococo aureus y el Proteus mirabilis

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.07.2021

Hora Registro: 10:11:39

Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 MC: ARTRITIS SEPTICA DE CADERA DERECHA DIAGNOSTICOS: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO COMPROMISO INMUNOLÓGICO, HEMATOLÓGICO, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. ARTRITIS SEPTICA OSTEOMIELITIS CADERA DERECHA AL EXAMEN FISICO: PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, DEPENDIENTE DE SU MADRE PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR DEBILIDAD ASOCIADA A SU COMPROMISO DE SNC. CADERAS EN ROTACION EXTERNA Y FLEXION. ULCERAS EN REGION TROCANTERICA CON SECRECION PURULENTE ACTIVA DE APROX 2X2CM. RESONANCIA DE PELVIS DE DICIEMBRE 30 2020 EVIDENCIA DERRAME ARTICULAR Y CAMBIOS COMPATIBLES CON OSTEOMIELITIS EN REGION DE TROCANTER SIN CAMBIOS EN CONGRUENCIA ARTICULAR DE LA CADERA DERECHA. TAC DE ABDOMEN Y PELVIS DEL 15 DE ENERO 2021 CAMBIOS COMPATIBLES CON OSTEOMIELITIS EN ZONA TROCANTERICA DERECHA RESONANCIA DE PELVIS DE JULIO 25 DE 2021 HALLAZGOS COMPATIBLES CON ARTRITIS SEPTICA COXOFEMORAL DERECHA, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS EN EL CUELLO FEMORAL Y EN EL ACETÁBULO. SE ASOCIA RESORCIÓN DE LA CABEZA FEMORAL Y PARCIALMENTE DEL ACETÁBULO, QUE CONDICIONA LUXACIÓN ARTICULAR. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA DERECHA, QUE SE CONTINÚA CON LA ARTICULACIÓN COXOFEMORAL A TRAVÉS DE TRAYECTO FISTULOSO. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA IZQUIERDA, QUE CONTACTA CON LA REGIÓN PERI TROCANTÉRICA, SIN COMPROMISO INTRAARTICULAR COXOFEMORAL. ANALISIS Y PLAN: PACIENTE CON ENFERMEDAD REUMATICA DE DIFÍCIL TRATAMIENTO, CON COMPROMISO MULTISISTEMICO QUIEN HA SIDO TRATADA POR CIRUGIA PLASTICA POR ESCARAS EN REGION SACRA Y TROCANTERICA BILATERAL. EN EL MOMENTO CON OSTEOMIELITIS EROSIVA DEL FEMUR PROXIMAL QUE DESAFORTUNADAMENTE HA RESULTADO EN DESTRUCCION DE LA CADERA DERECHA, AL EVALUAR ESTUDIOS DE IMAGEN REALIZADOS DESDE DICIEMBRE DE 2020, SE ENCUENTRA CLARA PROGRESION DE LA INFECCION AL PUNTO DE LA EROSION COMPLETA DE LA CABEZA FEMORAL Y COMPROMISO DEL FEMUR PROXIMAL. EL DÍA DE HOY SE LLEVARÁ A LAVADO, DESBRIDAMIENTO, CURETAJE Y SECUESTRECTOMIA DE FEMUR PROXIMAL, APLICACIÓN DE CEMENTO OSEO CON

ATIBIOTICO PARA CONTROL LOCAL. SE LE EXPLICA A LA PACIENTE Y A LA MADRE

-
-
-

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.07.2021

Hora Registro: 10:17:23

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores e incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). Hospitalización FVL 24.9.2020 – 15.02.2021: 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. Estancia prolongada para manejo de escaras, -Sultamicilina FI 11/01/21 (día 42/42) COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA-terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina, sulfamicilina 42 días), lavados por cirugía y sistema VAC. Ahora consulta por cc de 1 mes de evolucion consistene en dolor en cadera derecha intenso irradiado a miembro inferior derecho. Consultaron a fisioterapia en IPS primaria, documentando estudio radiologico del 16/06/221 Signos de osteopena, oseotilisis y marcada destruccion de cabeza femoral derecha. Adicionalmente lleva 3 dias sin deposiciones, distension abdominal marcada y dolor abdominal, no emesis, flatos psentes. refiere palpitaciones, no disnea, manifiesta pico febril en casa. Niegan sintomas urinarios irritativos, niega sangrado, melenas, rectorragia. Refiere secrecion serosa y amarillosa por escara trocanterica derecha. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: POR REUMATOLOGIA -Inmunoglobulina G humana vial 5gr/50ml. 45 gr EV en clínica de infusión el 17.02.21 FORMATO MIPRES 20210212130026056756 Ultima dosis 01.05.2021 Premedicar con acetaminofen 1 gr VO, Loratadina 10 mg VO. -Prednisolona tab 5mg. 3 al día -Azatioprina tab. 50 mg, 1 después de almuerzo -Calcio con vitD tab 600mg/200UI. 1 al día -Esomeprazol tab. 20 mg, 1 en ayuno" POR PSIQUIATRIA Clozapina tab. 100 mg, 1/2 noche Sertralina tab. 50 mg, 1 diaria

Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES: 27.07.2021 T FC FR TAS TAD TAM SAT 07:49:27 36,00 90,00 19,00 121,00 72,00 88,33 97,00 04:00:54 35,40 79,00 20,00 110,00 77,00 88,00 98,00 00:00:31 35,60 55,00 18,00 119,00 59,00 79,00 99,00

OJOS: pupilas isocóricas normorreactivas, escleras y conjuntivas normales. No hay evidencia de ojo seco. **ORL:** normal. Boca: sin úlceras, no evidencia de xerostomía. **CUELLO:** no se encuentran adenomegalias, tiroides normal.

CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios conservados sin sobreagregados como estertores, sibilancias o roncus. **ABDOMEN:** no doloroso, sin megalias, sin signos de irritación peritoneal

EXTREMIDADES: ATROFIA MUSCULAR CON MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE MIEMBROS INFERIORES. no presenta signos inflamatorios articulares. **Tinel:** negativo, **Phalen:** negativo. **Puntos de FM:** 0/18. **PIEL:** ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES, DERECHA CON SECRECIÓN AMARILLENTA, ESCASO SANGRADO X ESCARA IZQUIERDA. **NEUROLÓGICO:** Sin déficit aparente, no focalización aguda. **LABORATORIOS:** 27.07.2021 LEUCOS 4120 NEUTROS 2870 LINFOS 910* MONOS 310 EOS 30 HGB 9.6 HCTO 32.5 VCM 70 PLT 365. 26.07.2021 IgG INMUNOGLOBULINA G 14.92 IgM INMUNOGLOBULINA M 0.62 25.07.2021 LEUCOS 5360 NEUTROS 3680 LINFOS 1160 MONOS 500 EOS 10 HGB 9.8 HCTO 31.9 VCM 70 PLT 367.000 PCR 17.36*

HISOPADO RECTAL: Tamización Negativa para: Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias y Acinetobacter baumannii resistente a los carbapenémicos; y Pseudomonas aeruginosa productor de carbapenemasas. 24.07.2021 **CULTIVO:** SECRECIÓN TROCANTERICA DERECHA Se obtuvo crecimiento abundante de Proteus mirabilis y Staphylococcus aureus en los medios sólidos, a las 24 horas de incubación. **HEMOCULTIVOS:** Negativos hasta la fecha. **VANCOMICINA NIVEL VALLE** 6.55 23.07.2021: **UROCULTIVO:** POSITIVO: Recuento mayor de 100.000 UFC/mL de Pseudomonas aeruginosa y Enterococcus faecalis. **Acido láctico:** 1,28mm/L **DNA n,** Anticuerpos 17.2 22.07.2021: -LEUCOS 8110 NEUTROS 5970 LINFOS 1250 MONOS 880 EOS 10 HB 10.8, HTO 36, VCM 70.5 PLAQUETAS 360.000 VSG 120 ** CR 0.44, BUN 7.4 ALT 42, AST 34 FA 157 ALBUMINA 3.89 SODIO 140 POTASIO 4.33 CALCIO 9.50 ACIDO LACTICO 2.31 ** PCR 15.99 ** C3 COMPLEMENTO 178 EN RANGO NORMAL C4 COMPLEMENTO 34 EN RANGO NORMAL GASES ARTERIALES PH 7.48, PCO2 33, PO2 87, CHO3 24, PAFI 414 GLUCOSA 157 POTASIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 3.6, SODIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 137.0, CLORO (CLORURO) EN SANGRE TOTAL 07.0, GLUCOSA EN SANGRE TOTAL ARTERIAL * 157. **COLORACIÓN DE GRAM SECRECIÓN TROCANTERICA IZQUIERDA:** Se observan abundantes cocos Gram positivos en racimos en la preparación. **SECRECIÓN TROCANTERICA DERECHA:** Se observan escasos bacilos Gram negativos en la preparación. Se observan escasos bacilos Gram positivos en la preparación. Se observan escasos cocos Gram positivos en racimos en la preparación. **IMÁGENES** 22.07.2021 **RADIOGRAFÍA DE TÓRAX** Elevación del hemidiafragma derecho. No hay consolidaciones ni cámaras de neumotorax. No hay niveles hidroaéreos. Silueta cardíaca y estructuras óseas sin alteración. **RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE** Dilatación de asas intestinales delgadas, colon y cámara gástrica configurándose un íleus. No hay aire libre en la cavidad peritoneal. Las sombras viscerales son difíciles de evaluar. **Osteopenia.** Luxación completa de la cadera derecha **RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA** Osteopenia. Notable alteración en la arquitectura, apariencia y densidad de la cadera derecha. La cadera izquierda es normal. Anillo pélvico preservado **RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL AP LATERAL** Severa alteración en la apariencia de la articulación coxofemoral derecha con pérdida prácticamente completa del acetábulo, luxación de la cadera y notable irregularidad de la cabeza femoral. Osteopenia generalizada. La cadera izquierda no muestra alteración **RMN Pelvis** 25.07.21: **HALLAZGOS COMPATIBLES CON ARTRITIS SÉPTICA COXOFEMORAL DERECHA, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS EN EL CUELLO FEMORAL Y EN EL ACETÁBULO.** SE ASOCIA RESORCIÓN DE LA CABEZA FEMORAL Y PARCIALMENTE DEL ACETÁBULO, QUE CONDICIONA LUXACIÓN ARTICULAR. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA DERECHA, QUE SE CONTINÚA CON LA ARTICULACIÓN COXOFEMORAL A TRAVÉS DE TRAYECTO FISTULOSO. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA IZQUIERDA, QUE CONTACTA CON LA REGIÓN PERITROCANTÉRICA, SIN COMPROMISO INTRAARTICULAR COXOFEMORAL.

Paciente con Lupus eritematoso sistémico SEVERO, diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - **COMPROMISO NEUROLÓGICO:** RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESIÓN DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Última aplicación 01.05.2021). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. **MIPRES LISTA UNIRS.** -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGÍA PLÁSTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina, sulfamicilina 42 días), lavados por cirugía y sistema VAC. Problemas: -LES SEVERO, SIN GARANTIZAR APLICACIONES DE INMUNOGLOBULINA ahora cursando con posible artritis séptica y/o osteomielitis de cadera derecha, escaras en trocánter bilateral con evidencia de sobreinfección por crecimiento abundante de Proteus mirabilis y Staphylococcus aureus en los medios sólidos, cubrimiento antimicrobiano con piperacilina tazobactam + vancomicina FI: 22.07.2021. Se tomó RMN Pelvis con **HALLAZGOS COMPATIBLES CON ARTRITIS SÉPTICA COXOFEMORAL DERECHA, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS EN EL CUELLO FEMORAL Y EN EL**

ACETÁBULO. SE ASOCIA RESORCIÓN DE LA CABEZA FEMORAL Y PARCIALMENTE DEL ACETÁBULO, QUE CONDICIONA LUXACIÓN ARTICULAR. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA DERECHA, QUE SE CONTINÚA CON LA ARTICULACIÓN COXOFEMORAL A TRAVÉS DE TRAYECTO FISTULOSO. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA IZQUIERDA, QUE CONTACTA CON LA REGIÓN PERITROCANTÉRICA, SIN COMPROMISO INTRAARTICULAR COXOFEMORAL. INFECTOLOGÍA: consideran valoración por ortopedia y terapia antimicrobiana dirigida por infectología. Se suspendió manejo con vancomicina el día de ayer (26.07.2021). Está paciente en particular puede beneficiarse de un régimen oral pronto con la combinación de Moxifloxacina y Rifampicina la cual puede ser útil para los gérmenes aislados el *Stafilococo aureus* y el *Proteus mirabilis* ORTOPEDIA: consideran osteomielitis erosiva del fémur proximal que desafortunadamente ha resultado en destrucción de la cadera derecha, al evaluar estudios de imagen realizados desde diciembre de 2020, se encuentra clara progresión de la infección al punto de la erosión completa de la cabeza femoral y compromiso del fémur proximal. en el momento no se encuentra séptica, sin embargo severidad de la infección local en cadera derecha indica manejo quirúrgico con lavado, desbridamiento, curetaje y sequestrectomía de fémur proximal, aplicación de cemento óseo con antibiótico para control local, la cual se realizará el día de hoy (27.07.2021). REUMATOLOGÍA: se disminuyó dosis de esteroide y se indicó suspender por el momento azatioprina. Tiene IgG 14.2 e IgM 0.62. Una vez se controle mejor proceso infeccioso se definirá reinicio de inmunosupresión. Se explica.

-Enterados de concepto de infectología y ortopedia -Será llevada a procedimiento qx el día de hoy por ortopedia***

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 27.07.2021

Hora Registro: 14:07:20

Responsable: PARRA, ANGIE LORENA

INDICACIONES A ENFERMERIA:

NUTRICION 1. DIETA BLANDA. REFRIGERIOS MAÑANA Y TARDE CON FRUTA + GELATINA. REFRIGERIO NOCHE: YOGURT O AVENA+HARINA. NO FRUTAS ASTRINGENTES. VIGILAR INGESTA ALIMENTARIA**

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.07.2021

Hora Registro: 15:16:45

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGÍA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ - EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetábulo (RNM 25.07.2021) -fistulas trocatericas infectadas: Cultivo de secreción trocaterica izquierda: P. *Mirabilis* S Ceftriaxona y S. *Aureus* R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. Antimicrobianos Vancomicina 22.07-26.07 Piperacilina tazobactam 22.07-27.07 Refiere sentirse bien, con dolor modulado, tolerando cambios de posición. No ha tenido fiebre. Luce tranquila, sin dificultad respiratoria, sin registro de fiebre. Posición de las piernas en retracción con espasticidad. Atrofia muscular con movimientos involuntarios ocasionales de miembro inferior izquierdo. Tiene úlceras trocatericas bilaterales sugestivas de osteomielitis crónica fistulizadas. Tiene hemocultivos del 22 de Julio negativos. Cultivo de secreción de trocater izquierdo con S. *Aureus* resistente a Eritromicina y *Proteus Mirabilis* de patrón usual. De hoy tiene 4120 leucocitos, 2870 neutrofilos, hemoglobina 9,6, plaquetas 365.000, PCR 4,2, IgG total 14, IgM total 0,62 (normales) La RMN de pelvis reporta osteomielitis en el cuello femoral y acetábulo. Dada la condición de una osteomielitis crónica fistulizada de ambos trocateres, se considera prudente suspender antibióticos en el momento. Debe ser llevada por Ortopedia a lavado mas desbridamiento, curetaje y sequestrectomía de fémur proximal con toma de cultivos del hueso. Una vez se tomen las muestras del hueso para análisis debe iniciar la combinación de ceftriaxona y Vancomicina

En el tratamiento de las infecciones en los huesos es supremamente importante el identificar claramente el germen que las está causando. El tratamiento empírico, es decir utilizar un antibiótico sin saber exactamente el germen que está causando la infección, hace que el tratamiento sea inapropiado en un número muy grande de casos, por lo tanto es fundamental tomar previamente los cultivos del caso (y de sitios significativos) para tener claridad sobre el germen. Sin embargo en algunos casos como osteomielitis cercana a los orificios naturales como la boca, senos paranasales y la pelvis y con frecuencia en el pie, estas infecciones usualmente causadas por varios gérmenes al mismo tiempo por lo tanto en muchos casos es difícil saber exactamente cuál es el germen causal. Los cultivos tomados a través de la herida, a través de fistulas u orificios que secretan pus no son adecuados en su inmensa mayoría (en un % muy alto son diferentes de los que realmente están en el hueso causando el daño), deben tomarse cultivos de la sangre o del hueso y antes de iniciar un antibiótico. En las osteomielitis agudas con frecuencia los cultivos de sangre son positivos, sin embargo en las osteomielitis crónicas rara vez lo son y el método de elección para conocer el germen causal es una muestra del hueso tomada en cirugía. Esta muestra debe ser procesada adecuadamente, ya que es una muestra difícil de repetir si el proceso es inadecuado. De estos cultivos los más importantes son los primeros y se debe tener mucho

cuidado en la interpretación de cultivos tomados después de varios procedimientos o cuando previamente ha recibido antibióticos. Es supremamente importante que antes de tomar las muestras el paciente no reciba un régimen antibiótico, ni siquiera antibióticos profilácticos antes del procedimiento ya que esto disminuye la posibilidad de hacer un diagnóstico y puede traer consecuencias muy graves para el paciente. Los antibióticos pueden iniciarse en cirugía pero luego de la toma de las diferentes muestras, en ningún momento antes. Luego de tomar las muestras (las cuales deben ser suficientes tanto para análisis por patología como por microbiología, desde el punto de vista microbiología deben obtenerse muestras para la tinción de Gram, BK (Tinción para micobacterias), KOH (preparación con hidróxido de potasio para hongos) cultivos para bacterias, hongos y micobacterias y si es posible un PCR para *Estafilococo aureus*) el paciente debe iniciar un tratamiento antibiótico amplio, el cual luego de conocerse el germen que está causando la infección debe ser variado a un tratamiento más puntual, el cual podrá ser oral o venoso dependiendo del germen hallado en la zona y de los diferentes antibióticos en cuanto a su diferente penetración a los huesos. Este punto es muy importante ya que aunque las pruebas de susceptibilidad puedan demostrar que un germen es sensible a un antibiótico, si la penetración del antibiótico no es adecuada al hueso este no será útil. También se requiere la realización de exámenes periódicos para evaluar la seguridad y efectividad del tratamiento. La duración del tratamiento es muy variable y depende de la presencia o ausencia de material de osteosíntesis en la zona, es decir, placas, tornillos, prótesis y otras. Cuando existe este material de osteosíntesis normalmente el tratamiento antibiótico se extiende por varios meses para permitir que el hueso pueda pegar y los tornillos y clavos puedan ser eventualmente retirados. Debe saber que no es posible curar de manera absoluta y permanente una osteomielitis crónica, es posible en algunos casos tratar de tener un proceso latente con el objeto de preservar la extremidad y la función del hueso en la zona. Sin embargo en este contexto entonces existen posibilidades de reactivación de la enfermedad a corto y largo plazo. La reactivación se caracteriza normalmente por la aparición nuevamente de síntomas inflamatorios en el área como es calor, enrojecimiento, dolor en la zona, ocasionalmente fiebre y alteración de los exámenes de sangre, si este es el caso el paciente deberá ser reevaluado, ver si requiere algún procedimiento quirúrgico adicional o no y deberá recibir antibióticos por un periodo de tiempo para tratar de calmar nuevamente el proceso infeccioso, mas no es posible considerar la posibilidad de una curación. Algunas reactivaciones están relacionadas al trauma local o un procedimiento quirúrgico en la zona, por esta razón un paciente con una osteomielitis crónica que va a ser sometido a una cirugía en el área debe recibir antibióticos por un periodo de tiempo. No en todos los casos en que hay una reactivación sabemos exactamente la causa, muchos de ellos ocurren por factores aun desconocidos para nosotros. Se debe tener cuidado en la interpretación de gammagrafías óseas. Esta prueba es utilizada normalmente en el diagnóstico de osteomielitis en los niños y cuando esta no ha ocurrido por la presencia de un trauma previo. En los adultos raramente utilizamos este tipo de exámenes ya que son positivos en una gran variedad de circunstancias, incluso diferentes a una osteomielitis, luego de un trauma o una cirugía e incluso años después, por lo que no permiten tener claridad sobre si en un momento dado el paciente tiene una osteomielitis activa u otra condición. Con frecuencia también se presentan dificultades en tener claridad sobre si un paciente presenta una reactivación de una osteomielitis en las extremidades inferiores ya que con frecuencia por efecto del trauma y cirugías pueden existir alteraciones de la piel y de los linfáticos que pueden causar ulceraciones crónicas de los tejidos y otras alteraciones en la zona y de los diferentes exámenes de laboratorio y de imágenes que pueden simular una osteomielitis sin que este sea realmente el cuadro. Por otro lado es importante anotar que algunas osteomielitis son de muy difícil diagnóstico por cuanto pueden no alterar los exámenes que son usualmente utilizados en el diagnóstico de esta condición, esta situación puede ocurrir en relación con problemas dentales y en el maxilar, en cartílagos como la nariz y huesos pequeños de la mano y pies y ocasionalmente infecciones de prótesis de hombros y de codo. Las anomalías usuales que se observan el otro tipo de osteomielitis (en exámenes de sangre e imágenes) pueden no observarse teniendo una osteomielitis en estos sitios por lo tanto en estos casos la evaluación debe ser por una persona experta y conocedora en este tema ya que es muy fácil pensar que el paciente no tiene una infección allí debido a que sus exámenes son normales sin tener en cuenta que este tipo de osteomielitis e infecciones son una excepción a la regla usual.

Es importante tener en cuenta que existen varios factores que dificultan el tratamiento apropiado de una osteomielitis en nuestro medio, algunos de los más frecuentes que se observan son: 1- La falta de una identificación puntual del germen que está causando la infección. Con frecuencia los pacientes reciben antibióticos sin saber que germen están tratando, o reciben antibióticos basados en cultivos de las heridas o secreciones, los cuales se sabe que tienen una alta tasa de error. Sin embargo con frecuencia este tipo de aproximación es necesaria cuando una osteomielitis compromete huesos cercanos a los orificios naturales o el pie. 2- El paciente continúa fumando. Se sabe que existe una relación muy importante entre el hábito de fumar y la dificultad en tratar una infección en los huesos. Los pacientes que tienen una infección en los huesos no deben fumar. 3- El retardo en el tratamiento apropiado. El paciente tiene un accidente con una fractura importante que requiere un tratamiento quirúrgico, pero por diferentes problemas esto es realizado varios días después, este es un factor de riesgo importante para el desarrollo de infecciones en la zona. 4- Iniciación de un tratamiento antibiótico empírico sin identificar previamente el germen. El paciente tuvo un trauma, presenta una fractura, le han colocado allí material de osteosíntesis consistente en tornillos, placas u otros y luego inicia un cuadro de fiebre, dolor, enrojecimiento en la zona y se inicia un tratamiento antibiótico empírico sin tomar adecuadamente los cultivos y sin saber cuál es el germen que está causando la infección. En estos casos la probabilidad de fallar a corto y largo plazo es muy alta. 5- Es un cuadro de una osteomielitis crónica o tiene una fístula y el paciente recibe antibióticos sin ser llevado a cirugía en donde se limpien adecuadamente los huesos, se retiren los secuestros óseos, material de osteosíntesis y tejido desvitalizado de una manera completa. La mayor parte de las veces estos tratamientos no tienen mayor utilidad. 6- Es llevado a cirugía pero la limpieza ósea no es completa. Generalmente en estos casos puede haber una mejoría transitoria pero posteriormente una recaída de la infección. 7- Se escoge un antibiótico basado en las pruebas de susceptibilidad sin tener presente que tanto del antibiótico pudiera

llegar al hueso o como es su acción cuando hay un biofilm (es decir cuando hay un cuerpo extraño o el mismo hueso en el cual se forma una especie de película) muchos antibióticos tienen gran dificultad en actual allí. En estos términos se debe hacer lo posible por utilizar antibióticos o mezcla de antibióticos que contengan quinolonas y/o Rifampicina de lo contrario la probabilidad de fallar es mucho más alta a pesar de que en el laboratorio el antibiótico pueda aparecer como sensible o útil. 8 - El paciente empeora y el área de infección se torna más inflamada y se considera cambiar el régimen antibiótico por uno más potente o diferente sin llevar el paciente a cirugía y realizar un drenaje de abscesos y/o secuestros óseos... usualmente esta aproximación no tiene utilidad.

*

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 27.07.2021

Hora Registro: 15:17:20

Responsable: DIAZGRANADOS SUAREZ, FAUSTO ALONSO

Tipo de herida :

Contaminada

Descripción de la prestación :

FIJACION EXTERNA BASICA Y/O ERRADICACION

Hallazgos :

Paciente de 21 años con compromiso neurológico secundario a lupus eritematoso sistémico se observa progresión en resonancia de lesión del fémur proximal y de la cadera del lado derecho de tipo destructiva y con gran reacción sinovial se recibe paciente en condiciones generales de postración con atrofia muscular tanto de miembros inferiores como superiores actitud de cadera en flexión una fistula retractoril de cadera y colgajo previo en úlcera sacra integrado y sin signos de infección

Descripción procedimiento :

traslado a sala revisión de imágenes repaso de plan operatorios protocolo de ingreso verificación de material e instrumental descripción quirúrgica traslado y posicionamiento anestesia general decubito lateral soportes pélvicos asepsia con yodados campos operatorios diseño de colgajo en ojal para poder realizar fistulectomía profunda desde la piel ala cortical del trocánter mayor se realiza lavado inicial de la parte superficial y luego se realiza hemidiafisectomía del fémur proximal con sierra oscilante primero transversa y luego se introduce osteotomo de lambotte luego se realiza segunda osteotomía longitudinal se realiza tenotomía de musculatura glútea media a nivel proximal y luego tenotomía del psoas se realiza extracción del segmento se procede a realizar sinovectomía abierta de articulación de la cadera y se encuentran restos del cuello del fémur y ausencia de cabeza del fémur se procede a realizar curetaje de fémur, curetaje del acetábulo y por último sinovectomía del segmento medial se procede a realizar lavado con solución salina mas solución de peróxido mas prepodine hasta obtener líquido claro y lograr una hemostasia del lecho se toman muestras de cultivo en número de tres que se rotula como fémur 1-2-3 y de patología como fémur dado la profundidad del lecho pero sin obtener líquido purulento no se coloca cemento óseo pero si se le coloca terapia de vacío intermitente tala s y se sujeta con pegatinas alrededor luego se coloca válvula y se parametriza a presión de 100 mmhg luego se procede a realizar curación con apósitos de quemado algodón laminado vendaje elástico desde el pie hasta el muslo y se fija proximalmente con fixomull plan realizar un cierre diferido de acuerdo a los hallazgos y tipificar germen y con este decidir si se realiza cambio de pauta terapéutica esencialmente un caso críticamente enfermo sin pronóstico funcional por su condición de base

Complicaciones :

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.07.2021

Hora Registro: 07:57:46

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresión diagnóstica de púrpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematología quien remitió a reumatología, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomía exploratoria, posteriormente con íleo adinámico. Marzo-Abril 2020 pérdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en múltiples ocasiones, último ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocación de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraída, no habla,

no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurológico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). Hospitalización FVL 24.9.2020 – 15.02.2021: 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquímico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccigeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con S. hominis a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. Estancia prolongada para manejo de escaras, -Sultamicilina FI 11/01/21 (día 42/42) COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA-terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina, sulfamicilina 42 días), lavados por cirugía y sistema VAC. Ahora consulta por cc de 1 mes de evolucion consistene en dolor en cadera derecha intenso irradiado a miembro inferior derecho. Consultaron a fisiatría en IPS primaria, documentando estudio radiológico del 16/06/221 Signos de osteopena, oseotilisis y marcada destruccion de cabeza femoral derecha. Adicionalmente lleva 3 dias sin deposiciones, distension abdominal marcada y dolor abdominal, no emesis, flatos prsentes. refiere palpitaciones, no disnea, manifiesta pico febril en casa. Niegan síntomas urinarios irritativos, niega sangrado, melenas, rectorragia. Refiere secrecion serosa y amarillosa por escara trocanterica derecha. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xerofthalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistemica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: POR REUMATOLOGIA -Inmunoglobulina G humana vial 5gr/50ml. 45 gr EV en clínica de infusión el 17.02.21 FORMATO MIPRES 20210212130026056756 Ultima dosis 01.05.2021 Premedicar con acetaminofen 1 gr VO, Loratadina 10 mg VO. -Prednisolona tab 5mg. 3 al dia -Azatioprina tab. 50 mg, 1 después de almuerzo -Calcio con vitD tab 600mg/200UI. 1 al dia -Esomeprazol tab. 20 mg, 1 en ayuno" POR PSIQUIATRIA Clozapina tab. 100 mg, 1/2 noche Sertralina tab. 50 mg, 1 diaria

Durante el proceso de atención se realizo el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19 EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES: 28.07.2021 T FC FR TAS TAD TAM SAT 07:28:30 37,20 130,00 17,00 110,00 75,00 86,67 96,00 04:00:01 36,00 70,00 18,00 97,00 68,00 77,67 95,00 00:50:32 35,70 105,00 18,00 94,00 47,00 62,67 95,00 OJOS: pupilas isocóricas normorreactivas, escleras y conjuntivas normales. No hay evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: sin úlceras, no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios conservados sin sobreagregados como estertores, sibilancias o roncus. ABDOMEN: no doloroso, sin megalias, sin signos de irritación peritoneal EXTREMIDADES: ATROFIA MUSCULAR CON MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE MIEMBROS INFERIORES. no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES, DERECHA CON SECRECION AMARILLENTA, ESCASO SANGRADO X ESCARA IZQUIERDA. NEUROLÓGICO: Sin déficit aparente, no focalización aguda. LABORATORIOS: 28.07.2021 LEUCOS 5400 NEUTROS 4000 LINFOS 970* MONOS 370 EOS 60 HGB 8.4 HCTO 29 VCM 70.6 PLT 417 27.07.2021 LEUCOS 4120 NEUTROS 2870 LINFOS 910* MONOS 310 EOS 30 HGB 9.6 HCTO 32.5 VCM 70 PLT 365. 26.07.2021 IgG INMUNOGLOBULINA G 14.92 IgM INMUNOGLOBULINA M 0.62 25.07.2021 LEUCOS 5360 NEUTROS 3680 LINFOS 1160 MONOS 500 EOS 10 HGB 9.8 HCTO 31.9 VCM 70 PLT 367.000 PCR 17.36* HISOPADO RECTAL: Tamización Negativa para: Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias y Acinetobacter baumannii resistente a los carbapenémicos; y Pseudomonas aeruginosa productor de carbapenemasas. 24.07.2021 CULTIVO: SECRECION TROCANTERICA DERECHA Se obtuvo crecimiento abundante de Proteus mirabilis y Staphylococcus aureus en los medios sólidos, a las 24 horas de incubación. HEMOCULTIVOS: Negativos hasta la fecha. VANCOMICINA NIVEL VALLE 6.55 23.07.2021: UROCULTIVO: POSITIVO: Recuento mayor de 100.000 UFC/mL de Pseudomonas aeruginosa y Enterococcus faecalis. Acido láctico:1,28mm/L DNA n, Anticuerpos 17.2 22.07.2021: -LEUCOS 8110 NEUTROS 5970 LINFOS 1250 MONOS 880 EOS 10 HB 10.8, HTO 36, VCM 70.5 PLAQUETAS 360.000 VSG 120 ** CR 0.44, BUN 7.4 ALT 42, AST 34 FA 157 ALBUMINA 3.89 SODIO 140 POTASIO 4.33 CALCIO 9.50 ACIDO LACTICO 2.31 ** PCR 15.99 ** C3

COMPLEMENTO 178 EN RANGO NORMAL C4 COMPLEMENTO 34 EN RANGO NORMAL GASES ARTERIALES PH 7.48, PCO2 33, PO2 87, CHO3 24, PAFI 414 GLUCOSA 157 POTASIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 3.6, SODIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 137.0, CLORO (CLORURO) EN SANGRE TOTAL 07.0, GLUCOSA EN SANGRE TOTAL ARTERIAL * 157. COLORACION DE GRAM SECRECIÓN TROCANTERICA IZQUIERDA: Se observan abundantes cocos Gram positivos en racimos en la preparación. SECRECIÓN TROCANTERICA DERECHA: Se observan escasos bacilos Gram negativos en la preparación. Se observan escasos bacilos Gram positivos en la preparación. Se observan escasos cocos Gram positivos en racimos en la preparación. IMÁGENES 22.07.2021 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX Elevación del hemidiafragma derecho. No hay consolidaciones ni cámaras de neumotorax. No hay niveles hidroaéreos. Silueta cardiaca y estructuras óseas sin alteración. RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE Dilatación de asas intestinales delgadas, colon y cámara gástrica configurandose un ileus. No hay aire libre en la cavidad peritoneal. Las sombras viscerales son difíciles de evaluar. Osteopenia. Luxación completa de la cadera derecha RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA Osteopenia. Notable alteración en la arquitectura, apariencia y densidad de la cadera derecha. La cadera izquierda es normal. Anillo pélvico preservado RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL AP LATERAL Severa alteración en la apariencia de la articulación coxofemoral derecha con pérdida prácticamente completa del acetábulo, luxación de la cadera y notable irregularidad de la cabeza femoral. Osteopenia generalizada. La cadera izquierda no muestra alteracion RMN Pelvis 25.07.21: HALLAZGOS COMPATIBLES CON ARTRITIS SÉPTICA COXOFEMORAL DERECHA, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS EN EL CUELLO FEMORAL Y EN EL ACETÁBULO. SE ASOCIA RESORCIÓN DE LA CABEZA FEMORAL Y PARCIALMENTE DEL ACETÁBULO, QUE CONDICIONA LUXACIÓN ARTICULAR. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA DERECHA, QUE SE CONTINÚA CON LA ARTICULACIÓN COXOFEMORAL A TRAVÉS DE TRAYECTO FISTULOSO. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA IZQUIERDA, QUE CONTACTA CON LA REGIÓN PERITROCANTÉRICA, SIN COMPROMISO INTRAARTICULAR COXOFEMORAL.

Paciente con Lupus eritematoso sistémico SEVERO, diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Última aplicación 01.05.2021). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina, sulfamicilina 42 días), lavados por cirugía y sistema VAC. Problemas: -LES SEVERO, SIN GARANTIZAR APLICACIONES DE INMUNOGLOBULINA ahora cursando con posible artritis séptica y/o osteomielitis de cadera derecha, escaras en trocanter bilateral con evidencia de sobreinfección por crecimiento abundante de *Proteus mirabilis* y *Staphylococcus aureus* en los medios sólidos, cubrimiento antimicrobiano con piperacilina tazobactam + vancomicina FI: 22.07.2021. Se tomo RMN Pelvis con HALLAZGOS COMPATIBLES CON ARTRITIS SÉPTICA COXOFEMORAL DERECHA, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS EN EL CUELLO FEMORAL Y EN EL ACETÁBULO. SE ASOCIA RESORCIÓN DE LA CABEZA FEMORAL Y PARCIALMENTE DEL ACETÁBULO, QUE CONDICIONA LUXACIÓN ARTICULAR. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA DERECHA, QUE SE CONTINÚA CON LA ARTICULACIÓN COXOFEMORAL A TRAVÉS DE TRAYECTO FISTULOSO. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA IZQUIERDA, QUE CONTACTA CON LA REGIÓN PERITROCANTÉRICA, SIN COMPROMISO INTRAARTICULAR COXOFEMORAL. INFECTOLOGÍA: consideran valoración por ortopedia y terapia antimicrobiana dirigida por infectología. Se suspendió manejo con vancomicina el día (26.07.2021). Está paciente en particular puede beneficiarse de un régimen oral pronto con la combinación de Moxifloxacina y Rifampicina la cual puede ser útil para los gérmenes aislados el *Stafilococo aureus* y el *Proteus mirabilis*. Indican que dada la condición de una osteomielitis crónica fistulizada de ambos trocanteres, consideran prudente suspender antibioticos en el momento. Debe ser llevada por Ortopedia a lavado mas debridamiento, curetaje y secuestrectomía de femur proximal con toma de cultivos del hueso. Una vez se tomen las muestras del hueso para análisis debe iniciar la combinación de ceftriaxona FI: 28.07.2021 y vancomicina FI: 22.07.2021 al 26.07.2021 y reinicio 28.07.2021. ORTOPEDIA: consideran osteomielitis erosiva del femur proximal que desafortunadamente ha resultado en destruccion de la cadera derecha, al evaluar estudios de imagen realizados desde diciembre de 2020, se encuentra clara progresion de la infeccion al punto de la erosion completa de la cabeza femoral y compromiso del femur proximal. en el momento no se encuentra septica, sin embargo severidad de la infeccion local en cadera derecha indica manejo quirurgico con lavado, desbridamiento, curetaje y secuestrectomia de femur proximal, aplicación de cemento oseó con antibiotico para control local, la cual se realizó el día de ayer (27.07.2021), sin complicaciones. REUMATOLOGÍA: se disminuyó dosis de esteroide y se indicó suspender por el momento azatioprina. Tiene IgG 14.2 e IgM 0.62. Una vez se controle mejor proceso infeccioso se definirá reinicio de inmunosupresion. Estaremos atentos a reporte de cultivos de hueso tomados intraqx. Se explica.

-Enterados de concepto de infectología y ortopedia --Continua pauta antimicrobiana indicada por infectología: Ceftriaxona FI: 28.07.2021 y vancomicina FI: 22.07.2021 al 26.07.2021 y reinicio 28.07.2021. -Pendiente cultivos de hueso tomados intraqx.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.07.2021

Hora Registro: 14:15:32

Responsable: BADILLO MORALES, ANGELICA GISELLE

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ - EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -fistulas trocatericas infectadas: Cultivo de secrecion trocaterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico,hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. Antimicrobianos Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 Laboratorios -28.07.2021: Hemograma: Hb 8.4 GB 5400 N 4000L 970 PLT 417000 Paciente refiere sentirse bien, con dolor moderadamente controlado, afebril las ultimas 48 horas, FC 130 lpm, FR 17 rpm, TA 110/75, SatO2 96% FiO2 0.21, Luce tranquila, sin dificultad respiratoria, atrofia muscular con movimientos involuntarios ocasionales de miembro inferior izquierdo. Las ulcera trocaterica izquierda se encuentra cubierta y miembro inferior derecho se encuentra con vendaje elastico. Los paraclínicos de hoy con descenso de hemoglobina 8.4, previa 9.6 en contexto de posquirurgico. Fue llevada el dia de ayer a fistulectomía profunda, sinovectomía, lavado y debridamiento mas curetaje de femur derecho, los cultivos se encuentran en proceso y el Gram es negativo, ya se inició el manejo con Ceftriaxona mas Vancomicina. Por el momento no se realizan cambios en el tratamiento antimicrobiano hasta reporte de cultivos, los cuales pueden salir negativos debido a uso de antibiótico previo, no obstante con el aislamiento en secrecion de S.Aureus hay un 80% de posibilidad que éste se encuentre tambien a nivel óseo. Es importante tener en cuenta que la paciente tambien presenta una fistula en trocater izquierdo la cual debería tambien ser intervenida. Continuamos atentos a evolución.

En el tratamiento de las infecciones en los huesos es supremamente importante el identificar claramente el germen que las está causando. El tratamiento empírico, es decir utilizar un antibiótico sin saber exactamente el germen que está causando la infección, hace que el tratamiento sea inapropiado en un número muy grande de casos, por lo tanto es fundamental tomar previamente los cultivos del caso (y de sitios significativos) para tener claridad sobre el germen. Sin embargo en algunos casos como osteomielitis cercana a los orificios naturales como la boca, senos paranasales y la pelvis y con frecuencia en el pie, estas infecciones usualmente causadas por varios gérmenes al mismo tiempo por lo tanto en muchos casos es difícil saber exactamente cuál es el germen causal. Los cultivos tomados a través de la herida, a través de fistulas u orificios que secretan pus no son adecuados en su inmensa mayoría (en un % muy alto son diferentes de los que realmente están en el hueso causando el daño), deben tomarse cultivos de la sangre o del hueso y antes de iniciar un antibiótico. En las osteomielitis agudas con frecuencia los cultivos de sangre son positivos, sin embargo en las osteomielitis crónicas rara vez lo son y el método de elección para conocer el germen causal es una muestra del hueso tomada en cirugía. Esta muestra debe ser procesada adecuadamente, ya que es una muestra difícil de repetir si el proceso es inadecuado. De estos cultivos los más importantes son los primeros y se debe tener mucho cuidado en la interpretación de cultivos tomados después de varios procedimientos o cuando previamente ha recibido antibióticos. Es supremamente importante que antes de tomar las muestras el paciente no reciba un régimen antibiótico, ni siquiera antibióticos profilácticos antes del procedimiento ya que esto disminuye la posibilidad de hacer un diagnóstico y puede traer consecuencias muy graves para el paciente. Los antibióticos pueden iniciarse en cirugía pero luego de la toma de las diferentes muestras, en ningún momento antes. Luego de tomar las muestras (las cuales deben ser suficientes tanto para análisis por patología como por microbiología, desde el punto de vista microbiología deben obtenerse muestras para la tinción de Gram, BK (Tinción para micobacterias), KOH (preparación con hidróxido de potasio para hongos) cultivos para bacterias, hongos y micobacterias y si es posible un PCR para *Estafilococo aureus*) el paciente debe iniciar un tratamiento antibiótico amplio, el cual luego de conocerse el germen que está causando la infección debe ser variado a un tratamiento más puntual, el cual podrá ser oral o venoso dependiendo del germen hallado en la zona y de los diferentes antibióticos en cuanto a su diferente penetración a los huesos. Este punto es muy importante ya que aunque las pruebas de susceptibilidad puedan demostrar que un germen es sensible a un antibiótico, si la penetración del antibiótico no es adecuada al hueso este no será útil. También se requiere la realización de exámenes periódicos para evaluar la seguridad y efectividad del tratamiento. La duración del tratamiento es muy variable y depende de la presencia o ausencia de material de osteosíntesis en la zona, es decir, placas, tornillos, prótesis y otras. Cuando existe este material de osteosíntesis normalmente el tratamiento antibiótico se extiende por varios meses para permitir que el hueso pueda pegar y los tornillos y clavos puedan ser eventualmente retirados. Debe saber que no es posible curar de manera absoluta y permanente una osteomielitis crónica, es posible en algunos casos tratar de tener un proceso latente con el objeto de preservar la extremidad y la función del hueso en la zona. Sin embargo en este contexto entonces existen posibilidades de reactivación de la enfermedad a corto y largo plazo. La reactivación se caracteriza normalmente por la aparición nuevamente de síntomas inflamatorios en el área como es calor, enrojecimiento, dolor en la zona, ocasionalmente fiebre y alteración de los exámenes de sangre, si este es el caso el paciente deberá ser reevaluado, ver si requiere algún procedimiento quirúrgico adicional o no y deberá recibir antibióticos por un periodo de tiempo para tratar de calmar nuevamente el proceso infeccioso, mas no es posible considerar la posibilidad de una curación. Algunas reactivaciones están relacionadas al trauma local o un procedimiento quirúrgico en la zona, por esta razón un paciente con una osteomielitis crónica que va ha ser sometido a una cirugía en el área debe recibir antibióticos por un periodo de tiempo. No en todos los casos en que hay una reactivación sabemos exactamente la causa, muchos de ellos ocurren por factores aun desconocidos para nosotros. Se

debe tener cuidado en la interpretación de gammagrafías óseas. Esta prueba es utilizada normalmente en el diagnóstico de osteomielitis en los niños y cuando esta no ha ocurrido por la presencia de un trauma previo. En los adultos raramente utilizamos este tipo de exámenes ya que son positivos en una gran variedad de circunstancias, incluso diferentes a una osteomielitis, luego de un trauma o una cirugía e incluso años después, por lo que no permiten tener claridad sobre si en un momento dado el paciente tiene una osteomielitis activa u otra condición. Con frecuencia también se presentan dificultades en tener claridad sobre si un paciente presenta una reactivación de una osteomielitis en las extremidades inferiores ya que con frecuencia por efecto del trauma y cirugías pueden existir alteraciones de la piel y de los linfáticos que pueden causar ulceraciones crónicas de los tejidos y otras alteraciones en la zona y de los diferentes exámenes de laboratorio y de imágenes que pueden simular una osteomielitis sin que este sea realmente el cuadro. Por otro lado es importante anotar que algunas osteomielitis son de muy difícil diagnóstico por cuanto pueden no alterar los exámenes que son usualmente utilizados en el diagnóstico de esta condición, esta situación puede ocurrir en relación con problemas dentales y en el maxilar, en cartílagos como la nariz y huesos pequeños de la mano y pies y ocasionalmente infecciones de prótesis de hombros y de codo. Las anomalías usuales que se observan el otro tipo de osteomielitis (en exámenes de sangre e imágenes) pueden no observarse teniendo una osteomielitis en estos sitios por lo tanto en estos casos la evaluación debe ser por una persona experta y conocedora en este tema ya que es muy fácil pensar que el paciente no tiene una infección allí debido a que sus exámenes son normales sin tener en cuenta que este tipo de osteomielitis e infecciones son una excepción a la regla usual.

Es importante tener en cuenta que existen varios factores que dificultan el tratamiento apropiado de una osteomielitis en nuestro medio, algunos de los más frecuentes que se observan son: 1- La falta de una identificación puntual del germen que está causando la infección. Con frecuencia los pacientes reciben antibióticos sin saber que germen están tratando, o reciben antibióticos basados en cultivos de las heridas o secreciones, los cuales se sabe que tienen una alta tasa de error. Sin embargo con frecuencia este tipo de aproximación es necesaria cuando una osteomielitis compromete huesos cercanos a los orificios naturales o el pie. 2- El paciente continúa fumando. Se sabe que existe una relación muy importante entre el hábito de fumar y la dificultad en tratar una infección en los huesos. Los pacientes que tienen una infección en los huesos no deben fumar. 3- El retardo en el tratamiento apropiado. El paciente tiene un accidente con una fractura importante que requiere un tratamiento quirúrgico, pero por diferentes problemas esto es realizado varios días después, este es un factor de riesgo importante para el desarrollo de infecciones en la zona. 4- Iniciación de un tratamiento antibiótico empírico sin identificar previamente el germen. El paciente tuvo un trauma, presenta una fractura, le han colocado allí material de osteosíntesis consistente en tornillos, placas u otros y luego inicia un cuadro de fiebre, dolor, enrojecimiento en la zona y se inicia un tratamiento antibiótico empírico sin tomar adecuadamente los cultivos y sin saber cuál es el germen que está causando la infección. En estos casos la probabilidad de fallar a corto y largo plazo es muy alta. 5- Es un cuadro de una osteomielitis crónica o tiene una fístula y el paciente recibe antibióticos sin ser llevado a cirugía en donde se limpien adecuadamente los huesos, se retiren los sequestratos óseos, material de osteosíntesis y tejido desvitalizado de una manera completa. La mayor parte de las veces estos tratamientos no tienen mayor utilidad. 6- Es llevado a cirugía pero la limpieza ósea no es completa. Generalmente en estos casos puede haber una mejoría transitoria pero posteriormente una recaída de la infección. 7- Se escoge un antibiótico basado en las pruebas de susceptibilidad sin tener presente que tanto del antibiótico pudiera llegar al hueso o como es su acción cuando hay un biofilm (es decir cuando hay un cuerpo extraño o el mismo hueso en el cual se forma una especie de película) muchos antibióticos tienen gran dificultad en actuar allí. En estos términos se debe hacer lo posible por utilizar antibióticos o mezcla de antibióticos que contengan quinolonas y/o Rifampicina de lo contrario la probabilidad de fallar es mucho más alta a pesar de que en el laboratorio el antibiótico pueda aparecer como sensible o útil. 8 - El paciente empeora y el área de infección se torna más inflamada y se considera cambiar el régimen antibiótico por uno más potente o diferente sin llevar al paciente a cirugía y realizar un drenaje de abscesos y/o sequestratos óseos... usualmente esta aproximación no tiene utilidad.

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.07.2021

Hora Registro: 15:19:05

Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA RECONSTRUCCIONES E INFECCIONES ÓSEA DR DIAZGRANADOS DIAGNOSTICOS: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO COMPROMISO INMUNOLÓGICO, HEMATOLÓGICO, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. ARTRITIS SEPTICA + OSTEOMIELITIS CADERA DERECHA POP ERRADICACIÓN INFECCIÓN CADERA DERECHA 27.07.2021 SUBJETIVO: REFIERE CONTROL PARCIAL DEL DOLOR, TOLERA VÍA ORAL, NIEGA NÁUSEAS O EMESIS. NIEGA SENSACIÓN DE ALZA TÉRMICA. OBJETIVO: REGULARES CONDICIONES GENERALES, POSTRADA POR DEBILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES. ALERTA, ORIENTADA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. SIGNOS VITALES: T: 38,1 FC: 131 FR: 18 SaO2: 98% PA: 99/67 VAC EN CADERA Y CARA LATERAL DE MUSLO DERECHO FUNCIONANTE. MOVILIDAD DISTAL NO CONSERVADA, FUERZA -/++++ ANALISIS Y PLAN: PACIENTE CON ENFERMEDAD REUMÁTICA DE DIFÍCIL TRATAMIENTO, CON COMPROMISO MULTISISTÉMICO QUIEN HA SIDO TRATADA POR CIRUGIA PLASTICA POR ESCARAS EN REGION SACRA Y TROCANTERICA BILATERAL. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEdia POR OSTEOMIELITIS EROSIVA DEL FEMUR PROXIMAL CON SECUNDARIA DESTRUCCION DE LA CADERA DERECHA, FUE LLEVADA EL DIA DE AYER A LAVADO, DESBRIDAMIENTO, CURETAJE Y SECUESTRECTOMIA DE FEMUR PROXIMAL Y COLOCACIÓN DE

VAC. HOY CON ADECUADA EVOLUCIÓN, SIN EMBARGO CON DOLOR, SE AJUSTA ANALGESIA. SE ORDENA FISIOTERAPIA PARA INICIO DE REACONDICIONAMIENTO FÍSICO. SE LE EXPLICA A LA PACIENTE Y A LA MADRE, ENTIENDEN Y ACEPTAN.

-
-
-

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.07.2021

Hora Registro: 15:45:56

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ - EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -fistulas trocatericas infectadas: Cultivo de secrecion trocaterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico,hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. Antimicrobianos Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 Laboratorios -28.07.2021: Hemograma: Hb 8.4 GB 5400 N 4000L 970 PLT 417000 Paciente refiere sentirse bien, con dolor moderadamente controlado, afebril las ultimas 48 horas, FC 130 lpm, FR 17 rpm, TA 110/75, SatO2 96% FiO2 0.21, Luce tranquila, sin dificultad respiratoria, atrofia muscular con movimientos involuntarios ocasionales de miembro inferior izquierdo. Las ulcera trocaterica izquierda se encuentra cubierta y miembro inferior derecho se encuentra con vendaje elastico. Los paraclínicos de hoy con descenso de hemoglobina 8.4, previa 9.6 en contexto de posquirurgico. Fue llevada el dia de ayer a fistulectomía profunda, sinovectomia, lavado y debridamiento mas curetaje de femur derecho, los cultivos se encuentran en proceso y el Gram es negativo, ya se inició el manejo con Ceftriaxona mas Vancomicina. Por el momento no se realizan cambios en el tratamiento antimicrobiano hasta reporte de cultivos, los cuales pueden salir negativos debido a uso de antibiótico previo, no obstante con el aislamiento en secrecion de S.Aureus hay un 80% de posibilidad que éste se encuentre tambien a nivel óseo. Es importante tener en cuenta que la paciente tambien presenta una fistula en trocater izquierdo consistente con un area de osteomielitis a ese nivel la cual debería tambien ser intervenida. Continuamos atentos a evolución. por otro lado es importante conocer un nivel de IGG total dado el uso de rituximab

En el tratamiento de las infecciones en los huesos es supremamente importante el identificar claramente el germen que las está causando. El tratamiento empírico, es decir utilizar un antibiótico sin saber exactamente el germen que está causando la infección, hace que el tratamiento sea inapropiado en un número muy grande de casos, por lo tanto es fundamental tomar previamente los cultivos del caso (y de sitios significativos) para tener claridad sobre el germen. Sin embargo en algunos casos como osteomielitis cercana a los orificios naturales como la boca, senos paranasales y la pelvis y con frecuencia en el pie, estas infecciones usualmente causadas por varios gérmenes al mismo tiempo por lo tanto en muchos casos es difícil saber exactamente cuál es el germen causal. Los cultivos tomados a través de la herida, a través de fistulas u orificios que secretan pus no son adecuados en su inmensa mayoría (en un % muy alto son diferentes de los que realmente están en el hueso causando el daño), deben tomarse cultivos de la sangre o del hueso y antes de iniciar un antibiótico. En las osteomielitis agudas con frecuencia los cultivos de sangre son positivos, sin embargo en las osteomielitis crónicas rara vez lo son y el método de elección para conocer el germen causal es una muestra del hueso tomada en cirugía. Esta muestra debe ser procesada adecuadamente, ya que es una muestra difícil de repetir si el proceso es inadecuado. De estos cultivos los más importantes son los primeros y se debe tener mucho cuidado en la interpretación de cultivos tomados después de varios procedimientos o cuando previamente ha recibido antibióticos. Es supremamente importante que antes de tomar las muestras el paciente no reciba un régimen antibiótico, ni siquiera antibióticos profilácticos antes del procedimiento ya que esto disminuye la posibilidad de hacer un diagnóstico y puede traer consecuencias muy graves para el paciente. Los antibióticos pueden iniciarse en cirugía pero luego de la toma de las diferentes muestras, en ningún momento antes. Luego de tomar las muestras (las cuales deben ser suficientes tanto para análisis por patología como por microbiología, desde el punto de vista microbiología deben obtenerse muestras para la tinción de Gram, BK (Tinción para micobacterias), KOH (preparación con hidróxido de potasio para hongos) cultivos para bacterias, hongos y micobacterias y si es posible un PCR para *Estafilococo aureus*) el paciente debe iniciar un tratamiento antibiótico amplio, el cual luego de conocerse el germen que está causando la infección debe ser variado a un tratamiento más puntual, el cual podrá ser oral o venoso dependiendo del germen hallado en la zona y de los diferentes antibióticos en cuanto a su diferente penetración a los huesos. Este punto es muy importante ya que aunque las pruebas de susceptibilidad puedan demostrar que un germen es sensible a un antibiótico, si la penetración del antibiótico no es adecuada al hueso este no será útil. También se requiere la realización de exámenes periódicos para evaluar la seguridad y efectividad del tratamiento. La duración del tratamiento es muy variable y depende de la presencia o ausencia de material de osteosíntesis en la zona, es decir, placas, tornillos, prótesis y otras. Cuando existe este material de osteosíntesis normalmente el tratamiento antibiótico se extiende por varios meses para permitir que el hueso pueda pegar y los tornillos y clavos puedan ser eventualmente retirados. Debe saber que no es posible curar de manera absoluta y permanente una osteomielitis crónica, es posible

en algunos casos tratar de tener un proceso latente con el objeto de preservar la extremidad y la función del hueso en la zona. Sin embargo en este contexto entonces existen posibilidades de reactivación de la enfermedad a corto y largo plazo. La reactivación se caracteriza normalmente por la aparición nuevamente de síntomas inflamatorios en el área como es calor, enrojecimiento, dolor en la zona, ocasionalmente fiebre y alteración de los exámenes de sangre, si este es el caso el paciente deberá ser reevaluado, ver si requiere algún procedimiento quirúrgico adicional o no y deberá recibir antibióticos por un periodo de tiempo para tratar de calmar nuevamente el proceso infeccioso, mas no es posible considerar la posibilidad de una curación. Algunas reactivaciones están relacionadas al trauma local o un procedimiento quirúrgico en la zona, por esta razón un paciente con una osteomielitis crónica que va a ser sometido a una cirugía en el área debe recibir antibióticos por un periodo de tiempo. No en todos los casos en que hay una reactivación sabemos exactamente la causa, muchos de ellos ocurren por factores aun desconocidos para nosotros. Se debe tener cuidado en la interpretación de gammagrafías óseas. Esta prueba es utilizada normalmente en el diagnóstico de osteomielitis en los niños y cuando esta no ha ocurrido por la presencia de un trauma previo. En los adultos raramente utilizamos este tipo de exámenes ya que son positivos en una gran variedad de circunstancias, incluso diferentes a una osteomielitis, luego de un trauma o una cirugía e incluso años después, por lo que no permiten tener claridad sobre si en un momento dado el paciente tiene una osteomielitis activa u otra condición. Con frecuencia también se presentan dificultades en tener claridad sobre si un paciente presenta una reactivación de una osteomielitis en las extremidades inferiores ya que con frecuencia por efecto del trauma y cirugías pueden existir alteraciones de la piel y de los linfáticos que pueden causar ulceraciones crónicas de los tejidos y otras alteraciones en la zona y de los diferentes exámenes de laboratorio y de imágenes que pueden simular una osteomielitis sin que este sea realmente el cuadro. Por otro lado es importante anotar que algunas osteomielitis son de muy difícil diagnóstico por cuanto pueden no alterar los exámenes que son usualmente utilizados en el diagnóstico de esta condición, esta situación puede ocurrir en relación con problemas dentales y en el maxilar, en cartílagos como la nariz y huesos pequeños de la mano y pies y ocasionalmente infecciones de prótesis de hombros y de codo. Las anomalías usuales que se observan el otro tipo de osteomielitis (en exámenes de sangre e imágenes) pueden no observarse teniendo una osteomielitis en estos sitios por lo tanto en estos casos la evaluación debe ser por una persona experta y conocedora en este tema ya que es muy fácil pensar que el paciente no tiene una infección allí debido a que sus exámenes son normales sin tener en cuenta que este tipo de osteomielitis e infecciones son una excepción a la regla usual.

Es importante tener en cuenta que existen varios factores que dificultan el tratamiento apropiado de una osteomielitis en nuestro medio, algunos de los más frecuentes que se observan son: 1- La falta de una identificación puntual del germen que está causando la infección. Con frecuencia los pacientes reciben antibióticos sin saber que germen están tratando, o reciben antibióticos basados en cultivos de las heridas o secreciones, los cuales se sabe que tienen una alta tasa de error. Sin embargo con frecuencia este tipo de aproximación es necesaria cuando una osteomielitis compromete huesos cercanos a los orificios naturales o el pie. 2- El paciente continúa fumando. Se sabe que existe una relación muy importante entre el hábito de fumar y la dificultad en tratar una infección en los huesos. Los pacientes que tienen una infección en los huesos no deben fumar. 3- El retardo en el tratamiento apropiado. El paciente tiene un accidente con una fractura importante que requiere un tratamiento quirúrgico, pero por diferentes problemas esto es realizado varios días después, este es un factor de riesgo importante para el desarrollo de infecciones en la zona. 4- Iniciación de un tratamiento antibiótico empírico sin identificar previamente el germen. El paciente tuvo un trauma, presenta una fractura, le han colocado allí material de osteosíntesis consistente en tornillos, placas u otros y luego inicia un cuadro de fiebre, dolor, enrojecimiento en la zona y se inicia un tratamiento antibiótico empírico sin tomar adecuadamente los cultivos y sin saber cuál es el germen que está causando la infección. En estos casos la probabilidad de fallar a corto y largo plazo es muy alta. 5- Es un cuadro de una osteomielitis crónica o tiene una fístula y el paciente recibe antibióticos sin ser llevado a cirugía en donde se limpien adecuadamente los huesos, se retiren los secuestros óseos, material de osteosíntesis y tejido desvitalizado de una manera completa. La mayor parte de las veces estos tratamientos no tienen mayor utilidad. 6- Es llevado a cirugía pero la limpieza ósea no es completa. Generalmente en estos casos puede haber una mejoría transitoria pero posteriormente una recaída de la infección. 7- Se escoge un antibiótico basado en las pruebas de susceptibilidad sin tener presente que tanto del antibiótico pudiera llegar al hueso o como es su acción cuando hay un biofilm (es decir cuando hay un cuerpo extraño o el mismo hueso en el cual se forma una especie de película) muchos antibióticos tienen gran dificultad en actuar allí. En estos términos se debe hacer lo posible por utilizar antibióticos o mezcla de antibióticos que contengan quinolonas y/o Rifampicina de lo contrario la probabilidad de fallar es mucho más alta a pesar de que en el laboratorio el antibiótico pueda aparecer como sensible o útil. 8 - El paciente empeora y el área de infección se torna más inflamada y se considera cambiar el régimen antibiótico por uno más potente o diferente sin llevar al paciente a cirugía y realizar un drenaje de abscesos y/o secuestros óseos... usualmente esta aproximación no tiene utilidad.

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.07.2021

Hora Registro: 18:59:05

Responsable: TAPIAS PEDRAZA, VANESA

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INTERCONSULTA CIRUGIA PLASTICA : PACIENTES CONOCIDA POR SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA CON

ANTECEDENT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO QUIEN HA REQUERIDO MANEJO QUIRURGICOS DR MIRANTA EN

UCERA TRONCANTERICA IZQUIERDA Y SACRA EN EL MOMENTO EN MANEJO EN CONJUTNO DE INFECTOLOGIA CIRUGIA PLASTICA POR OSTEOMIELITIS CRONICA ARTRITIS SEPTICA ACETABULO POR RNM. FUE LLEVADA EL DIA DE AYER POR ORTOPEdia A DESBRIDAMIENTO, CURETAJE Y SECUESTRECTOMIA DE FEMUR PROXIMAL Y COLOCACIÓN DE VAC. FISTULA TROCANTERICA IZQUIERDA INFECTADA CON CULTIVO DE SECRECION P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. SOLICITAN INTERCONSULTA Antimicrobianos Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 Laboratorios -28.07.2021: Hemograma: Hb 8.4 GB 5400 N 4000L 970 PLT 417000

SE RETIRA CURACION ULCERA TROCANTERICA IZQUIERDA S EEVIDENCIA ULCERA PUNTIFORME CON EVIDENCIA E SALIDA DE LIQUIDO AMARILLENTO SEROSO ULCERA TROCANTERICA DERECHA CUBIERTA CON SISTEMA VAC

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA FISTULA TROCANTERICA IZQUIERDA SEGUN CONCEPTO DE INFECTOLOGIA CONSISTENTE CON AREA DE OSTEOMIELITIS LA CUAL CONSIDERAN REQUIERE MANEJO QUIRURGICO. POR LO TANTE SE COSIDERA PACIENTE EN EL MOMENTO NO ES CANDIDATA PARA RECONSTRUCCION. SE ESTARA ATENTO A EVOLUCION. SOLICITAR NUEVA INTERCONSULTA POSTERIOR A MEJORIA DE CUADRO INFECCIOSO

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.07.2021

Hora Registro: 21:07:41

Responsable: KESTENBERG BUITRAGO, CAROLINA

Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

FISIATRIA - DRA. CAROLINA KESTENBERG LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ - EDAD: 21 CC: 1107531724

DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -fistulas trocantericas infectadas: Cultivo de secrecion trocanterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. Subjetivo: Paciente en el momento se encuentra acompañada. Refiere dolor en las escaras especialmente la del lado derecho. Comenta que desde hace 18 meses perdió la movilidad de los miembros inferiores y tiene movimientos en masa. No ha hecho proceso de rehabilitación ni ha sido seguida por el servicio de fisioterapia. Objetivo: Paciente en cama, alerta, colaboradora. Está acostada en decúbito lateral izquierdo. No se revisa la escara trocantérica izquierda. Escara trocantérica derecha con sistema AC. Miembros inferiores con espasticidad. Presenta movimientos en masa. Tiene arreflexia miembros inferiores. Sensibilidad conservada. El nivel motor es más o menos T6. Análisis y plan: Paciente en condición de discapacidad con deficiencia del sistema inmunológico, tegumentario y osteoarticular que la limitan en las actividades de la vida diaria y le restringen la participación de manera severa. Requiere rehabilitación integral con miras a optimizar su funcionalidad a pesar de su discapacidad. Se entregaron órdenes para manejo y valoración por fisioterapia ambulatorias al igual que planes de rehabilitación. Terapia Física y Ocupacional - Limitar las complicaciones del descondicionamiento físico - Fortalecimiento muscular - Limitar las retracciones y deformidades - Mantener arcos de movilidad articular - Estiramientos musculares generalizados progresivos - Técnicas de facilitación neuromuscular - Evitar trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar - Control de tronco - Una vez su condicion lo permite descargas en sedente - Transiciones, transferencias y traslados - Técnicas de ahorro de energía - Evitar un balance negativo de nitrógeno - Educación en prevención de caídas - Estimulación sensorial - Higiene respiratoria - Prevenir estreñimiento - Estimular independencia en actividades de la vida diaria - Educación y plan casero

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.07.2021

Hora Registro: 08:48:29

Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA RECONSTRUCCIONES E INFECCIONES ÓSEA DR DIAZGRANADOS DIAGNOSTICOS: -LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -COMPROMISO INMUNOLÓGICO, HEMATOLÓGICO, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. -ARTRITIS SEPTICA + OSTEOMIELITIS CADERA DERECHA -FISTULA CADERA IZQUIERDA- OSTEOMIELITIS?? **POP ERRADICACIÓN INFECCIÓN CADERA DERECHA 27.07.2021 SUBJETIVO: REFIERE CONTROL PARCIAL DEL DOLOR, TOLERA VÍA ORAL, NIEGA Náuseas o emesis. AYER PRESENTÓ VARIOS PICOS FEBRILES. OBJETIVO: REGULARES CONDICIONES GENERALES, POSTRADA POR DEBILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES. ALERTA, ORIENTADA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. SIGNOS VITALES: T: 36,1 FC: 108 FR: 21 SaO2: 97% PA: 105/66 VAC EN CADERA Y

CARA LATERAL DE MUSLO DERECHO FUNCIONANTE. MOVILIDAD DISTAL NO CONSERVADA, FUERZA -/++++ HERIDA (FÍSTULA) EN CADERA IZQUIERDA CUBIERTA CON APÓSITO. 28.07.2021: INFORME PRELIMINAR CULTIVO DE BACTERIAS: FEMUR DERECHO N°1 Se obtuvo crecimiento escaso de bacilos Gram negativos (*Pseudomonas aeruginosa*) en los medios sólidos y enriquecidos, a las 24 horas de incubación. ANALISIS Y PLAN: PACIENTE CON ENFERMEDAD REUMÁTICA DE DIFÍCIL MANEJO, CON COMPROMISO MULTISISTÉMICO, QUIEN HA SIDO TRATADA POR CIRUGIA PLASTICA POR ESCARAS EN REGION SACRA Y TROCANTERICA BILATERAL. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA POR OSTEOMIELITIS EROSIVA DEL FEMUR PROXIMAL CON SECUNDARIA DESTRUCCION DE LA CADERA DERECHA, FUE LLEVADA EL 27.07.2021 A LAVADO, DESBRIDAMIENTO, CURETAJE Y SEQUESTRECTOMIA DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO + COLOCACIÓN DE VAC. AYER PRESENTA PICOS FEBRILES Y PERSISTE CON TAQUICARDIA. ES MUY PROBABLE QUE CON UNA ÚNICA INTERVENCIÓN NO SE LOGRE COMPLETO CONTROL DE LA INFECCIÓN. SERÁ LLEVADA A NUEVO LAVADO EL DÍA LUNES 2 DE AGOSTO, SE COMENTA CON DR. DIAZGRANADOS POSIBILIDAD DE, EN MISMO TIEMPO QUIRÚRGICO, INTERVENIR CADERA CONTRALATERAL. PENDIENTE DE NUEVOS HEMOCULTIVOS Y DE REPORTE DEFINITIVO DE LOS CULTIVOS DE HUESO CON ANTIBIOGRAMA, HOY POSITIVOS PARA *PSEUDOMONA AERUGINOSA*, YA EN SEGUIMIENTO POR INFECTOLOGÍA. SE AJUSTA ANALGESIA. CONTINUAR FISIOTERAPIA. SE LE EXPLICA A LA PACIENTE Y A LA MADRE, ENTIENDEN Y ACEPTAN.

-
-
-

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.07.2021

Hora Registro: 10:44:45

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

REUMATOLOGÍA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ – CC 1107531724 - 21 años Natural de Caldas, procedente de Cali. Profesión: Vendedora. No hijos. Tel: 3105317454 Correo electrónico: carlosmario0818@gmail.com ENFERMEDAD ACTUAL Paciente previamente sana, en mayo de 2018 inicia con petequias en extremidades superiores e inferiores, encuentran trombocitopenia por lo que realizan impresion diagnostica de purpura trombocitopenica hospitalizan, familiar no recuerda tratamiento ambulatorio, sin embargo continuo seguimiento con hematologia quien remitió a reumatologia, quien considero LES e inició cloroquina. Enero de 2020 suspendió tratamiento con cloroquina y prednisolona, en Feb 2020 presento dolor abdominal y fiebre consulto por urgencias en varias ocasiones, documentan peritonitis secundaria a apendicitis por lo que realizan laparotomia exploratoria, posteriormente con ilio adinamico. Marzo-Abril 2020 perdida de la fuerza en miembros inferiores incontinencia urinaria, consultan a urgencias en multiples ocasiones, ultimo ingreso en junio 2020 donde documentan mielitis y realizan ciclos de plasmaferesis (2 sesiones), e indican colocacion de ciclofosfamida. Julio 2020 cuadro febril, ideas delirantes, se torna retraida, no habla, no recibe alimentos ingresa nuevamente por urgencias hospitalizada en agosto 2020, consideran cuadro depresivo inician manejo hospitalizan nuevamente por deterioro neurologico por lo que indican manejo con Rituximab (1 dosis-agosto 2020). Hospitalización FVL 24.9.2020 – 15.02.2021: 1 semana de fiebre 39-40 c, exacerbación de deterioro neurológico progresivo hasta mutismo, agresividad, no logra deambular, autolesiones. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. RMN cerebral con realce nodular, LCR sin alteraciones en citoquimico, directo, cultivos, PCR multiple para meningitis y TBC negativos. Además, en situación de postración, fiebre y escara sacra extensa y profunda, sobreinfectada, con aislamiento de proteus, e. coli y e. faecalis, RMN la mostró en contacto con segmentos sacro-coccígeos, recibió atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina), lavados por cirugía desde el 25.09.20 y sistema VAC, cultivos con proteus. Fiebre y taquicardia persistentes, se documentó sinusitis, se retiró SNG y se colocó gastrostomía el 15.10.20. Hemocultivo con *S. hominis* a las 22 hrs en 1 de 2 muestras, probable contaminación, ecocardiograma TE normal, 3 sets de hemocultivos negativos posteriores. Infectología sospechó fiebre de origen central y suspendió antibiótico. Desde el 14.11.20 taquicardia, ascenso de PCR y elevación de procalcitonina, tendencia a hipotensión, sin hiperlactatemia ni otros signos de hipoperfusión, cortisol en 23-26, se cubrió de nuevo con meropenem (FI 14.11.20) por 7 días. Estancia prolongada para manejo de escaras, -Sultamicilina FI 11/01/21 (día 42/42) COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR multiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA-terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina, sulfamicilina 42 días), lavados por cirugía y sistema VAC. Ahora consulta por cc de 1 mes de evolucion consistene en dolor en cadera derecha intenso

irradiado a miembro inferior derecho. Consultaron a fisioterapia en IPS primaria, documentando estudio radiológico del 16/06/2021 Signos de osteopenia, osteitis y marcada destrucción de cabeza femoral derecha. Adicionalmente lleva 3 días sin deposiciones, distensión abdominal marcada y dolor abdominal, no emesis, flatos presentes. refiere palpitations, no disnea, manifiesta pico febril en casa. Niega síntomas urinarios irritativos, niega sangrado, melenas, rectorragia. Refiere secreción serosa y amarillosa por escara trocánterica derecha. REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega síntomas secos como xerostomía, xeroftalmia. Niega síntomas cutáneos, cardiopulmonares, digestivos, genitourinarios o neurológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémico. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). MANEJO AMBULATORIO: POR REUMATOLOGÍA -Inmunoglobulina G humana vial 5gr/50ml. 45 gr EV en clínica de infusión el 17.02.21 FORMATO MIPRES 20210212130026056756 Última dosis 01.05.2021 Premedicar con acetaminofen 1 gr VO, Loratadina 10 mg VO. -Prednisolona tab 5mg. 3 al día -Azatioprina tab. 50 mg, 1 después de almuerzo -Calcio con vitD tab 600mg/200UI. 1 al día -Esomeprazol tab. 20 mg, 1 en ayuno" POR PSIQUIATRÍA Clozapina tab. 100 mg, 1/2 noche Sertralina tab. 50 mg, 1 diaria

Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para prevenir el contagio de COVID-19 EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES: 28.07.2021 T FC FR TAS TAD TAM SAT 07:28:30 37,20 130,00 17,00 110,00 75,00 86,67 96,00 04:00:01 36,00 70,00 18,00 97,00 68,00 77,67 95,00 00:50:32 35,70 105,00 18,00 94,00 47,00 62,67 95,00 OJOS: pupilas isocóricas normorreactivas, escleras y conjuntivas normales. No hay evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: sin úlceras, no evidencia de xerostomía. CUELLO: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. CARDIOPULMONAR: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios conservados sin sobreagregados como estertores, sibilancias o roncus. ABDOMEN: no doloroso, sin megalias, sin signos de irritación peritoneal EXTREMIDADES: ATROFIA MUSCULAR CON MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE MIEMBROS INFERIORES. no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. PIEL: ESCARAS TROCANTERICAS BILATERALES, DERECHA CON SECRECIÓN AMARILLENTA, ESCASO SANGRADO X ESCARA IZQUIERDA. NEUROLÓGICO: Sin déficit aparente, no focalización aguda. LABORATORIOS: 28.07.2021 LEUCOS 5400 NEUTROS 4000 LINFOS 970* MONOS 370 EOS 60 HGB 8.4 HCTO 29 VCM 70.6 PLT 417 27.07.2021 LEUCOS 4120 NEUTROS 2870 LINFOS 910* MONOS 310 EOS 30 HGB 9.6 HCTO 32.5 VCM 70 PLT 365. 26.07.2021 IgG INMUNOGLOBULINA G 14.92 IgM INMUNOGLOBULINA M 0.62 25.07.2021 LEUCOS 5360 NEUTROS 3680 LINFOS 1160 MONOS 500 EOS 10 HGB 9.8 HCTO 31.9 VCM 70 PLT 367.000 PCR 17.36* HISOPADO RECTAL: Tamización Negativa para: Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias y Acinetobacter baumannii resistente a los carbapenémicos; y Pseudomonas aeruginosa productor de carbapenemasas. 24.07.2021 CULTIVO: SECRECIÓN TROCANTERICA DERECHA Se obtuvo crecimiento abundante de Proteus mirabilis y Staphylococcus aureus en los medios sólidos, a las 24 horas de incubación. HEMOCULTIVOS: Negativos hasta la fecha. VANCOMICINA NIVEL VALLE 6.55 23.07.2021: UROCULTIVO: POSITIVO: Recuento mayor de 100.000 UFC/mL de Pseudomonas aeruginosa y Enterococcus faecalis. Ácido láctico: 1,28mm/L DNA n, Anticuerpos 17.2 22.07.2021: -LEUCOS 8110 NEUTROS 5970 LINFOS 1250 MONOS 880 EOS 10 HB 10.8, HTO 36, VCM 70.5 PLAQUETAS 360.000 VSG 120 ** CR 0.44, BUN 7.4 ALT 42, AST 34 FA 157 ALBUMINA 3.89 SODIO 140 POTASIO 4.33 CALCIO 9.50 ACIDO LACTICO 2.31 ** PCR 15.99 ** C3 COMPLEMENTO 178 EN RANGO NORMAL C4 COMPLEMENTO 34 EN RANGO NORMAL GASES ARTERIALES PH 7.48, PCO2 33, PO2 87, CHO3 24, PAFI 414 GLUCOSA 157 POTASIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 3.6, SODIO EN SANGRE TOTAL ARTERIAL 137.0, CLORO (CLORURO) EN SANGRE TOTAL 07.0, GLUCOSA EN SANGRE TOTAL ARTERIAL * 157. COLORACIÓN DE GRAM SECRECIÓN TROCANTERICA IZQUIERDA: Se observan abundantes cocos Gram positivos en racimos en la preparación. SECRECIÓN TROCANTERICA DERECHA: Se observan escasos bacilos Gram negativos en la preparación. Se observan escasos bacilos Gram positivos en la preparación. Se observan escasos cocos Gram positivos en racimos en la preparación. IMÁGENES 22.07.2021 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX Elevación del hemidiafragma derecho. No hay consolidaciones ni cámaras de neumotorax. No hay niveles hidroaéreos. Silueta cardíaca y estructuras óseas sin alteración. RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE Dilatación de asas intestinales delgadas, colon y cámara gástrica configurándose un íleus. No hay aire libre en la cavidad peritoneal. Las sombras viscerales son difíciles de evaluar. Osteopenia. Luxación completa de la cadera derecha RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA Osteopenia. Notable alteración en la arquitectura, apariencia y densidad de la cadera derecha. La cadera izquierda es normal. Anillo pélvico preservado RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL AP LATERAL Severa alteración en la apariencia de la articulación coxofemoral derecha con pérdida prácticamente completa del acetábulo, luxación de la cadera y notable irregularidad de la cabeza femoral. Osteopenia generalizada. La cadera izquierda no muestra alteración RMN Pelvis 25.07.21: HALLAZGOS COMPATIBLES CON ARTRITIS SÉPTICA COXOFEMORAL DERECHA, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS EN EL CUELLO FEMORAL Y EN EL ACETÁBULO. SE ASOCIA RESORCIÓN DE LA CABA FEMORAL Y PARCIALMENTE DEL ACETÁBULO, QUE CONDICIONA LUXACIÓN ARTICULAR. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA DERECHA, QUE SE CONTINÚA CON LA ARTICULACIÓN COXOFEMORAL A TRAVÉS DE TRAYECTO FISTULOSO. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA IZQUIERDA, QUE CONTACTA CON LA REGIÓN PERITROCANTÉRICA, SIN COMPROMISO INTRAARTICULAR COXOFEMORAL.

Paciente con Lupus eritematoso sistémico SEVERO, diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas: - COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral con persistencia de realce

perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el 09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV 1g/kg/día por 2 días (Última aplicación 01.05.2021). Con GRAN mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS. -Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg). - Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina, sulfamicilina 42 días), lavados por cirugía y sistema VAC. Problemas: -LES SEVERO, SIN GARANTIZAR APLICACIONES DE INMUNOGLOBULINA ahora cursando con posible artritis séptica y/o osteomielitis de cadera derecha, escaras en trocater bilateral con evidencia de sobreinfección por crecimiento abundante de *Proteus mirabilis* y *Staphylococcus aureus* en los medios sólidos, cubrimiento antimicrobiano con piperacilina tazobactam + vancomicina FI: 22.07.2021. Se tomo RMN Pelvis con HALLAZGOS COMPATIBLES CON ARTRITIS SÉPTICA COXOFEMORAL DERECHA, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS EN EL CUELLO FEMORAL Y EN EL ACETÁBULO. SE ASOCIA RESORCIÓN DE LA CABEZA FEMORAL Y PARCIALMENTE DEL ACETÁBULO, QUE CONDICIONA LUXACIÓN ARTICULAR. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA DERECHA, QUE SE CONTINÚA CON LA ARTICULACIÓN COXOFEMORAL A TRAVÉS DE TRAYECTO FISTULOSO. ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA CADERA IZQUIERDA, QUE CONTACTA CON LA REGIÓN PERITROCANTÉRICA, SIN COMPROMISO INTRAARTICULAR COXOFEMORAL. INFECTOLOGÍA: consideran valoración por ortopedia y terapia antimicrobiana dirigida por infectología. Se suspendió manejo con vancomicina el día (26.07.2021). Está paciente en particular puede beneficiarse de un régimen oral pronto con la combinación de Moxifloxacina y Rifampicina la cual puede ser útil para los gérmenes aislados del *Estafilococcus aureus* y el *Proteus mirabilis*. Indican que dada la condición de una osteomielitis crónica fistulizada de ambos trocateres, consideran prudente suspender antibióticos en el momento. Debe ser llevada por Ortopedia a lavado mas debridamiento, curetaje y secuestrectomía de femur proximal con toma de cultivos del hueso. Una vez se tomen las muestras del hueso para análisis debe iniciar la combinación de ceftriaxona FI: 28.07.2021 y vancomicina FI: 22.07.2021 al 26.07.2021 y reinicio 28.07.2021. ORTOPEdia: consideran osteomielitis erosiva del femur proximal que desafortunadamente ha resultado en destrucción de la cadera derecha, al evaluar estudios de imagen realizados desde diciembre de 2020, se encuentra clara progresión de la infección al punto de la erosión completa de la cabeza femoral y compromiso del femur proximal. en el momento no se encuentra séptica, sin embargo severidad de la infección local en cadera derecha indica manejo quirúrgico con lavado, desbridamiento, curetaje y secuestrectomía de femur proximal, aplicación de cemento oseo con atibiótico para control local, la cual se realizó el día de ayer (27.07.2021), cultivo preeliminar de fémur con crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa*. REUMATOLOGÍA: se disminuyó dosis de esteroide y se indicó suspender por el momento azatioprina. Tiene IgG 14.2 e IgM 0.62, Anti-DNA NEGATIVO. Una vez se controle mejor proceso infeccioso se definirá reinicio de inmunosupresión.

Reval. URGENTE Infectología por hallazgo de *Pseudomonas aeruginosa* en tejido femoral. Manejo a cargo de medicina interna, infectología y ortopedia. Ic por Clínica del Dolor

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.07.2021

Hora Registro: 17:08:47

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ - EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021)

-Fistulas trocatericas infectadas: Cultivo de secrecion trocaterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de femur derecho (27.07.21)

--Cultivo hueso: *Pseudomonas aeruginosa* LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso

inmunológico,hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. Antimicrobianos Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021

Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 Laboratorios -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 -28.07.2021: Hemograma: Hb 8.4 GB 5400 N 4000 L 970 PLT 417000 Paciente refiere sentirse bien, con dolor moderadamente controlado, presentó pico febril anoche y tomaron hemocultivos. Hoy luce tranquila, sin dificultad respiratoria, atrofia muscular con movimientos involuntarios ocasionales de miembro inferior izquierdo. Úlcera trocaterica izquierda cubierta y miembro inferior derecho con vac. Paraclínicos de hoy con descenso de hemoglobina 7,1, previo 8.4. Del cultivo de hueso tomado el 27 de Julio viene creciendo una *Pseudomonas aeruginosa*, pendiente antibiograma. Por el momento continua maenjo con Ceftriaxona mas Vancomicina el cual será ajustado con el resultado final del cultivo y la susceptibilidad. Tiene pendiente nuevo lavado por ortopedia donde esperemos evalúen la fistula en trocater izquierdo dado que clínicamente es consistente con un área de osteomielitis a ese nivel. Tiene un nivel adecuado de IGG total. Atentos a evolución.

En el tratamiento de las infecciones en los huesos es supremamente importante el identificar claramente el germen que las está causando. El tratamiento empírico, es decir utilizar un antibiótico sin saber exactamente el germen que está causando la infección, hace que el tratamiento sea inapropiado en un número muy grande de casos, por lo tanto es fundamental tomar previamente los cultivos del caso (y de sitios significativos) para tener claridad sobre el germen.

Sin embargo en algunos casos como osteomielitis cercana a los orificios naturales como la boca, senos paranasales y la pelvis y con frecuencia en el pie, estas infecciones usualmente causadas por varios gérmenes al mismo tiempo por lo tanto en muchos casos es difícil saber exactamente cuál es el germen causal. Los cultivos tomados a través de la herida, a través de fístulas u orificios que secretan pus no son adecuados en su inmensa mayoría (en un % muy alto son diferentes de los que realmente están en el hueso causando el daño), deben tomarse cultivos de la sangre o del hueso y antes de iniciar un antibiótico. En las osteomielitis agudas con frecuencia los cultivos de sangre son positivos, sin embargo en las osteomielitis crónicas rara vez lo son y el método de elección para conocer el germen causal es una muestra del hueso tomada en cirugía. Esta muestra debe ser procesada adecuadamente, ya que es una muestra difícil de repetir si el proceso es inadecuado. De estos cultivos los más importantes son los primeros y se debe tener mucho cuidado en la interpretación de cultivos tomados después de varios procedimientos o cuando previamente ha recibido antibióticos. Es supremamente importante que antes de tomar las muestras el paciente no reciba un régimen antibiótico, ni siquiera antibióticos profilácticos antes del procedimiento ya que esto disminuye la posibilidad de hacer un diagnóstico y puede traer consecuencias muy graves para el paciente. Los antibióticos pueden iniciarse en cirugía pero luego de la toma de las diferentes muestras, en ningún momento antes. Luego de tomar las muestras (las cuales deben ser suficientes tanto para análisis por patología como por microbiología, desde el punto de vista microbiología deben obtenerse muestras para la tinción de Gram, BK (Tinción para micobacterias), KOH (preparación con hidróxido de potasio para hongos) cultivos para bacterias, hongos y micobacterias y si es posible un PCR para *Staphylococcus aureus*) el paciente debe iniciar un tratamiento antibiótico amplio, el cual luego de conocerse el germen que está causando la infección debe ser variado a un tratamiento más puntual, el cual podrá ser oral o venoso dependiendo del germen hallado en la zona y de los diferentes antibióticos en cuanto a su diferente penetración a los huesos. Este punto es muy importante ya que aunque las pruebas de susceptibilidad puedan demostrar que un germen es sensible a un antibiótico, si la penetración del antibiótico no es adecuada al hueso este no será útil. También se requiere la realización de exámenes periódicos para evaluar la seguridad y efectividad del tratamiento. La duración del tratamiento es muy variable y depende de la presencia o ausencia de material de osteosíntesis en la zona, es decir, placas, tornillos, prótesis y otras. Cuando existe este material de osteosíntesis normalmente el tratamiento antibiótico se extiende por varios meses para permitir que el hueso pueda pegar y los tornillos y clavos puedan ser eventualmente retirados. Debe saber que no es posible curar de manera absoluta y permanente una osteomielitis crónica, es posible en algunos casos tratar de tener un proceso latente con el objeto de preservar la extremidad y la función del hueso en la zona. Sin embargo en este contexto entonces existen posibilidades de reactivación de la enfermedad a corto y largo plazo. La reactivación se caracteriza normalmente por la aparición nuevamente de síntomas inflamatorios en el área como es calor, enrojecimiento, dolor en la zona, ocasionalmente fiebre y alteración de los exámenes de sangre, si este es el caso el paciente deberá ser reevaluado, ver si requiere algún procedimiento quirúrgico adicional o no y deberá recibir antibióticos por un periodo de tiempo para tratar de calmar nuevamente el proceso infeccioso, mas no es posible considerar la posibilidad de una curación. Algunas reactivaciones están relacionadas al trauma local o un procedimiento quirúrgico en la zona, por esta razón un paciente con una osteomielitis crónica que va a ser sometido a una cirugía en el área debe recibir antibióticos por un periodo de tiempo. No en todos los casos en que hay una reactivación sabemos exactamente la causa, muchos de ellos ocurren por factores aun desconocidos para nosotros. Se debe tener cuidado en la interpretación de gammagrafías óseas. Esta prueba es utilizada normalmente en el diagnóstico de osteomielitis en los niños y cuando esta no ha ocurrido por la presencia de un trauma previo. En los adultos raramente utilizamos este tipo de exámenes ya que son positivos en una gran variedad de circunstancias, incluso diferentes a una osteomielitis, luego de un trauma o una cirugía e incluso años después, por lo que no permiten tener claridad sobre si en un momento dado el paciente tiene una osteomielitis activa u otra condición. Con frecuencia también se presentan dificultades en tener claridad sobre si un paciente presenta una reactivación de una osteomielitis en las extremidades inferiores ya que con frecuencia por efecto del trauma y cirugías pueden existir alteraciones de la piel y de los linfáticos que pueden causar ulceraciones crónicas de los tejidos y otras alteraciones en la zona y de los diferentes exámenes de laboratorio y de imágenes que pueden simular una osteomielitis sin que este sea realmente el cuadro. Por otro lado es importante anotar que algunas osteomielitis son de muy difícil diagnóstico por cuanto pueden no alterar los exámenes que son usualmente utilizados en el diagnóstico de esta condición, esta situación puede ocurrir en relación con problemas dentales y en el maxilar, en cartílagos como la nariz y huesos pequeños de la mano y pies y ocasionalmente infecciones de prótesis de hombros y de codo. Las anomalías usuales que se observan el otro tipo de osteomielitis (en exámenes de sangre e imágenes) pueden no observarse teniendo una osteomielitis en estos sitios por lo tanto en estos casos la evaluación debe ser por una persona experta y conocedora en este tema ya que es muy fácil pensar que el paciente no tiene una infección allí debido a que sus exámenes son normales sin tener en cuenta que este tipo de osteomielitis e infecciones son una excepción a la regla usual.

Es importante tener en cuenta que existen varios factores que dificultan el tratamiento apropiado de una osteomielitis en nuestro medio, algunos de los más frecuentes que se observan son: 1- La falta de una identificación puntual del germen que está causando la infección. Con frecuencia los pacientes reciben antibióticos sin saber que germen están tratando, o reciben antibióticos basados en cultivos de las heridas o secreciones, los cuales se sabe que tienen una alta tasa de error. Sin embargo con frecuencia este tipo de aproximación es necesaria cuando una osteomielitis compromete huesos cercanos a los orificios naturales o el pie. 2- El paciente continúa fumando. Se sabe que existe una relación muy importante entre el hábito de fumar y la dificultad en tratar una infección en los huesos. Los pacientes que tienen una infección en los huesos no deben fumar. 3- El retardo en el tratamiento apropiado. El paciente tiene un accidente con una fractura importante que requiere un tratamiento quirúrgico, pero por diferentes problemas esto es realizado varios días después, este es un factor de riesgo importante para el desarrollo de infecciones en la zona. 4- Iniciación de un tratamiento antibiótico empírico sin identificar previamente el germen. El

paciente tuvo un trauma, presenta una fractura, le han colocado allí material de osteosíntesis consistente en tornillos, placas u otros y luego inicia un cuadro de fiebre, dolor, enrojecimiento en la zona y se inicia un tratamiento antibiótico empírico sin tomar adecuadamente los cultivos y sin saber cuál es el germen que está causando la infección. En estos casos la probabilidad de fallar a corto y largo plazo es muy alta. 5- Es un cuadro de una osteomielitis crónica o tiene una fístula y el paciente recibe antibióticos sin ser llevado a cirugía en donde se limpien adecuadamente los huesos, se retiren los secuestros óseos, material de osteosíntesis y tejido desvitalizado de una manera completa. La mayor parte de las veces estos tratamientos no tienen mayor utilidad. 6- Es llevado a cirugía pero la limpieza ósea no es completa. Generalmente en estos casos puede haber una mejoría transitoria pero posteriormente una recaída de la infección. 7- Se escoge un antibiótico basado en las pruebas de susceptibilidad sin tener presente que tanto del antibiótico pudiera llegar al hueso o como es su acción cuando hay un biofilm (es decir cuando hay un cuerpo extraño o el mismo hueso en el cual se forma una especie de película) muchos antibióticos tienen gran dificultad en actuar allí. En estos términos se debe hacer lo posible por utilizar antibióticos o mezcla de antibióticos que contengan quinolonas y/o Rifampicina de lo contrario la probabilidad de fallar es mucho más alta a pesar de que en el laboratorio el antibiótico pueda aparecer como sensible o útil. 8 - El paciente empeora y el área de infección se torna más inflamada y se considera cambiar el régimen antibiótico por uno más potente o diferente sin llevar el paciente a cirugía y realizar un drenaje de abscesos y/o secuestros óseos... usualmente esta aproximación no tiene utilidad.

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.07.2021

Hora Registro: 13:47:45

Responsable: BADILLO MORALES, ANGELICA GISELLE

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ - EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fistulas trocatericas infectadas: Cultivo de secrecion trocaterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de femur derecho (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en proceso LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico,hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. Antimicrobianos Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 Laboratorios -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 -28.07.2021: Hemograma: Hb 8.4 GB 5400 N 4000 L 970 PLT 417000. Hemocultivos: Negativos FECHA HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SATO2 30.07.2021 12:00:06 37,90 136,00 18,00 113,00 76,00 88,33 99,00 Paciente refiere sentirse regular con pobre modulación de dolor, tolera via oral, sin dificultad para respirar. Encuentro alerta, orientada, ha presentado febrículas, la mayor de 38.1°C, con tendencia a la taquicardia, le solicitaron PCR para Sars Cov2, con lo que estamos de acuerdo, hemocultivos aun negativos. Tiene reporte de cultivo de hueso tomado el 27 de Julio Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA en proceso. Esta paciente tiene un alta probabilidad de tener infección concomitante por S. Aureus el cual se había aislado en secreción inicialmente, dado lo anterior se inicia manejo con Cefotaxima Avibactam + Rifampicina + Moxifloxacina. Se solicitan reactantes de fase aguda de control. Pendiente nueva intervención por parte de Ortopedia en la que se procurará realizar lavado de cadera izquierda en el mismo tiempo quirúrgico. Continuamos vigilancia estrecha.

En el tratamiento de las infecciones en los huesos es supremamente importante el identificar claramente el germen que las está causando. El tratamiento empírico, es decir utilizar un antibiótico sin saber exactamente el germen que está causando la infección, hace que el tratamiento sea inapropiado en un número muy grande de casos, por lo tanto es fundamental tomar previamente los cultivos del caso (y de sitios significativos) para tener claridad sobre el germen. Sin embargo en algunos casos como osteomielitis cercana a los orificios naturales como la boca, senos paranasales y la pelvis y con frecuencia en el pie, estas infecciones usualmente causadas por varios gérmenes al mismo tiempo por lo tanto en muchos casos es difícil saber exactamente cuál es el germen causal. Los cultivos tomados a través de la herida, a través de fístulas u orificios que secretan pus no son adecuados en su inmensa mayoría (en un % muy alto son diferentes de los que realmente están en el hueso causando el daño), deben tomarse cultivos de la sangre o del hueso y antes de iniciar un antibiótico. En las osteomielitis agudas con frecuencia los cultivos de sangre son positivos, sin embargo en las osteomielitis crónicas rara vez lo son y el método de elección para conocer el germen causal es una muestra del hueso tomada en cirugía. Esta muestra debe ser procesada adecuadamente, ya que es una muestra difícil de repetir si el proceso es inadecuado. De estos cultivos los más importantes son los primeros y se debe tener mucho cuidado en la interpretación de cultivos tomados después de varios procedimientos o cuando previamente ha recibido antibióticos. Es supremamente importante que antes de tomar las muestras el paciente no reciba un régimen antibiótico, ni siquiera antibióticos profilácticos antes del procedimiento ya que esto disminuye la posibilidad de hacer un diagnóstico y puede traer consecuencias muy graves para el paciente. Los antibióticos pueden iniciarse en cirugía pero luego de la toma de las diferentes muestras, en ningún momento antes. Luego de tomar las muestras (las cuales deben ser suficientes tanto para análisis por patología como por microbiología, desde el punto de vista microbiología deben obtenerse muestras para la tinción de Gram, BK (Tinción para micobacterias), KOH (preparación con hidróxido de potasio para hongos) cultivos para bacterias, hongos y micobacterias y si es posible un PCR para *Estafilococo aureus*) el paciente debe iniciar un tratamiento antibiótico amplio, el cual luego de conocerse el germen que está causando la infección debe ser variado a un tratamiento más puntual, el cual podrá ser oral o venoso dependiendo del

germen hallado en la zona y de los diferentes antibióticos en cuanto a su diferente penetración a los huesos. Este punto es muy importante ya que aunque las pruebas de susceptibilidad puedan demostrar que un germen es sensible a un antibiótico, si la penetración del antibiótico no es adecuada al hueso este no será útil. También se requiere la realización de exámenes periódicos para evaluar la seguridad y efectividad del tratamiento. La duración del tratamiento es muy variable y depende de la presencia o ausencia de material de osteosíntesis en la zona, es decir, placas, tornillos, prótesis y otras. Cuando existe este material de osteosíntesis normalmente el tratamiento antibiótico se extiende por varios meses para permitir que el hueso pueda pegar y los tornillos y clavos puedan ser eventualmente retirados. Debe saber que no es posible curar de manera absoluta y permanente una osteomielitis crónica, es posible en algunos casos tratar de tener un proceso latente con el objeto de preservar la extremidad y la función del hueso en la zona. Sin embargo en este contexto entonces existen posibilidades de reactivación de la enfermedad a corto y largo plazo. La reactivación se caracteriza normalmente por la aparición nuevamente de síntomas inflamatorios en el área como es calor, enrojecimiento, dolor en la zona, ocasionalmente fiebre y alteración de los exámenes de sangre, si este es el caso el paciente deberá ser reevaluado, ver si requiere algún procedimiento quirúrgico adicional o no y deberá recibir antibióticos por un periodo de tiempo para tratar de calmar nuevamente el proceso infeccioso, mas no es posible considerar la posibilidad de una curación. Algunas reactivaciones están relacionadas al trauma local o un procedimiento quirúrgico en la zona, por esta razón un paciente con una osteomielitis crónica que va a ser sometido a una cirugía en el área debe recibir antibióticos por un periodo de tiempo. No en todos los casos en que hay una reactivación sabemos exactamente la causa, muchos de ellos ocurren por factores aun desconocidos para nosotros. Se debe tener cuidado en la interpretación de gammagrafías óseas. Esta prueba es utilizada normalmente en el diagnóstico de osteomielitis en los niños y cuando esta no ha ocurrido por la presencia de un trauma previo. En los adultos raramente utilizamos este tipo de exámenes ya que son positivos en una gran variedad de circunstancias, incluso diferentes a una osteomielitis, luego de un trauma o una cirugía e incluso años después, por lo que no permiten tener claridad sobre si en un momento dado el paciente tiene una osteomielitis activa u otra condición. Con frecuencia también se presentan dificultades en tener claridad sobre si un paciente presenta una reactivación de una osteomielitis en las extremidades inferiores ya que con frecuencia por efecto del trauma y cirugías pueden existir alteraciones de la piel y de los linfáticos que pueden causar ulceraciones crónicas de los tejidos y otras alteraciones en la zona y de los diferentes exámenes de laboratorio y de imágenes que pueden simular una osteomielitis sin que este sea realmente el cuadro. Por otro lado es importante anotar que algunas osteomielitis son de muy difícil diagnóstico por cuanto pueden no alterar los exámenes que son usualmente utilizados en el diagnóstico de esta condición, esta situación puede ocurrir en relación con problemas dentales y en el maxilar, en cartílagos como la nariz y huesos pequeños de la mano y pies y ocasionalmente infecciones de prótesis de hombros y de codo. Las anomalías usuales que se observan el otro tipo de osteomielitis (en exámenes de sangre e imágenes) pueden no observarse teniendo una osteomielitis en estos sitios por lo tanto en estos casos la evaluación debe ser por una persona experta y conocedora en este tema ya que es muy fácil pensar que el paciente no tiene una infección allí debido a que sus exámenes son normales sin tener en cuenta que este tipo de osteomielitis e infecciones son una excepción a la regla usual.

Es importante tener en cuenta que existen varios factores que dificultan el tratamiento apropiado de una osteomielitis en nuestro medio, algunos de los más frecuentes que se observan son: 1- La falta de una identificación puntual del germen que está causando la infección. Con frecuencia los pacientes reciben antibióticos sin saber que germen están tratando, o reciben antibióticos basados en cultivos de las heridas o secreciones, los cuales se sabe que tienen una alta tasa de error. Sin embargo con frecuencia este tipo de aproximación es necesaria cuando una osteomielitis compromete huesos cercanos a los orificios naturales o el pie. 2- El paciente continúa fumando. Se sabe que existe una relación muy importante entre el hábito de fumar y la dificultad en tratar una infección en los huesos. Los pacientes que tienen una infección en los huesos no deben fumar. 3- El retardo en el tratamiento apropiado. El paciente tiene un accidente con una fractura importante que requiere un tratamiento quirúrgico, pero por diferentes problemas esto es realizado varios días después, este es un factor de riesgo importante para el desarrollo de infecciones en la zona. 4- Iniciación de un tratamiento antibiótico empírico sin identificar previamente el germen. El paciente tuvo un trauma, presenta una fractura, le han colocado allí material de osteosíntesis consistente en tornillos, placas u otros y luego inicia un cuadro de fiebre, dolor, enrojecimiento en la zona y se inicia un tratamiento antibiótico empírico sin tomar adecuadamente los cultivos y sin saber cuál es el germen que está causando la infección. En estos casos la probabilidad de fallar a corto y largo plazo es muy alta. 5- Es un cuadro de una osteomielitis crónica o tiene una fístula y el paciente recibe antibióticos sin ser llevado a cirugía en donde se limpien adecuadamente los huesos, se retiren los secuestros óseos, material de osteosíntesis y tejido desvitalizado de una manera completa. La mayor parte de las veces estos tratamientos no tienen mayor utilidad. 6- Es llevado a cirugía pero la limpieza ósea no es completa. Generalmente en estos casos puede haber una mejoría transitoria pero posteriormente una recaída de la infección. 7- Se escoge un antibiótico basado en las pruebas de susceptibilidad sin tener presente que tanto del antibiótico pudiera llegar al hueso o como es su acción cuando hay un biofilm (es decir cuando hay un cuerpo extraño o el mismo hueso en el cual se forma una especie de película) muchos antibióticos tienen gran dificultad en actuar allí. En estos términos se debe hacer lo posible por utilizar antibióticos o mezcla de antibióticos que contengan quinolonas y/o Rifampicina de lo contrario la probabilidad de fallar es mucho más alta a pesar de que en el laboratorio el antibiótico pueda aparecer como sensible o útil. 8 - El paciente empeora y el área de infección se torna más inflamada y se considera cambiar el régimen antibiótico por uno más potente o diferente sin llevar el paciente a cirugía y realizar un drenaje de abscesos y/o secuestros óseos... usualmente esta aproximación no tiene utilidad.

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.07.2021

Hora Registro: 14:15:59

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA INTERNA NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 ENTIDAD DE SALUD: COOMEVA EPS S.A. RC DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fistulas trocatericas infectadas: Cultivo de secrecion trocaterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de femur derecho (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en proceso LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. Antimicrobianos Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). SUBJETIVO: Dolor no controlado.

EXAMEN FISICO: Paciente en cama ,regulares condiciones, álgica FECHA HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SATO2 30.07.2021 12:00:06 37,90 136,00 18,00 113,00 76,00 88,33 99,00 OJOS: Pupilas Isocoricas Normo reactivas, escleras anictericas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardiacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. RENAL: Diuresis espontanea EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocatericas bilaterales, con secreción serohematosa escasa cantidad. HEMATOLOGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 -28.07.2021: Hemograma: Hb 8.4 GB 5400 N 4000 L 970 PLT 417000. Hemocultivos: Negativos microbiologicos -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocaterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en proceso

ANALISIS Y PLAN: Se trata de una paciente en la tercera década de la vida , con diagnóstico de LES, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC , usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes, recibió manejo con ceftazidime avibactam. Ahora hospitalizada nuevamente por osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA en proceso. Infectología deja manejo con Ceftazidima Avibactam + Rifampicina + Moxifloxacina. Por presencia de fiebre se tomó además prueba para covid, aun pendiente, se hará seguimiento por ahora con reactantes de fase aguda. Por reumatología se revalorará posteriormente para reinicio de manejo con inmunoglobulina, probablemente. Se explica.

Hospitalizada por medicina interna Seguimiento por infectología, ortopenia y reumatología

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.07.2021

Hora Registro: 14:52:30

Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA RECONSTRUCCIONES E INFECCIONES ÓSEA DR DIAZGRANADOS DIAGNOSTICOS: -LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -COMPROMISO INMUNOLÓGICO, HEMATOLÓGICO, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. -ARTRITIS SEPTICA + OSTEOMELITIS CADERA DERECHA -FÍSTULA CADERA IZQUIERDA- OSTEOMIELITIS?? **POP ERRADICACIÓN INFECCIÓN CADERA DERECHA 27.07.2021 SUBJETIVO: REFIERE DOLOR DE PREDOMINIO EN CADERA DERECHA, TOLERA VÍA ORAL, NIEGA NÁUSEAS O EMESIS. OBJETIVO: REGULARES CONDICIONES GENERLES, POSTRADA POR DEBILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES. ALERTA, ORIENTADA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. VAC EN CADERA Y CARA LATERAL DE MUSLO DERECHO FUNCIONANTE. MOVILIDAD DISTAL NO CONSERVADA, FUERZA -/++++ HERIDA (FÍSTULA) EN CADERA IZQUIERDA CUBIERTA CON APOsito. 28.07.2021: INFORME PRELIMINAR CULTIVO DE BACTERIAS: FEMUR DERECHO N°1 Se obtuvo crecimiento escaso de bacilos Gram negativos (Pseudomonas aeruginosa) en los medios sólidos y enriquecidos, a las 24 horas de incubación. ANALISIS Y PLAN: PACIENTE CON ENFERMEDAD REUMÁTICA DE DIFÍCIL MANEJO, CON COMPROMISO MULTISISTÉMICO, QUIEN HA SIDO TRATADA POR CIRUGIA PLASTICA POR ESCARAS EN REGION SACRA Y TROCATERICA BILATERAL. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA POR OSTEOMIELITIS EROSIVA DEL FEMUR PROXIMAL CON SECUNDARIA DESTRUCCION DE LA CADERA DERECHA, FUE LLEVADA EL 27.07.2021 A LAVADO, DESBRIDAMIENTO, CURETAJE Y SECUESTRECTOMIA DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO + COLOCACIÓN DE VAC. SERÁ LLEVADA A NUEVO LAVADO DE CADERA DERECHA EL DÍA MARTES DE AGOSTO, PENDIENTE DE NUEVOS HEMOCULTIVOS. CULTIVO DE HUESO POSITIVO PARA PSEUDOMONA AERUGINOSA, YA EN SEGUIMIENTO POR INFECTOLOGÍA QUIENES AJUSTAN MANEJO

ANTIBIÓTICO. DEBE CONTINUAR FISIOTERAPIA. NO SE LLEVARÁ A CIRUGÍA DE CADERA IZQUIERDA POR NO TENER SIGNOS DE OSTEOMIELITIS EN RMN. SE LE EXPLICA A LA PACIENTE Y A LA MADRE, ENTIENDEN Y ACEPTAN.

-
-
-

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.07.2021

Hora Registro: 16:43:52

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ - EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021)

-Fistulas trocantericas infectadas: Cultivo de secrecion trocanterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de femur derecho (27.07.21)

--Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en proceso LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico,hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia).

En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. Antimicrobianos Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021

Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 Laboratorios -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 -28.07.2021: Hemograma: Hb 8.4 GB 5400 N 4000 L 970 PLT 417000.

Hemocultivos: Negativos FECHA HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SATO2 30.07.2021 12:00:06 37,90 136,00 18,00

113,00 76,00 88,33 99,00 Paciente refiere sentirse regular con pobre modulación de dolor, tolera via oral, sin dificultad para respirar. Encuentro alerta, orientada, ha presentado febrículas, la mayor de 38.1°C, con tendencia a la taquicardia, le solicitaron PCR para Sars Cov2, con lo que estamos de acuerdo, hemocultivos aun negativos. Tiene reporte de cultivo de hueso tomado el 27 de Julio Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA en proceso. Esta paciente tiene un alta probabilidad de tener infección concomitante por S. Aureus el cual se había aislado en secreción inicialmente, dado lo anterior se inicia manejo con Cefotaxima Avibactam + Rifampicina + Moxifloxacina. Se solicitan reactantes de fase aguda de control. Pendiente nueva intervención por parte de Ortopedia en la que se procurará realizar lavado de cadera izquierda en el mismo tiempo quirúrgico. Continuamos vigilancia estrecha.

En el tratamiento de las infecciones en los huesos es supremamente importante el identificar claramente el germen que las está causando. El tratamiento empírico, es decir utilizar un antibiótico sin saber exactamente el germen que está causando la infección, hace que el tratamiento sea inapropiado en un número muy grande de casos, por lo tanto es fundamental tomar previamente los cultivos del caso (y de sitios significativos) para tener claridad sobre el germen. Sin embargo en algunos casos como osteomielitis cercana a los orificios naturales como la boca, senos paranasales y la pelvis y con frecuencia en el pie, estas infecciones usualmente causadas por varios gérmenes al mismo tiempo por lo tanto en muchos casos es difícil saber exactamente cuál es el germen causal. Los cultivos tomados a través de la herida, a través de fístulas u orificios que secretan pus no son adecuados en su inmensa mayoría (en un % muy alto son diferentes de los que realmente están en el hueso causando el daño), deben tomarse cultivos de la sangre o del hueso y antes de iniciar un antibiótico. En las osteomielitis agudas con frecuencia los cultivos de sangre son positivos, sin embargo en las osteomielitis crónicas rara vez lo son y el método de elección para conocer el germen causal es una muestra del hueso tomada en cirugía. Esta muestra debe ser procesada adecuadamente, ya que es una muestra difícil de repetir si el proceso es inadecuado. De estos cultivos los más importantes son los primeros y se debe tener mucho cuidado en la interpretación de cultivos tomados después de varios procedimientos o cuando previamente ha recibido antibióticos. Es supremamente importante que antes de tomar las muestras el paciente no reciba un régimen antibiótico, ni siquiera antibióticos profilácticos antes del procedimiento ya que esto disminuye la posibilidad de hacer un diagnóstico y puede traer consecuencias muy graves para el paciente. Los antibióticos pueden iniciarse en cirugía pero luego de la toma de las diferentes muestras, en ningún momento antes. Luego de tomar las muestras (las cuales deben ser suficientes tanto para análisis por patología como por microbiología, desde el punto de vista microbiología deben obtenerse muestras para la tinción de Gram, BK (Tinción para micobacterias), KOH (preparación con hidróxido de potasio para hongos) cultivos para bacterias, hongos y micobacterias y si es posible un PCR para *Estafilococo aureus*) el paciente debe iniciar un tratamiento antibiótico amplio, el cual luego de conocerse el germen que está causando la infección debe ser variado a un tratamiento más puntual, el cual podrá ser oral o venoso dependiendo del germen hallado en la zona y de los diferentes antibióticos en cuanto a su diferente penetración a los huesos. Este punto es muy importante ya que aunque las pruebas de susceptibilidad puedan demostrar que un germen es sensible a un antibiótico, si la penetración del antibiótico no es adecuada al hueso este no será útil. También se requiere la realización de exámenes periódicos para evaluar la seguridad y efectividad del tratamiento. La duración del tratamiento es muy variable y depende de la presencia o ausencia de material de osteosíntesis en la zona, es decir, placas, tornillos, prótesis y otras. Cuando existe este material de osteosíntesis normalmente el tratamiento antibiótico se extiende por varios meses para permitir que el hueso pueda pegar y los tornillos y clavos puedan ser eventualmente retirados. Debe saber que no es posible curar de manera absoluta y permanente una osteomielitis crónica, es posible en algunos casos tratar de tener un proceso latente con el objeto de preservar la extremidad y la función del hueso en la zona. Sin embargo en este contexto entonces existen posibilidades de reactivación de la enfermedad a corto y largo

plazo. La reactivación se caracteriza normalmente por la aparición nuevamente de síntomas inflamatorios en el área como es calor, enrojecimiento, dolor en la zona, ocasionalmente fiebre y alteración de los exámenes de sangre, si este es el caso el paciente deberá ser reevaluado, ver si requiere algún procedimiento quirúrgico adicional o no y deberá recibir antibióticos por un periodo de tiempo para tratar de calmar nuevamente el proceso infeccioso, mas no es posible considerar la posibilidad de una curación. Algunas reactivaciones están relacionadas al trauma local o un procedimiento quirúrgico en la zona, por esta razón un paciente con una osteomielitis crónica que va a ser sometido a una cirugía en el área debe recibir antibióticos por un periodo de tiempo. No en todos los casos en que hay una reactivación sabemos exactamente la causa, muchos de ellos ocurren por factores aun desconocidos para nosotros. Se debe tener cuidado en la interpretación de gammagrafías óseas. Esta prueba es utilizada normalmente en el diagnóstico de osteomielitis en los niños y cuando esta no ha ocurrido por la presencia de un trauma previo. En los adultos raramente utilizamos este tipo de exámenes ya que son positivos en una gran variedad de circunstancias, incluso diferentes a una osteomielitis, luego de un trauma o una cirugía e incluso años después, por lo que no permiten tener claridad sobre si en un momento dado el paciente tiene una osteomielitis activa u otra condición. Con frecuencia también se presentan dificultades en tener claridad sobre si un paciente presenta una reactivación de una osteomielitis en las extremidades inferiores ya que con frecuencia por efecto del trauma y cirugías pueden existir alteraciones de la piel y de los linfáticos que pueden causar ulceraciones crónicas de los tejidos y otras alteraciones en la zona y de los diferentes exámenes de laboratorio y de imágenes que pueden simular una osteomielitis sin que este sea realmente el cuadro. Por otro lado es importante anotar que algunas osteomielitis son de muy difícil diagnóstico por cuanto pueden no alterar los exámenes que son usualmente utilizados en el diagnóstico de esta condición, esta situación puede ocurrir en relación con problemas dentales y en el maxilar, en cartílagos como la nariz y huesos pequeños de la mano y pies y ocasionalmente infecciones de prótesis de hombros y de codo. Las anomalías usuales que se observan en el otro tipo de osteomielitis (en exámenes de sangre e imágenes) pueden no observarse teniendo una osteomielitis en estos sitios por lo tanto la evaluación debe ser por una persona experta y conocedora en este tema ya que es muy fácil pensar que el paciente no tiene una infección allí debido a que sus exámenes son normales sin tener en cuenta que este tipo de osteomielitis e infecciones son una excepción a la regla usual.

Es importante tener en cuenta que existen varios factores que dificultan el tratamiento apropiado de una osteomielitis en nuestro medio, algunos de los más frecuentes que se observan son: 1- La falta de una identificación puntual del germen que está causando la infección. Con frecuencia los pacientes reciben antibióticos sin saber que germen están tratando, o reciben antibióticos basados en cultivos de las heridas o secreciones, los cuales se sabe que tienen una alta tasa de error. Sin embargo con frecuencia este tipo de aproximación es necesaria cuando una osteomielitis compromete huesos cercanos a los orificios naturales o el pie. 2- El paciente continúa fumando. Se sabe que existe una relación muy importante entre el hábito de fumar y la dificultad en tratar una infección en los huesos. Los pacientes que tienen una infección en los huesos no deben fumar. 3- El retardo en el tratamiento apropiado. El paciente tiene un accidente con una fractura importante que requiere un tratamiento quirúrgico, pero por diferentes problemas esto es realizado varios días después, este es un factor de riesgo importante para el desarrollo de infecciones en la zona. 4- Iniciación de un tratamiento antibiótico empírico sin identificar previamente el germen. El paciente tuvo un trauma, presenta una fractura, le han colocado allí material de osteosíntesis consistente en tornillos, placas u otros y luego inicia un cuadro de fiebre, dolor, enrojecimiento en la zona y se inicia un tratamiento antibiótico empírico sin tomar adecuadamente los cultivos y sin saber cuál es el germen que está causando la infección. En estos casos la probabilidad de fallar a corto y largo plazo es muy alta. 5- Es un cuadro de una osteomielitis crónica o tiene una fístula y el paciente recibe antibióticos sin ser llevado a cirugía en donde se limpien adecuadamente los huesos, se retiren los sequestros óseos, material de osteosíntesis y tejido desvitalizado de una manera completa. La mayor parte de las veces estos tratamientos no tienen mayor utilidad. 6- Es llevado a cirugía pero la limpieza ósea no es completa. Generalmente en estos casos puede haber una mejoría transitoria pero posteriormente una recaída de la infección. 7- Se escoge un antibiótico basado en las pruebas de susceptibilidad sin tener presente que tanto del antibiótico pudiera llegar al hueso o como es su acción cuando hay un biofilm (es decir cuando hay un cuerpo extraño o el mismo hueso en el cual se forma una especie de película) muchos antibióticos tienen gran dificultad en actuar allí. En estos términos se debe hacer lo posible por utilizar antibióticos o mezcla de antibióticos que contengan quinolonas y/o Rifampicina de lo contrario la probabilidad de fallar es mucho más alta a pesar de que en el laboratorio el antibiótico pueda aparecer como sensible o útil. 8 - El paciente empeora y el área de infección se torna más inflamada y se considera cambiar el régimen antibiótico por uno más potente o diferente sin llevar el paciente a cirugía y realizar un drenaje de abscesos y/o sequestros óseos... usualmente esta aproximación no tiene utilidad.

*

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 30.07.2021

Hora Registro: 16:50:13

Responsable: PARRA, ANGIE LORENA

INDICACIONES A ENFERMERIA:

NUTRICION 1. DIETA BLANDA. REFRIGERIOS MAÑANA Y TARDE CON FRUTA + GELATINA. REFRIGERIO NOCHE: YOGURT O AVENA+HARINA. NO FRUTAS ASTRINGENTES. 2. VIA ORAL, PROWHEY 20 GRAMOS A LAS 9 HORAS

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.07.2021

Hora Registro: 08:42:49

Responsable: FIGUEROA PERDOMO, RODRIGO

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

ANESTESIOLOGIA -CLINICA DEL DOLOR: 21 AÑOS DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fistulas trocantericas infectadas: Cultivo de secrecion trocanterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de femur derecho (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en proceso LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico,hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. MNJO ANALGESICO ACTUAL: OXICODONA 3MG EV CADA 8 HRS. ACETAMINOFEN 1 GR VIA ORAL CADA 8 HRS. HIOSCINA SIMPLE 20 MG EV CADA 12 HRS. SE INTERCONSULTA A CLINICA DEL DOLOR AGUDO POR DOLOR NO TOLERABLE. PACTE EN POP 4TO DIA DE CX ORTOPEDICA COMPLEJA DE FEMUR DERECHO.REFIERE DOLOR EN AREA QUIRURGICA IRRADIADO A LA REGION LUMBAR DE ESE MISMO LADO- EVA REPOSO 3/10 Y EN MOVTO 8/10 TA:111/81 FC:106X' SAO2:98% FRESP:17X' TEMP 36 NIEGA NAUSEAS Y VOMITO. DEPOSICION BIEN(CON LACTULOSA) TIENE PLANEADA POR PARTE DE CX TRATANTE (DR DIAZGRANADOS),NUEVA CX EL MARTES PROXIMO. ANTE DEFICIENTE CONTROL DEL DOLOR POP DECIDO: INICIAR PCA OXICODONA ASI:BOLO 1MG,INTERV SEG 10 MIN Y DOSIS MAX 4H 10MG. SE ADICIONA DIPIRONA 1250 MG EV CADA 6 HRS. ACETAMINOFEN Y HIOSCINA IGUAL. REEVALUAR MAÑANA.

..

..

..

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.07.2021

Hora Registro: 10:25:35

Responsable: DIAZGRANADOS SUAREZ, FAUSTO ALONSO

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA RECONSTRUCCIONES E INFECCIONES ÓSEA - DR DIAZGRANADOS EVOLUCION DIARIA DIAGNOSTICOS: 1. ULCERA TROCANTERICA DERECHA ASOCIADA A OSTEOMIELITIS CADERA DERECHA 1.1 POP ERRADICACIÓN INFECCIÓN CADERA DERECHA 27.07.2021 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO 2.1 COMPROMISO INMUNOLÓGICO, HEMATOLÓGICO, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. 3. FÍSTULA CADERA IZQUIERDA SUBJETIVO: IA PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN CON BUENA MODULACION DEL DOLOR, DOLOR DE PREDOMINIO EN CADERA DERECHA, TOLERA VÍA ORAL, NIEGA NÁUSEAS O EMESIS. OBJETIVO: ENCUENTRO APCIENTE EN BUENAS OCNDICONES GENERALES, ALERTA HIDRATADA Y AFEBRICL CON SIGNOS VITALESESTABLES, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA VAC SOBRE ULCERA TROCANTERICA DERECHA TAPONADO, CON SUCCION INTERMITENTE. ULCERA SOBRE CADERA IZQUIERDA CUBIERTA CON APOSITO CON SECRECION ACTIVA BLANQUECINA NO FETIDA. MOVILIDAD DISTAL DISMINUIDA, FUERZA -/++++ HERIDA. 28.07.2021: INFORME PRELIMINAR CULTIVO DE BACTERIAS: FEMUR DERECHO N°1 Se obtuvo crecimiento escaso de bacilos Gram negativos (Pseudomonas aeruginosa) en los medios sólidos y enriquecidos, a las 24 horas de incubación. ANALISIS Y PLAN: PACIENTE CON ENFERMEDAD REUMÁTICA DE DIFICIL MANEJO, CON COMPROMISO MULTISISTÉMICO, QUIEN HA SIDO TRATADA POR CIRUGIA PLASTICA POR ESCARAS EN REGION SACRA Y TROCANTERICA BILATERAL. EN SEGUIENTO POR ORTOPEDIA POR OSTEOMIELITIS EROSIVA DEL FEMUR PROXIMAL DERECHO ACTUALMENTE EN POP DEL 27.07.2021 DONDE SE REALIZO LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CURETAJE Y SECUESTRECTOMIA DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO + COLOCACIÓN DE VAC. SERÁ LLEVADA A NUEVO LAVADO DE CADERA DERECHA EL DÍA MARTES 03.08.2021, PENDIENTE DE NUEVOS HEMOCULTIVOS. CULTIVO DE HUESO POSITIVO PARA PSEUDOMONA AERUGINOSA, YA EN SEGUIMIENTO POR INFECTOLOGÍA QUIENES AJUSTAN MANEJO ANTIBIÓTICO. DEBE CONTINUAR FISIOTERAPIA. NO SE LLEVARÁ A CIRUGÍA DE CADERA IZQUIERDA POR NO TENER SIGNOS DE OSTEOMIELITIS EN RMN, SE REALIZARA TOMA DE CULTIVO INTRAQUIRURGICO EL MARTES POR SOLICITUD DE INFECTOLOGIA. SE LE EXPLICA A LA PACIENTE Y A LA MADRE, ENTIENDEN Y ACEPTAN. Maria Antonia Gomez Sierra Residente Ortopedia y Traumatologia

-

-

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.07.2021

Hora Registro: 11:22:44

Responsable: GARCIA MAFLA, LINA MARCELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA INTERNA NOMBRE: LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 ENTIDAD DE SALUD: COOMEVA EPS S.A. RC DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fistulas trocatericas infectadas: Cultivo de secrecion trocaterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de femur derecho (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en proceso LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico,hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. Antimicrobianos Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 ANTECEDENTES PERSONALES: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Purpura trombocitopenica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistemica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). SUBJETIVO: ESTABLE

EXAMEN FISICO: Paciente en cama ,regulares condiciones, álgica T 36.6 FC 124 FR 18 TA 108/70 TAM 82 SO2 97 OJOS: Pupilas Isocoricas Normo reactivas, escleras anictericas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardiacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocatericas bilaterales, con secreción serohematica escasa cantidad. HEMATOLOGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios 31.07.21 CREAT 0.44 LEUCOS 4840 N 2970 L 1300 HGB 7.4 HCTO 25 PLT 456000 PCR 8.7 -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 -28.07.2021: Hemograma: Hb 8.4 GB 5400 N 4000 L 970 PLT 417000. Hemocultivos: Negativos microbiologicos -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocaterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en proceso

ANALISIS Y PLAN: Se trata de una paciente en la tercera década de la vida , con diagnóstico de LES, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC , usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes, recibió manejo con ceftazidime avibactam. Ahora hospitalizada nuevamente por osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA en proceso. Infectología deja manejo con Ceftazidima Avibactam + Rifampicina + Moxifloxacina. Por presencia de fiebre se tomó además prueba para covid, aun pendiente, se hará seguimiento por ahora con reactantes de fase aguda. Por reumatología se revalorará posteriormente para reinicio de manejo con inmunoglobulina, probablemente. Ortopedia considera llevar nuevamente a cirugía el martes para toma de cultivo intraquirurgico. Continamos manejo multidisciplinario.

CX EL MARTES POR ORTOPEDIA Seguimiento por infectología, ortopenia y reumatología

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.07.2021

Hora Registro: 12:51:22

Responsable: BADILLO MORALES, ANGELICA GISELLE

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ - EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fistulas trocatericas infectadas: Cultivo de secrecion trocaterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de femur derecho (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico,hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Antimicrobianos Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 Laboratorios -31.07.2021: Hemograma: Hb 7.4 GB 4840 N 2970 L 1300 PLT 456000. PCR 8.74 CREAT 0.44 -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 -28.07.2021: Hemograma: Hb 8.4 GB 5400 N 4000 L 970 PLT 417000. Hemocultivos: Negativos TEMP FC FR TAS TAD TAM SATO2 36,60 124,00 18,00 108,00 70,00 82,67 97,00 Paciente refiere sentirse un poco mejor, con mejor modulacion de dolor posterior a analgesia con PCA. Encuentro en aparentes aceptables condiciones generales, PCR en descenso, sin nuevos picos febriles posterior a ajuste de tratamiento antimicrobiano. Tiene PCR para Sars Cov2 negativo. Paciente con aislamiento de Pseudomonas aeruginosa KPC a nivel de hueso con alta probabilidad de infeccion concomitante por S. Aureus por lo cual ayer se ajusto manejo a Ceftazidima Avibactam + Rifampicina + Moxifloxacina (este último se sugiere dar en la noche). Paciente con trayecto fistuloso profundo a nivel de trocater izquierdo, Ortopedia realizará toma de cultivo intraquirurgico para guiar terapia antimicrobiana.

Continuamos vigilancia estrecha.

En el tratamiento de las infecciones en los huesos es supremamente importante el identificar claramente el germen que las está causando. El tratamiento empírico, es decir utilizar un antibiótico sin saber exactamente el germen que está causando la infección, hace que el tratamiento sea inapropiado en un número muy grande de casos, por lo tanto es fundamental tomar previamente los cultivos del caso (y de sitios significativos) para tener claridad sobre el germen. Sin embargo en algunos casos como osteomielitis cercana a los orificios naturales como la boca, senos paranasales y la pelvis y con frecuencia en el pie, estas infecciones usualmente causadas por varios gérmenes al mismo tiempo por lo tanto en muchos casos es difícil saber exactamente cuál es el germen causal. Los cultivos tomados a través de la herida, a través de fístulas u orificios que secretan pus no son adecuados en su inmensa mayoría (en un % muy alto son diferentes de los que realmente están en el hueso causando el daño), deben tomarse cultivos de la sangre o del hueso y antes de iniciar un antibiótico. En las osteomielitis agudas con frecuencia los cultivos de sangre son positivos, sin embargo en las osteomielitis crónicas rara vez lo son y el método de elección para conocer el germen causal es una muestra del hueso tomada en cirugía. Esta muestra debe ser procesada adecuadamente, ya que es una muestra difícil de repetir si el proceso es inadecuado. De estos cultivos los más importantes son los primeros y se debe tener mucho cuidado en la interpretación de cultivos tomados después de varios procedimientos o cuando previamente ha recibido antibióticos. Es supremamente importante que antes de tomar las muestras el paciente no reciba un régimen antibiótico, ni siquiera antibióticos profilácticos antes del procedimiento ya que esto disminuye la posibilidad de hacer un diagnóstico y puede traer consecuencias muy graves para el paciente. Los antibióticos pueden iniciarse en cirugía pero luego de la toma de las diferentes muestras, en ningún momento antes. Luego de tomar las muestras (las cuales deben ser suficientes tanto para análisis por patología como por microbiología, desde el punto de vista microbiología deben obtenerse muestras para la tinción de Gram, BK (Tinción para micobacterias), KOH (preparación con hidróxido de potasio para hongos) cultivos para bacterias, hongos y micobacterias y si es posible un PCR para *Staphylococcus aureus*) el paciente debe iniciar un tratamiento antibiótico amplio, el cual luego de conocerse el germen que está causando la infección debe ser variado a un tratamiento más puntual, el cual podrá ser oral o venoso dependiendo del germen hallado en la zona y de los diferentes antibióticos en cuanto a su diferente penetración a los huesos. Este punto es muy importante ya que aunque las pruebas de susceptibilidad puedan demostrar que un germen es sensible a un antibiótico, si la penetración del antibiótico no es adecuada al hueso este no será útil. También se requiere la realización de exámenes periódicos para evaluar la seguridad y efectividad del tratamiento. La duración del tratamiento es muy variable y depende de la presencia o ausencia de material de osteosíntesis en la zona, es decir, placas, tornillos, prótesis y otras. Cuando existe este material de osteosíntesis normalmente el tratamiento antibiótico se extiende por varios meses para permitir que el hueso pueda pegar y los tornillos y clavos puedan ser eventualmente retirados. Debe saber que no es posible curar de manera absoluta y permanente una osteomielitis crónica, es posible en algunos casos tratar de tener un proceso latente con el objeto de preservar la extremidad y la función del hueso en la zona. Sin embargo en este contexto entonces existen posibilidades de reactivación de la enfermedad a corto y largo plazo. La reactivación se caracteriza normalmente por la aparición nuevamente de síntomas inflamatorios en el área como es calor, enrojecimiento, dolor en la zona, ocasionalmente fiebre y alteración de los exámenes de sangre, si este es el caso el paciente deberá ser reevaluado, ver si requiere algún procedimiento quirúrgico adicional o no y deberá recibir antibióticos por un periodo de tiempo para tratar de calmar nuevamente el proceso infeccioso, mas no es posible considerar la posibilidad de una curación. Algunas reactivaciones están relacionadas al trauma local o un procedimiento quirúrgico en la zona, por esta razón un paciente con una osteomielitis crónica que va a ser sometido a una cirugía en el área debe recibir antibióticos por un periodo de tiempo. No en todos los casos en que hay una reactivación sabemos exactamente la causa, muchos de ellos ocurren por factores aun desconocidos para nosotros. Se debe tener cuidado en la interpretación de gammagrafías óseas. Esta prueba es utilizada normalmente en el diagnóstico de osteomielitis en los niños y cuando esta no ha ocurrido por la presencia de un trauma previo. En los adultos raramente utilizamos este tipo de exámenes ya que son positivos en una gran variedad de circunstancias, incluso diferentes a una osteomielitis, luego de un trauma o una cirugía e incluso años después, por lo que no permiten tener claridad sobre si en un momento dado el paciente tiene una osteomielitis activa u otra condición. Con frecuencia también se presentan dificultades en tener claridad sobre si un paciente presenta una reactivación de una osteomielitis en las extremidades inferiores ya que con frecuencia por efecto del trauma y cirugías pueden existir alteraciones de la piel y de los linfáticos que pueden causar ulceraciones crónicas de los tejidos y otras alteraciones en la zona y de los diferentes exámenes de laboratorio y de imágenes que pueden simular una osteomielitis sin que este sea realmente el cuadro. Por otro lado es importante anotar que algunas osteomielitis son de muy difícil diagnóstico por cuanto pueden no alterar los exámenes que son usualmente utilizados en el diagnóstico de esta condición, esta situación puede ocurrir en relación con problemas dentales y en el maxilar, en cartílagos como la nariz y huesos pequeños de la mano y pies y ocasionalmente infecciones de prótesis de hombros y de codo. Las anomalías usuales que se observan el otro tipo de osteomielitis (en exámenes de sangre e imágenes) pueden no observarse teniendo una osteomielitis en estos sitios por lo tanto en estos casos la evaluación debe ser por una persona experta y conocedora en este tema ya que es muy fácil pensar que el paciente no tiene una infección allí debido a que sus exámenes son normales sin tener en cuenta que este tipo de osteomielitis e infecciones son una excepción a la regla usual.

Es importante tener en cuenta que existen varios factores que dificultan el tratamiento apropiado de una osteomielitis en nuestro medio, algunos de los más frecuentes que se observan son: 1- La falta de una identificación puntual del germen que está causando la infección. Con frecuencia los pacientes reciben antibióticos sin saber que germen están tratando, o reciben antibióticos basados en cultivos de las heridas o secreciones, los cuales se sabe que tienen una alta tasa de error. Sin embargo con frecuencia este tipo de aproximación es necesaria cuando una osteomielitis

compromete huesos cercanos a los orificios naturales o el pie. 2- El paciente continúa fumando. Se sabe que existe una relación muy importante entre el hábito de fumar y la dificultad en tratar una infección en los huesos. Los pacientes que tienen una infección en los huesos no deben fumar. 3- El retardo en el tratamiento apropiado. El paciente tiene un accidente con una fractura importante que requiere un tratamiento quirúrgico, pero por diferentes problemas esto es realizado varios días después, este es un factor de riesgo importante para el desarrollo de infecciones en la zona. 4- Iniciación de un tratamiento antibiótico empírico sin identificar previamente el germen. El paciente tuvo un trauma, presenta una fractura, le han colocado allí material de osteosíntesis consistente en tornillos, placas u otros y luego inicia un cuadro de fiebre, dolor, enrojecimiento en la zona y se inicia un tratamiento antibiótico empírico sin tomar adecuadamente los cultivos y sin saber cuál es el germen que está causando la infección. En estos casos la probabilidad de fallar a corto y largo plazo es muy alta. 5- Es un cuadro de una osteomielitis crónica o tiene una fístula y el paciente recibe antibióticos sin ser llevado a cirugía en donde se limpien adecuadamente los huesos, se retiren los secuestros óseos, material de osteosíntesis y tejido desvitalizado de una manera completa. La mayor parte de las veces estos tratamientos no tienen mayor utilidad. 6- Es llevado a cirugía pero la limpieza ósea no es completa. Generalmente en estos casos puede haber una mejoría transitoria pero posteriormente una recaída de la infección. 7- Se escoge un antibiótico basado en las pruebas de susceptibilidad sin tener presente que tanto del antibiótico pudiera llegar al hueso o como es su acción cuando hay un biofilm (es decir cuando hay un cuerpo extraño o el mismo hueso en el cual se forma una especie de película) muchos antibióticos tienen gran dificultad en actuar allí. En estos términos se debe hacer lo posible por utilizar antibióticos o mezcla de antibióticos que contengan quinolonas y/o Rifampicina de lo contrario la probabilidad de fallar es mucho más alta a pesar de que en el laboratorio el antibiótico pueda aparecer como sensible o útil. 8 - El paciente empeora y el área de infección se torna más inflamada y se considera cambiar el régimen antibiótico por uno más potente o diferente sin llevar el paciente a cirugía y realizar un drenaje de abscesos y/o secuestros óseos... usualmente esta aproximación no tiene utilidad.

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.07.2021

Hora Registro: 13:11:25

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ - EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fistulas trocatericas infectadas: Cultivo de secrecion trocaterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de femur derecho (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Antimicrobianos Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 Laboratorios -31.07.2021: Hemograma: Hb 7.4 GB 4840 N 2970 L 1300 PLT 456000. PCR 8.74 CREAT 0.44 -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 -28.07.2021: Hemograma: Hb 8.4 GB 5400 N 4000 L 970 PLT 417000. Hemocultivos: Negativos TEMP FC FR TAS TAD TAM SATO2 36,60 124,00 18,00 108,00 70,00 82,67 97,00 Paciente refiere sentirse un poco mejor, con mejor modulacion de dolor posterior a analgesia con PCA. Encuentro en aparentes aceptables condiciones generales, PCR en descenso, sin nuevos picos febriles posterior a ajuste de tratamiento antimicrobiano. Tiene PCR para Sars Cov2 negativo. Paciente con aislamiento de Pseudomonas aeruginosa KPC a nivel de hueso con alta probabilidad de infeccion concomitante por S. Aureus por lo cual ayer se ajusto manejo a Ceftazidima Avibactam + Rifampicina + Moxifloxacina (este último se sugiere dar en la noche). Paciente con trayecto fistuloso profundo a nivel de trocanter izquierdo, Orotopia realizará toma de cultivo intraquirurgico para guiar terapia antimicrobiana. Continuamos vigilancia estrecha.

En el tratamiento de las infecciones en los huesos es supremamente importante el identificar claramente el germen que las está causando. El tratamiento empírico, es decir utilizar un antibiótico sin saber exactamente el germen que está causando la infección, hace que el tratamiento sea inapropiado en un número muy grande de casos, por lo tanto es fundamental tomar previamente los cultivos del caso (y de sitios significativos) para tener claridad sobre el germen. Sin embargo en algunos casos como osteomielitis cercana a los orificios naturales como la boca, senos paranasales y la pelvis y con frecuencia en el pie, estas infecciones usualmente causadas por varios gérmenes al mismo tiempo por lo tanto en muchos casos es difícil saber exactamente cuál es el germen causal. Los cultivos tomados a través de la herida, a través de fístulas u orificios que secretan pus no son adecuados en su inmensa mayoría (en un % muy alto son diferentes de los que realmente están en el hueso causando el daño), deben tomarse cultivos de la sangre o del hueso y antes de iniciar un antibiótico. En las osteomielitis agudas con frecuencia los cultivos de sangre son positivos, sin embargo en las osteomielitis crónicas rara vez lo son y el método de elección para conocer el germen causal es una muestra del hueso tomada en cirugía. Esta muestra debe ser procesada adecuadamente, ya que es una muestra difícil de repetir si el proceso es inadecuado. De estos cultivos los más importantes son los primeros y se debe tener mucho cuidado en la interpretación de cultivos tomados después de varios procedimientos o cuando previamente ha recibido antibióticos. Es supremamente importante que antes de tomar las muestras el paciente no reciba un régimen antibiótico, ni siquiera antibióticos profilácticos antes del procedimiento ya que esto disminuye la posibilidad de hacer

un diagnóstico y puede traer consecuencias muy graves para el paciente. Los antibióticos pueden iniciarse en cirugía pero luego de la toma de las diferentes muestras, en ningún momento antes. Luego de tomar las muestras (las cuales deben ser suficientes tanto para análisis por patología como por microbiología, desde el punto de vista microbiología deben obtenerse muestras para la tinción de Gram, BK (Tinción para micobacterias), KOH (preparación con hidróxido de potasio para hongos) cultivos para bacterias, hongos y micobacterias y si es posible un PCR para *Staphylococcus aureus*) el paciente debe iniciar un tratamiento antibiótico amplio, el cual luego de conocerse el germen que está causando la infección debe ser variado a un tratamiento más puntual, el cual podrá ser oral o venoso dependiendo del germen hallado en la zona y de los diferentes antibióticos en cuanto a su diferente penetración a los huesos. Este punto es muy importante ya que aunque las pruebas de susceptibilidad puedan demostrar que un germen es sensible a un antibiótico, si la penetración del antibiótico no es adecuada al hueso este no será útil. También se requiere la realización de exámenes periódicos para evaluar la seguridad y efectividad del tratamiento. La duración del tratamiento es muy variable y depende de la presencia o ausencia de material de osteosíntesis en la zona, es decir, placas, tornillos, prótesis y otras. Cuando existe este material de osteosíntesis normalmente el tratamiento antibiótico se extiende por varios meses para permitir que el hueso pueda pegar y los tornillos y clavos puedan ser eventualmente retirados. Debe saber que no es posible curar de manera absoluta y permanente una osteomielitis crónica, es posible en algunos casos tratar de tener un proceso latente con el objeto de preservar la extremidad y la función del hueso en la zona. Sin embargo en este contexto entonces existen posibilidades de reactivación de la enfermedad a corto y largo plazo. La reactivación se caracteriza normalmente por la aparición nuevamente de síntomas inflamatorios en el área como es calor, enrojecimiento, dolor en la zona, ocasionalmente fiebre y alteración de los exámenes de sangre, si este es el caso el paciente deberá ser reevaluado, ver si requiere algún procedimiento quirúrgico adicional o no y deberá recibir antibióticos por un periodo de tiempo para tratar de calmar nuevamente el proceso infeccioso, mas no es posible considerar la posibilidad de una curación. Algunas reactivaciones están relacionadas al trauma local o un procedimiento quirúrgico en la zona, por esta razón un paciente con una osteomielitis crónica que va ha ser sometido a una cirugía en el área debe recibir antibióticos por un periodo de tiempo. No en todos los casos en que hay una reactivación sabemos exactamente la causa, muchos de ellos ocurren por factores aun desconocidos para nosotros. Se debe tener cuidado en la interpretación de gammagrafías óseas. Esta prueba es utilizada normalmente en el diagnóstico de osteomielitis en los niños y cuando esta no ha ocurrido por la presencia de un trauma previo. En los adultos raramente utilizamos este tipo de exámenes ya que son positivos en una gran variedad de circunstancias, incluso diferentes a una osteomielitis, luego de un trauma o una cirugía e incluso años después, por lo que no permiten tener claridad sobre si en un momento dado el paciente tiene una osteomielitis activa u otra condición. Con frecuencia también se presentan dificultades en tener claridad sobre si un paciente presenta una reactivación de una osteomielitis en las extremidades inferiores ya que con frecuencia por efecto del trauma y cirugías pueden existir alteraciones de la piel y de los linfáticos que pueden causar ulceraciones crónicas de los tejidos y otras alteraciones en la zona y de los diferentes exámenes de laboratorio y de imágenes que pueden simular una osteomielitis sin que este sea realmente el cuadro. Por otro lado es importante anotar que algunas osteomielitis son de muy difícil diagnóstico por cuanto pueden no alterar los exámenes que son usualmente utilizados en el diagnóstico de esta condición, esta situación puede ocurrir en relación con problemas dentales y en el maxilar, en cartílagos como la nariz y huesos pequeños de la mano y pies y ocasionalmente infecciones de prótesis de hombros y de codo. Las anomalías usuales que se observan el otro tipo de osteomielitis (en exámenes de sangre e imágenes) pueden no observarse teniendo una osteomielitis en estos sitios por lo tanto en estos casos la evaluación debe ser por una persona experta y conocedora en este tema ya que es muy fácil pensar que el paciente no tiene una infección allí debido a que sus exámenes son normales sin tener en cuenta que este tipo de osteomielitis e infecciones son una excepción a la regla usual.

Es importante tener en cuenta que existen varios factores que dificultan el tratamiento apropiado de una osteomielitis en nuestro medio, algunos de los más frecuentes que se observan son: 1- La falta de una identificación puntual del germen que está causando la infección. Con frecuencia los pacientes reciben antibióticos sin saber que germen están tratando, o reciben antibióticos basados en cultivos de las heridas o secreciones, los cuales se sabe que tienen una alta tasa de error. Sin embargo con frecuencia este tipo de aproximación es necesaria cuando una osteomielitis compromete huesos cercanos a los orificios naturales o el pie. 2- El paciente continúa fumando. Se sabe que existe una relación muy importante entre el hábito de fumar y la dificultad en tratar una infección en los huesos. Los pacientes que tienen una infección en los huesos no deben fumar. 3- El retardo en el tratamiento apropiado. El paciente tiene un accidente con una fractura importante que requiere un tratamiento quirúrgico, pero por diferentes problemas esto es realizado varios días después, este es un factor de riesgo importante para el desarrollo de infecciones en la zona. 4- Iniciación de un tratamiento antibiótico empírico sin identificar previamente el germen. El paciente tuvo un trauma, presenta una fractura, le han colocado allí material de osteosíntesis consistente en tornillos, placas u otros y luego inicia un cuadro de fiebre, dolor, enrojecimiento en la zona y se inicia un tratamiento antibiótico empírico sin tomar adecuadamente los cultivos y sin saber cuál es el germen que está causando la infección. En estos casos la probabilidad de fallar a corto y largo plazo es muy alta. 5- Es un cuadro de una osteomielitis crónica o tiene una fístula y el paciente recibe antibióticos sin ser llevado a cirugía en donde se limpien adecuadamente los huesos, se retiren los sequestratos óseos, material de osteosíntesis y tejido desvitalizado de una manera completa. La mayor parte de las veces estos tratamientos no tienen mayor utilidad. 6- Es llevado a cirugía pero la limpieza ósea no es completa. Generalmente en estos casos puede haber una mejoría transitoria pero posteriormente una recaída de la infección. 7- Se escoge un antibiótico basado en las pruebas de susceptibilidad sin tener presente que tanto del antibiótico pudiera llegar al hueso o como es su acción cuando hay un biofilm (es decir cuando hay un cuerpo extraño o el mismo hueso en el cual se forma una especie de película) muchos antibióticos tienen gran dificultad en actuar allí. En estos términos se debe hacer lo posible por utilizar antibióticos o mezcla de antibióticos que contengan quinolonas y/o Rifampicina de

lo contrario la probabilidad de fallar es mucho más alta a pesar de que en el laboratorio el antibiótico pueda aparecer como sensible o útil. 8 - El paciente empeora y el área de infección se torna más inflamada y se considera cambiar el régimen antibiótico por uno más potente o diferente sin llevar el paciente a cirugía y realizar un drenaje de abscesos y/o secuestros óseos... usualmente esta aproximación no tiene utilidad.

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.08.2021

Hora Registro: 08:20:24

Responsable: DIAZGRANADOS SUAREZ, FAUSTO ALONSO

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA RECONSTRUCCIONES E INFECCIONES ÓSEA - DR DIAZGRANADOS EVOLUCION DIARIA DIAGNOSTICOS: 1. ULCERA TROCANTERICA DERECHA ASOCIADA A OSTEOMIELITIS CADERA DERECHA 1.1 POP ERRADICACIÓN INFECCIÓN CADERA DERECHA 27.07.2021 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO 2.1 COMPROMISO INMUNOLÓGICO, HEMATOLÓGICO, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. 3. FÍSTULA CADERA IZQUIERDA SUBJETIVO: IA PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN CON BUENA MODULACION DEL DOLOR, DOLOR DE PREDOMINIO EN CADERA DERECHA, TOLERA VÍA ORAL, NIEGA NÁUSEAS O EMESIS. OBJETIVO: ENCUENTRO PACIENTE EN BUENAS OCNDICONES GENERALES, ALERTA HIDRATADA Y AFEBRIL CON SIGNOS VITALESESTABLES, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA VAC SOBRE ULCERA TROCANTERICA DERECHA TAPONADO, CON SUCCION INTERMITENTE. ULCERA SOBRE CADERA IZQUIERDA CUBIERTA CON APOSITO CON SECRECION ACTIVA BLANQUECINA NO FETIDA. MOVILIDAD DISTAL DISMINUIDA, FUERZA -/++++ HERIDA. 28.07.2021: INFORME PRELIMINAR CULTIVO DE BACTERIAS: FEMUR DERECHO N°1 Se obtuvo crecimiento escaso de bacilos Gram negativos (Pseudomonas aeruginosa) en los medios sólidos y enriquecidos, a las 24 horas de incubación. ANALISIS Y PLAN: PACIENTE CON ENFERMEDAD REUMÁTICA DE DIFÍCIL MANEJO, CON COMPROMISO MULTISISTÉMICO, QUIEN HA SIDO TRATADA POR CIRUGIA PLASTICA POR ESCARAS EN REGION SACRA Y TROCANTERICA BILATERAL. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA POR OSTEOMIELITIS EROSIVA DEL FEMUR PROXIMAL DERECHO ACTUALMENTE EN POP DEL 27.07.2021 DONDE SE REALIZO LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CURETAGE Y SECUESTRECTOMIA DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO + COLOCACIÓN DE VAC. SERÁ LLEVADA A NUEVO LAVADO DE CADERA DERECHA EL DÍA MARTES 03.08.2021, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, SE RESPONDEN PREGUNTAS. PENDIENTE DE NUEVOS HEMOCULTIVOS. CULTIVO DE HUESO POSITIVO PARA PSEUDOMONA AERUGINOSA, YA EN SEGUIMIENTO POR INFECTOLOGÍA QUIENES AJUSTAN MANEJO ANTIBIÓTICO. DEBE CONTINUAR FISIOTERAPIA. SE LE EXPLICA A LA PACIENTE Y A LA MADRE, ENTIENDEN Y ACEPTAN. Maria Antonia Gomez Sierra Residente Ortopedia y Traumatología

-

-

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.08.2021

Hora Registro: 13:28:30

Responsable: BURBANO HURTADO, MAURICIO

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

ANESTESIOLOGIA -CLINICA DEL DOLOR: 21 AÑOS DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fistulas trocántericas infectadas: Cultivo de secrecion trocánterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de femur derecho (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en proceso LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico,hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. MNJO ANALGESICO ACTUAL: PCA OXICODONA ASI:BOLO 1MG,INTERV SEG 10 MIN Y DOSIS MAX 4H 10MG. CONSUMO 5/5 EN 12 HORAS. ACETAMINOFEN 1 GR VIA ORAL CADA 8 HRS. HIOSCINA SIMPLE 20 MG EV CADA 12 HRS. DIPIRONA 1250MG CADA 6 HRS. REFIERE LA PACIENTE LEVE MEJORIA DE DOLOR. PACTE EN POP 5TO DIA DE CX ORTOPEDICA COMPLEJA DE FEMUR DERECHO.REFIERE DOLOR EN AREA QUIRURGICA IRRADIADO A LA REGION LUMBAR DE ESE MISMO LADO- ACTUALMENTE PACIENTE DURANTE EL BAÑO DIARIO REFEIRE EVA REPOSO 3/10 Y EN MOVTO 7/10 NIEGA NAUSEAS Y VOMITO. DEPOSICION BIEN(CON LACTULOSA). PTE ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL, NO DIFIUCLTAD RESPIRATORIA Y SIN SOPORTE VASOACTIVO O VENTILATORIO. C/P SIN ALTERACION. I/EVOLUCION CON LEVE MEJORIA DE DOLOR. TIENE PLANEADA POR PARTE DE CX TRATANTE (DR DIAZGRANADOS),NUEVA CX EL MARTES PROXIMO, POR TAL MOTIVO SE DECIDE CONTINUA MANEJO IGUAL CON PCA. REEVALUAR MAÑANA.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.08.2021

Hora Registro: 10:04:53

Responsable: GIRALDO ESCOBAR, CAROLINA

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

ANESTESIOLOGIA -CLINICA DEL DOLOR: 21 AÑOS DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO:

-Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fistulas trocantericas infectadas:

Cultivo de secrecion trocanterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos

(22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de femur derecho (27.07.21) --Cultivo hueso:

Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en proceso 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso

inmunológico,hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y

protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. MaNeJO ANALGESICO ACTUAL: PCA OXICODONA

ASI:BOLO 1MG,INTERV SEG 10 MIN Y DOSIS MAX 4H 10MG. CONSUMO 0/0 EN 12 HORAS.2/2 en 24 h

ACETAMINOFEN 1 GR VIA ORAL CADA 8 HRS. HIOSCINA SIMPLE 20 MG EV CADA 12 HRS. DIPIRONA 1250MG CADA 6

HRS. REFIERE LA PACIENTE LEVE MEJORIA DE DOLOR. duerme bien, tiene retirado el VAC PACTE EN POP 6TO DIA

DE CX ORTOPEDICA COMPLEJA DE FEMUR DERECHO.REFIERE DOLOR EN AREA QUIRURGICA IRRADIADO A LA

REGION LUMBAR DE ESE MISMO LADO- ACTUALMENTE PACIENTE DURANTE EL BAÑO DIARIO REFEIRE EVA REPOSO

1/10 Y EN MOVTO 7-8/10 NIEGA NAUSEAS Y VOMITO. DEPOSICION BIEN(CON LACTULOSA). ULTIMA DEPOSICION

AYER LA ALIMENTACION LE OCASIONA ALGO DE DISTENSION ABDOMINAL PTE ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL, NO

DIFIULTAD RESPIRATORIA Y SIN SOPORTE VASOACTIVO O VENTILATORIO. C/P SIN ALTERACION. I/EVOLUCION

CON LEVE MEJORIA DE DOLOR. TIENE PLANEADA POR PARTE DE CX TRATANTE (DR DIAZGRANADOS),NUEVA CX

MAÑANA, POR TAL MOTIVO SE DECIDE CONTINUA MANEJO IGUAL CON PCA. SE DA EDUCACIÓN DE MANEJO Y USO

DE PCA Y LA NECESIDAD DE UNA ADECUADO CONTROL DEL DOLOR REEVALUAR MAÑANA.

-

-

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.08.2021

Hora Registro: 11:44:38

Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA RECONSTRUCCIONES E INFECCIONES ÓSEA - DR DIAZGRANADOS DIAGNOSTICOS: 1. ULCERA

TROCANTERICA DERECHA ASOCIADA A OSTEOMIELITIS CADERA DERECHA 1.1 POP ERRADICACIÓN INFECCIÓN

CADERA DERECHA 27.07.2021 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO 2.1 COMPROMISO INMUNOLÓGICO,

HEMATOLÓGICO, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. 3. FÍSTULA CADERA IZQUIERDA SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE

SENTIRSE BIEN CON BUENA MODULACION DEL DOLOR, DOLOR DE PREDOMINIO EN CADERA DERECHA, TOLERA VÍA

ORAL, NIEGA NÁUSEAS O EMESIS. AYER LOGRÓ REALIZAR DEPOSICIONES CON MEJORÍA DE MALESTAR

ABDOMINAL. OBJETIVO: ALERTA. ORIENTADA, HIDRATADA Y AFEBRIL CON SIGNOS VITALES ESTABLES, AYER

RETIRAN VAC POR FUGA. APÓSITOS EN AMBAS CADERAS SIN ESTIGMAS DE SANGRADO O SECRECIÓN. MOVILIDAD

DISTAL DISMINUIDA, FUERZA -/+++++ 28.07.2021: INFORME FINAL CULTIVO BACTERIAS AEROBIAS Test CARBA NP:

POSITIVO, sugiere la presencia de carbapenemasa. *Test de EDTA : Negativo **NG-Test Carba 5: Gen KPC Detectado

Susceptibilidad Ceftazidima/Avibactam: 3ug/mL sensible. Microorgani smo:Pseudomonas aeruginosa Antibioticos:

AmicacinaResistente MIC:>32 AztreonamResistente MIC:>16 CefepimaResistente MIC:>16 CeftazidimaResistente

MIC:>16 CiprofloxacinaIntermedio MIC:2 ColistinaIntermedio MIC:<=2 GentamicinaResistente MIC:>8

ImipenemResistente MIC:>8 LevofloxacinaSensible MIC:2 MeropenemResistente MIC:>8 Pip/TazoResistente MIC:>64

DoripenemResistente MIC:>4 ANALISIS Y PLAN: PACIENTE CON ENFERMEDAD REUMÁTICA DE DIFICIL MANEJO, CON

COMPROMISO MULTISISTÉMICO, QUIEN HA SIDO TRATADA POR CIRUGIA PLASTICA POR ESCARAS EN REGION

SACRA Y TROCANTERICA BILATERAL. EN SEGUIENTO POR ORTOPEDIA POR OSTEOMIELITIS EROSIVA DEL FEMUR

PROXIMAL DERECHO ACTUALMENTE EN POP DEL 27.07.2021 DONDE SE REALIZO LAVADO + DESBRIDAMIENTO +

CURETAJE Y SECUESTRECTOMIA DE FEMUR PROXIMAL IZQUIERDO + COLOCACIÓN DE VAC, RETIRADO AYER POR

SERVICIO DE ENFERMERÍA POR PRESENTAR FUGA. SERÁ LLEVADA A NUEVO LAVADO DE CADERA DERECHA EL DÍA

DE MAÑANA. NADA VÍA ORAL DESDE HOY 10PM. NO HEPARINAS. DBEE CONTINUAR SEGUIMIENTO POR

INFECTOLOGÍA. DEBE CONTINUAR FISIOTERAPIA. SE LE EXPLICA A LA PACIENTE Y A LA MADRE, ENTIENDEN Y

ACEPTAN.

-

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.08.2021

Hora Registro: 12:52:05

Responsable: GRANADA OROZCO, LUIS HERNANDO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

Medicina interna -Salas de hospitalización-. Paciente femenina de 21 años con Dx: 1.Dolor en cadera derecha a estudio: -osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetábulo (RNM 25.07.2021) -fistulas trocántericas infectadas: cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. mirabilis s ceftriaxona y S. aureus R eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho (27.07.21) --cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en proceso Lupus eritematoso sistémico -compromiso inmunológico, hematológico, SNC (vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con rituximab, inmunoglobulina. Antimicrobianos Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 Antecedentes personales: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Paciente refiere sentirse bien, no refiere ninguna sintomatología

A la valoración, paciente en regular estado general, signos vitales: TA: 111/77, SatO2: 98 %, T°: 36.0, FC: 112, FR: 20, escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda, cuello móvil, no dolor, tórax simétrico y expansible con ruidos cardiacos rítmicos, no ausculto soplos, ruidos respiratorios sin agregados, abdomen blando y depresible, sin signos de dolor a la palpación, extremidades con limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales, con secreción serohemática escasa cantidad, neurológico: paciente alerta, orientada, sin signos de déficit en el momento de la valoración-. Últimos paraclínicos: 31.07.21 CREAT 0.44 LEUCOS 4840 N 2970 L 1300 HGB 7.4 HCTO 25 PLT 456000 PCR 8.7 -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total: 11,4 PCR: 10 -28.07.2021: Hemograma: Hb 8.4 GB 5400 N 4000 L 970 PLT 417000. Hemocultivos: Negativos microbiológicos -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en Proceso

Se trata de una paciente en la tercera década de la vida, con diagnóstico de LES, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes, recibió manejo con ceftazidime avibactam. Ahora hospitalizada nuevamente por osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA en proceso. Infectología deja manejo con Ceftazidima Avibactam + Rifampicina + Moxifloxacina. Por presencia de fiebre se tomó además prueba para covid, aún pendiente, se hará seguimiento por ahora con reactantes de fase aguda. Por reumatología se revalorará posteriormente para reinicio de manejo con inmunoglobulina, probablemente. Ortopedia considera llevar nuevamente a cirugía el martes para toma de cultivo intraquirúrgico. Continuamos manejo multidisciplinario. 1.08.2021: Paciente con evolución lenta. Hoy valorada por infectología quienes consideran que por el momento no se beneficia de cambios en la pauta antibiótica. Por parte de ortopedia la paciente será llevada mañana a nuevo lavado de cadera derecha Por el momento continuamos realizando acompañamiento y manejo conjunto con cirugía plástica, ortopedia e infectología

-Manejo multidisciplinario -Lavado quirúrgico mañana -Vigilancia clínica, toma de signos vitales -Favor avisar cambios -Gracias-

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 02.08.2021

Hora Registro: 12:59:41

Responsable: PARRA, ANGIE LORENA

INDICACIONES A ENFERMERIA:

NUTRICION 1. DIETA BLANDA. REFRIGERIOS MAÑANA Y TARDE CON FRUTA + GELATINA. REFRIGERIO NOCHE: YOGURT O AVENA+HARINA. NO FRUTAS ASTRINGENTES. NO CARNES EN SALSAS. NO CAFE. NO GRANADILLA. VARIAS BEBIDA CALIENTE. EN DESAYUNO HUEVO (5 VECES/SEMANA) +RESTO IGUAL 2. VIA ORAL, PROWHEY 20 GRAMOS A LAS 9 HORAS

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.08.2021

Hora Registro: 15:18:26

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO
Especialidad: INFECTOLOGIA
Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocánticas infectadas: Cultivo de secreción trocántica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Subjetivo: Paciente refiere dolor, sin náuseas ni vómito, no fiebre ni otros síntomas, tolerando vía oral, se dan sugerencias sobre sonda vesical y colostomía para evitar sobreinfección de úlceras sin embargo paciente y familiar rechazan intervenciones Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Rifampicina + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 3/42 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activo Día 3 EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS Fecha Hora T FC FR PAS PAD PAM Sat 02.08.2021 04:00 36,00 99,00 18,00 114,00 74,00 87,33 100,00 02.08.2021 00:00 36,00 109,00 18,00 116,00 81,00 92,67 99,00 01.08.2021 20:00 36,00 114,00 18,00 139,00 68,00 91,67 91,00 01.08.2021 16:00 37,00 130,00 19,00 107,00 62,00 77,00 96,00 01.08.2021 12:00 36,50 126,00 19,00 115,00 75,00 88,33 98,00 01.08.2021 08:00 36,60 115,00 19,00 97,00 72,00 80,33 97,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocánticas bilaterales, con secreción serohemática escasa cantidad. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL 31.07.21 CREAT 0.44 LEUCOS 4840 N 2970 L 1300 HB 7.4 HTO 25 PLT 456 PCR 8.7 -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 -28.07.2021: Hemograma: Hb 8.4 GB 5400 N 4000 L 970 PLT 417000. Hemocultivos: Negativos Microbiológicos: -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) solamente sensible a levofloxacino, susceptible a cefta/avibac -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocántica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes, recibió manejo con ceftazidime avibactam. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-). Se establece pauta antibiótica por 6 semanas con Ceftazidima/Avibactam + Rifampicina + Moxifloxacina, sin embargo se hace hincapié en que hay riesgo alto de sobreinfección y reincidencia de episodios, por lo que se dan recomendaciones de paso de sonda vesical o de realización de colostomía, pero las sugerencias son rechazadas por la paciente y el familiar. Se deben realizar cambios periódicos de pañal e higiene adecuada. Se sugiere evaluar la posibilidad de homecare para completar antibioticoterapia. Será llevada a nuevo lavado por parte de ortopedia el día 03.08.21, por el momento debe continuar hospitalizada en manejo multidisciplinario.

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.08.2021
Hora Registro: 15:19:49
Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA
Especialidad: MEDICINA INTERNA
Tipo de Evolución: Evolución

Medicina interna -Salas de hospitalización-. Paciente femenina de 21 años con Dx: 1.Dolor en cadera derecha a estudio: -osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetábulo (RNM 25.07.2021) -fístulas trocánticas infectadas: cultivo de secreción trocántica izquierda: P. mirabilis s ceftriaxona y S. aureus R eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho (27.07.21) --cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en proceso Lupus eritematoso sistémico -compromiso inmunológico, hematológico, snc (vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con rituximab, inmunoglobulina. Antimicrobianos Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 Antecedentes personales: Patológicos: Lupus eritematoso sistémico 08.19. Púrpura trombocitopénica 2018. Quirúrgicos: Apendicectomía (2020). Tóxico-alérgicos: Niega. Familiares: Prima lupus eritematoso sistémica. Madre hipotiroidismo. Ginecoobstétricos: G0 Transfusionales: 2018 (Plaquetas). Paciente refiere sentirse bien, no refiere ninguna sintomatología

A la valoración, paciente en regular estado general, signos vitales: TA: 111/77, SatO2: 98 %, T°: 36.0, FC: 112, FR: 20, escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda, cuello móvil, no dolor, tórax simétrico y expansible con ruidos cardiacos rítmicos, no ausculto soplos, ruidos respiratorios sin agregados, abdomen blando y depresible, sin signos de dolor a la palpación, extremidades con limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocatericas bilaterales, con secreción serohematosa escasa cantidad, neurológico: paciente alerta, orientada, sin signos de déficit en el momento de la valoración-. Últimos paraclínicos: 31.07.21 CREAT 0.44 LEUCOS 4840 N 2970 L 1300 HGB 7.4 HCTO 25 PLT 456000 PCR 8.7 -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 -28.07.2021: Hemograma: Hb 8.4 GB 5400 N 4000 L 970 PLT 417000. Hemocultivos: Negativos microbiológicos -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocaterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en Proceso

Se trata de una paciente en la tercera década de la vida, con diagnóstico de LES, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes, recibió manejo con ceftazidime avibactam. Ahora hospitalizada nuevamente por osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA en proceso. Infectología deja manejo con Ceftazidima Avibactam + Rifampicina + Moxifloxacina. Por presencia de fiebre se tomó además prueba para covid, aún pendiente, se hará seguimiento por ahora con reactantes de fase aguda. Por reumatología se revalorará posteriormente para reinicio de manejo con inmunoglobulina, probablemente. Ortopedia considera llevar nuevamente a cirugía el martes para toma de cultivo intraquirúrgico. Continuamos manejo multidisciplinario. 1.08.2021: Paciente con evolución lenta. Hoy valorada por infectología quienes consideran que por el momento no se beneficia de cambios en la pauta antibiótica. Por parte de ortopedia la paciente será llevada mañana a nuevo lavado de cadera derecha Por el momento continuamos realizando acompañamiento y manejo conjunto con cirugía plástica, ortopedia e infectología

-Manejo multidisciplinario -Lavado quirúrgico mañana -Vigilancia clínica, toma de signos vitales -Favor avisar cambios -Gracias-

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.08.2021

Hora Registro: 14:02:14

Responsable: VANEGAS CARDOZO, IVAN

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

ANESTESIOLOGIA -CLINICA DEL DOLOR: 21 AÑOS DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO:

-Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fistulas trocatericas infectadas:

Cultivo de secrecion trocaterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos

(22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de femur derecho (27.07.21) --Cultivo hueso:

Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en proceso 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso

inmunológico,hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y

protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. MaNeJO ANALGESICO ACTUAL: PCA OXICODONA

ASI:BOLO 1MG,INTERV SEG 10 MIN Y DOSIS MAX 4H 10MG. CONSUMO 1/1EN 12 HORAS. ACETAMINOFEN 1 GR VIA

ORAL CADA 8 HRS. HIOSCINA SIMPLE 20 MG EV CADA 12 HRS. DÍPIRONA 1250MG CADA 6 HRS. REFIERE QUE PASO

MEJOR NOCHE SE ENCUENTRA ALERTA, ORIENTADA, TRANQUILA SIN SANGRADO POR HERIDAS QUIRURGICAS

PERMANECE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE NO TIENE NAUSEAS , NO TIENE VOMITO, ESTA SIN VIA ORAL

PORQUE TIENE CIRUGIA HOY DOLOR EN REPOSO EVA 1/10 Y EN MOVIMIENTO 5/10 DIURESIS POSITIVA

PERMANECE AFEBRIL CX IGUAL MANEJO, TIENE CIRUGIA HOY SE ADICIONA ONDANSETRON 4 MG CADA 8 HORAS

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.08.2021

Hora Registro: 14:46:04

Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA RECONSTRUCCIONES E INFECCIONES ÓSEA DR DIAZGRANADOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21

AÑOS CC. 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Ulcera trocaterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1

pop erradicación infección cadera derecha 27.07.2021 2. Lupus eritematoso sistémico 2.1 compromiso inmunológico,

hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda Subjetivo: la paciente refiere sentirse bien con

buena modulación del dolor, tolera vía oral. Diuresis y deposición positiva. Niega alzas térmicas, vómitos o náuseas. Objetivo: encuentro paciente en buenas condiciones generales, alerta, hidratada y afebril. Signos vitales: FC: 100 FR: 17 PA: 110/66 PAM: 80 SatO2: 99% Al examen físico se observa apósito sobre úlcera trocántica en cadera izquierda, seco, sin estigmas de sangrado activo o antiguo no secreciones. Movilidad distal disminuida, Fuerza -/++++ herida. VAC no funcional desde el día de ayer. PARACLÍNICOS: 29.07.21. Hemocultivo: Negativos 28.07.21 Cultivo de hueso fémur derecho: Positivo para pseudomona aureginosa carbapenamas positiva Análisis y plan: paciente con enfermedad reumática de difícil manejo, con compromiso multisistémico, quien ha sido tratada por cirugía plástica por escaras en región sacra y trocántica bilateral. En seguimiento por ortopedia por osteomielitis erosiva del fémur proximal Derecho actualmente en pop del 27.07.2021 donde se realizó lavado + Desbridamiento + curetaje y secuestrectomia de fémur proximal izquierdo + colocación de VAC. Cultivo de hueso positivo para pseudomona aeruginosa, en seguimiento por infectología quienes ajustan pauta antibiótica. El día de hoy se programa nuevo lavado de cadera derecha con el Dr. DiazGranados. Sin vía oral a la espera de procedimiento. Se le explica a la paciente y a la madre, entienden y aceptan.

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.08.2021

Hora Registro: 15:07:11

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocánticas infectadas: Cultivo de secreción trocántica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Subjetivo: Paciente refiere modular dolor, sin náuseas ni vómito, no fiebre ni otros síntomas, tolerando vía oral, se dan sugerencias sobre sonda vesical y colostomía para evitar sobreinfección de úlceras, sin embargo paciente y familiar rechazan intervenciones Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Rifampicina + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 4/42 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activo Día 4 EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS Peso 70 Kg Fecha Hora T FC FR PAS PAD PAM Sat 03.08.2021 04:00 35,80 99,00 18,00 105,00 76,00 85,67 97,00 03.08.2021 00:00 36,00 100,00 20,00 109,00 60,00 76,33 98,00 02.08.2021 20:00 36,00 106,00 18,00 116,00 80,00 92,00 99,00 02.08.2021 16:00 36,00 102,00 19,00 111,00 71,00 84,33 98,00 02.08.2021 12:00 36,00 112,00 20,00 111,00 77,00 88,33 98,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocánticas bilaterales, con secreción serohemática escasa cantidad. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL 31.07.21 CREAT 0.44 LEUCOS 4840 N 2970 L 1300 HB 7.4 HTO 25 PLT 456 PCR 8.7 -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 -28.07.2021: Hemograma: Hb 8.4 GB 5400 N 4000 L 970 PLT 417000. Hemocultivos: Negativos Microbiológicos: -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocántica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes, recibió manejo con ceftazidima avibactam. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam. Se establece pauta antibiótica por 6 semanas con Ceftazidima/Avibactam + Rifampicina + Moxifloxacina, sin embargo se hace hincapié en que hay riesgo alto de sobreinfección y reincidencia de episodios, por lo que se dan recomendaciones de paso de sonda vesical o de realización de colostomía, pero las sugerencias son rechazadas por la paciente y el familiar. Se explica a familiar que debe comprar Rifampicina. Se deben realizar cambios periódicos de pañal e higiene adecuada. Se sugiere evaluar la posibilidad de homecare para completar antibioticoterapia. Será llevada a nuevo lavado por parte de ortopedia el día de hoy, por el momento debe continuar hospitalizada en manejo multidisciplinario, estaremos atentos a evolución de la paciente.

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.08.2021

Hora Registro: 09:55:48

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Secuestrectomía + Sistema VAC 03.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico,hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Subjetivo: Paciente refiere modular dolor, sin náuseas ni vómito, ni fiebre ni otros síntomas, tolerando vía oral. Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Rifampicina + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 5/42 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activo Día 5 EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg Fecha Hora T FC FR PAS PAD PAM Sat 03.08.2021 12:00 36,30 88,00 17,00 115,00 88,00 97,00 92,00 03.08.2021 08:00 36,40 100,00 17,00 110,00 66,00 80,67 99,00 03.08.2021 04:00 35,80 99,00 18,00 105,00 76,00 85,67 97,00 03.08.2021 00:00 36,00 100,00 20,00 109,00 60,00 76,33 98,00 02.08.2021 20:00 36,00 106,00 18,00 116,00 80,00 92,00 99,00 02.08.2021 16:00 36,00 102,00 19,00 111,00 71,00 84,33 98,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales, con sistema VAC con secreción serohemática escasa cantidad. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL 31.07.21 CREAT 0.44 LEUCOS 4840 N 2970 L 1300 HB 7.4 HTO 25 PLT 456 PCR 8.7 -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 Microbiológicos: Cultivos de secreción de control en proceso -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocántérica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes, recibió manejo con ceftazidime avibactam. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam. Se establece pauta antibiótica por 6 semanas con Ceftazidima/Avibactam + Rifampicina + Moxifloxacina. Se deben realizar cambios periódicos de pañal e higiene adecuada. Fue llevada a Desbridamiento y Secuestrectomía el 03.08.21, procedimiento sin complicaciones agudas, paraclínicos de control con anemia severa, sin leucocitosis ni trombocitopenia, por el momento debe continuar hospitalizada en manejo multidisciplinario con igual manejo, se sugiere realizar transfusión de UGR, estaremos atentos a evolución de la paciente.

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.08.2021

Hora Registro: 10:51:56

Responsable: LOZANO SUSO, NICOLAS

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA MEDICINA GENERAL Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes, recibió

manejo con ceftazidime avibactam. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas ya con cubrimiento antibiotico y seguimiento por infectologia el 03.08.21, procedimiento sin complicaciones agudas, paraclínicos de control con anemia severa, sin leucocitosis ni trombofilia, por parte de infectologia sugieren transfundir me comunico con el servicio de ortopedia quienes dan indicacion de trasfundir 2 unidades de globulos rojos.

*

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.08.2021

Hora Registro: 11:07:15

Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA RECONSTRUCCIONES E INFECCIONES ÓSEA DR DIAZGRANADOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 AÑOS CC. 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocanterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.02.21) 1.2 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda Subjetivo: paciente refiere sentirse bien con buena modulación del dolor, tolerando vía oral. Diuresis y deposición positiva. Niega alzas térmicas, vómitos o náuseas. Objetivo: encuentro paciente en buenas condiciones generales, alerta, hidratada y afebril. Signos vitales: T°: 36 FC: 78 FR: 19 PA: 99/64 PAM: 75 SatO2: 95% Al examen físico se observa apósito sobre úlcera trocantérica en cadera izquierda, seco, sin estigmas de sangrado activo o antiguo no secreciones. Movilidad distal disminuida, Fuerza -/++++ herida. VAC funcional drenando contenido de características hemáticas. . PARACLÍNICOS: 04.08.21 Leu 4090 N 2980 L 840 Hb 6.2 Hto 21.9 PLT 354000 03.08.21 Cultivo de úlcera trocanter. Negativo hasta la fecha 29.07.21. Hemocultivo: Negativos 28.07.21 Cultivo de hueso fémur derecho: Positivo para pseudomona aureginosa carbapenamas positiva Análisis y plan: paciente con enfermedad reumática de difícil manejo, con compromiso multisistémico, quien ha sido tratada por cirugía plástica por escaras en región sacra y trocantérica bilateral. En seguimiento por ortopedia por osteomielitis erosiva del fémur proximal derecho, que requirió el 27.07.2021 lavado + Desbridamiento + curetaje y secuestrectomía de fémur proximal izquierdo + colocación de VAC. Cultivo de hueso positivo para pseudomona aeruginosa , en seguimiento por infectología quienes ajustan pauta antibiótica. Ahora en primer día POP por desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC con el Dr. DiazGranados (03.08.21). Paciente hemodinámicamente estable, tolerando vía oral y afebril, sin embargo en paraclínicos presenta niveles 6.2 de hemoglobina, por lo cual se indica transfundir dos unidades de glóbulos rojos. Según evolución, se realiza cambio de VAC el día lunes, Se le explica a la paciente y al familiar, entienden y aceptan. Continuamos atentos a evolución clínica.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.08.2021

Hora Registro: 11:26:05

Responsable: VANEGAS CARDOZO, IVAN

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

ANESTESIOLOGIA -CLINICA DEL DOLOR: 21 AÑOS DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fistulas trocantericas infectadas: Cultivo de secrecion trocanterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de femur derecho (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en proceso 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. MaNeJO ANALGESICO ACTUAL: PCA OXICODONA ASI:BOLO 1MG,INTERV SEG 10 MIN Y DOSIS MAX 4H 10MG. CONSUMO 2 DE 2 EN 12 HORAS ACETAMINOFEN 1 GR VIA ORAL CADA 8 HRS. HIOSCINA SIMPLE 20 MG EV CADA 12 HRS. DIPIRONA 1250MG CADA 6 HRS. REFIERE QUE PASO MEJOR NOCHE SE ENCUENTRA ALERTA, ORIENTADA, TRANQUILA SIN SANGRADO POR HERIDAS QUIRURGICAS PERMANECE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE NO TIENE NAUSEAS , NO TIENE VOMITO, TOLERA LA VIA ORAL DOLOR EN REPOSO EVA 1/10 Y EN MOVIMIENTO 3/10 DIURESIS POSITIVA PERMANECE AFEBRIL CX IGUAL MANEJO REVALORAR MAÑANA SE DA INDICACION DE MOVILIZAR EN CAMA

.

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 04.08.2021

Hora Registro: 19:45:36

Responsable: DIAZGRANADOS SUAREZ, FAUSTO ALONSO

Tipo de herida :

Infectada

Descripción de la prestación :

SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO D

Hallazgos :

HALLAZGOS PACIENTE FEMENINO 23 AÑOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL QUE CAUSA PARÁLISIS ATROFIA MUSCULAR DE MIEMBROS INFERIORES Y LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD CON ÚLCERAS APARENTEMENTE TROCANTÉRICA DE SITIO DONANTE DE COLGAJO PARA CIERRE DE ÚLCERA A NIVEL DEL SACRO EN EL LADO DERECHO SUFRIÓ UNA NECROSIS A VASCULAR DE FÉMUR APARENTEMENTE ASOCIADA INFECCIÓN MOTIVO POR EL CUAL Se realizó cirugía previamente

Descripción procedimiento :

Pre quirúrgico Se realiza revisión de consentimiento informado se repasa plan operatorio con el paciente y la familia revisión de imágenes diagnósticas confirmación de elementos para el lavado quirúrgico y protocolo de seguridad de ingreso verificando vía Eria sangrado lado operar se tomó previamente cultivo solicitado por parte infectología en la úlcera tocar entérica del lado izquierdo Descripción quirúrgica Anestesia general posicionamiento en decúbito lateral izquierdo colocación de soportes pélvicos asepsia con yodados desde el pie hasta la región proximal de la pelvis colocación de campos operatorios retiro de terapia de vacío intermitente luego se realiza colocación de pre pudines a nivel de la cavidad de la cadera y extremo proximal del fémur lavado con solución salina desbridamiento excepcional de partes blandas empleando gubia luego de esto se repite lavado hasta obtener un lecho limpio colocación de terapia de vacío intermitente talla S y luego pegatinas para dejarlas fijas colocación de apósitos de quemados vendaje elástico desde el pie hasta el extremo proximal del muslo Plan Continúa en hospitalización a cargo de reumatología pendientes resultado de nuevos cultivos debe ser inter consultado del servicio cirugía plástica con razón de la úlcera de la parte trocantérica del lado izquierdo dado que ese sitio operatorio tiene relación con la especialidad continúa manejo antibiótico curva térmica y vigilancia de signos de infección cuidado de terapia base intermitente y evitar obstrucciones

Complicaciones :

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.08.2021

Hora Registro: 12:21:46

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocantéricas infectadas: Cultivo de secreción trocantérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Secuestrectomía + Sistema VAC 03.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico,hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Subjetivo: Paciente refiere modular dolor, sin náuseas ni vómito, ni fiebre ni otros síntomas, tolerando vía oral. Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Rifampicina + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 6/42 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activo Día 6 EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg Fecha Hora T FC FR PAS PAD PAM Sat 05.08.2021 00:01 35,60 98,00 18,00 119,00 79,00 92,33 99,00 04.08.2021 20:00 35,70 79,00 18,00 124,00 83,00 96,67 100,00 04.08.2021 19:00 35,70 73,00 18,00 114,00 69,00 84,00 99,00 04.08.2021 18:00 35,70 80,00 20,00 107,00 77,00 87,00 93,00 04.08.2021 16:30 35,40 80,00 20,00 106,00 60,00 75,33 99,00 04.08.2021 15:40 36,40 82,00 20,00 100,00 63,00 75,33 99,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocantéricas bilaterales, con sistema VAC con secreción serohemática escasa cantidad. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo

INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL 31.07.21 CREAT 0.44 LEUCOS 4840 N 2970 L 1300 HB 7.4 HTO 25 PLT 456 PCR 8.7 -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 Microbiológicos: Cultivos de secreción de control en proceso Preliminar #1 #2 No se observa crecimiento a las 24 horas -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes, recibió manejo con ceftazidime avibactam. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam. Se establece pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam, que continúa hasta siguiente procedimiento y Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas, se suspende Rifampicina. Se deben realizar cambios periódicos de pañal e higiene adecuada. Fue llevada a Desbridamiento y Secuestrectomía el 03.08.21, procedimiento sin complicaciones agudas, paraclínicos de control con anemia severa por lo que fue transfundida con 2 UGR, sin leucocitosis ni trombofilia, por el momento debe continuar hospitalizada en manejo multidisciplinario con igual manejo, Ortopedia indica cambio VAC el día Lunes, estaremos atentos a evolución de la paciente.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.08.2021

Hora Registro: 12:46:12

Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA RECONSTRUCCIONES E INFECCIONES ÓSEA DR DIAZGRANADOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 AÑOS CC. 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocánterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.2 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda Subjetivo: paciente refiere sentirse bien con buena modulación del dolor, tolerando vía oral. Diuresis y deposición positiva. Niega alzas térmicas, vómitos o náuseas. Objetivo: encuentro paciente en buenas condiciones generales, alerta, hidratada y afebril. Signos vitales: T°: 35,6 FC: 88 FR: 18 PA: 112/74 PAM: 86 SatO2: 97% Al examen físico se observa úlcera trocánterica en cadera derecha, recubierta con película transparente, seca, sin estigmas de sangrado activo o antiguo no secreciones, sin embargo la zona se encuentra eritematosa y lesión en trocánter izquierdo con apósitos con leve impregnación de material seroso. Movilidad distal disminuida, Fuerza -/ +++++ herida. Se encuentra VAC funcional drenando contenido de características hemáticas, sin embargo presenta fugas. . PARACLÍNICOS: 04.08.21 Leu 4090 N 2980 L 840 Hb 6.2 Hto 21.9 PLT 354000 03.08.21 Cultivo de úlcera trocánter. No se observa crecimiento de microorganismos. Se obtuvo crecimiento escaso de Candida albicans en los medios sólidos. Gram negativo. 29.07.21. Hemocultivo: Negativos 28.07.21 Cultivo de hueso fémur derecho: Positivo para pseudomona aureginosa carbapenasa positiva Análisis y plan: Paciente con enfermedad reumática de difícil manejo, con compromiso multisistémico, quien ha sido tratada por cirugía plástica por escaras en región sacra y trocánterica bilateral. En seguimiento por ortopedia por osteomielitis erosiva del fémur proximal derecho, que requirió el 27.07.2021 lavado + Desbridamiento + curetaje y secuestrectomía de fémur proximal izquierdo + colocación de VAC. Cultivo de hueso positivo para pseudomona aeruginosa, en seguimiento por infectología quienes ajustan pauta antibiótica. Ahora en día 3 de POP por desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC con el Dr. DiazGranados (03.08.21). El día de ayer por niveles bajos de hemoglobina (6,2) se transfunde dos unidades de glóbulos rojos. Ahora encontramos paciente hemodinámicamente estable, tolerando vía oral y afebril, sin embargo se encuentra eritema en el contorno del defecto del lado derecho y fugas de aire por VAC, por lo cual se solicita valoración por TEO. Según evolución, se realiza cambio de VAC el día lunes, Se le explica a la paciente y al familiar, entienden y aceptan. Continuamos atentos a evolución clínica.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.08.2021

Hora Registro: 15:31:29

Responsable: LAVERDE MARTINEZ, LUIS FELIPE

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

CLINICA DE DOLOR AGUDO – ANESTESIOLOGIA 05.08.2021 LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 AÑOS

DIAGNOSTICOS: 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fistulas trocatericas infectadas: Cultivo de secrecion trocaterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de femur derecho (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en proceso 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO -Compromiso inmunológico,hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. MaNeJO ANALGESICO ACTUAL: PCA OXICODONA ASI:BOLO 1MG,INTERV SEG 10 MIN Y DOSIS MAX 4H 10MG. CONSUMO 5/7 EN 12 HORAS ACETAMINOFEN 1 GR VIA ORAL CADA 8 HRS. HIOSCINA SIMPLE 20 MG EV CADA 12 HRS. DIPIRONA 1250MG CADA 6 HRS. SUBJETIVO Dolor en reposo 2/10 movimiento 6/10 Tolera via oral sin nausea diuresis espontanea y deposiciones ok No otros sintomas ANALISIS Y PLAN: Paciente en pop de POP Desbridamiento y secuestrectomia con cambio de dispositivo VAC (03.08.21). Con aceptable manejo de dolor, con mejoría de ayer a hoy, lo que es eprado dado su pop. No tiene efectos adversos evidentes al manejo. No reaiza cambios de posicion ni se moviliza. Se re educa en la importancia de la movilizacion en la cama para evitar lesiones por presion. REVALORAR MAÑANA SE DA INDICACION NUEVAMENTE DE MOVILIZAR EN CAMA NOTA: durante PANDEMIA COVID 19, el manejo y la atención de éste paciente se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos pará la condición clínica de éste paciente.

Se continua seguimiento

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.08.2021

Hora Registro: 09:05:07

Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA RECONSTRUCCIONES E INFECCIONES ÓSEA EVOLUCION DIARIA DIAGNÓSTICOS: 1. Ulcera trocaterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Desbridamiento y secuestrectomia con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.2 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda Subjetivo: paciente refiere sentirse bien con buena modulación del dolor, tolerando vía oral. Diuresis y deposición positiva. Niega alzas térmicas, vómitos o náuseas. Objetivo: Encuentro paciente en buenas condciones generales, alerta hidratada y afebril con signos vitales estables. Al examen fisico s observa VAC sobre ulcera trocaterica derecha con adecuado funcionamiento no fugas. . PARACLÍNICOS: 06.08.2021: LEUCOCITOS 3,840, NEUTROFILOS 2,050, LINFOCITOS 1,240, HEMOGLOBINA 10.4, HEMATOCRITO 35.3, PLAQUETAS 360,000, PROTEINA C REACTIVA 2.35 04.08.21 Leu 4090 N 2980 L 840 Hb 6.2 Hto 21.9 PLT 354000 03.08.21 Cultivo de úlcera trocater. No se observa crecimiento de microorganismos. Se obtuvo crecimiento escaso de Candida albicans en los medios sólidos. Gram negativo. 29.07.21. Hemocultivo: Negativos 28.07.21 Cultivo de hueso fémur derecho: Positivo para pseudomona aeruginosa carbapenasas positiva 03.08.21 Cultivo de úlcera trocater izquierdo informe preeliminar: candida albican a las 48 horas pendiente antibiograma Análisis y plan: Paciente con enfermedad reumática de difícil manejo, con compromiso multisistémico, quien ha sido tratada por cirugía plástica por escaras en región sacra y trocantérica bilateral. En seguimiento por ortopedia por osteomielitis erosiva del fémur proximal derecho, que requirió el 27.07.2021 lavado + Desbridamiento + curetaje y secuestrectomía de fémur proximal izquierdo + colocación de VAC. Cultivo de hueso positivo para pseudomona aeruginosa , en seguimiento por infectología quienes ajustan pauta antibiótica. Ahora en día 3 de POP por desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC con el Dr. DiazGranados (03.08.21). El 04.08.2021 por niveles bajos de hemoglobina (6,2) se transfunde dos unidades de glóbulos rojos actualmente con hemoglobina 10.4. Ahora encuentro paciente hemodinámicamente estable, tolerando vía oral y afebril. Reportee preeliminar ulcera trocater izquierdo reportada, pendiente revaloracion por infectologia y plastica para definir manejo de esta ulcera.se programa para nuevo lavado + desbridamiento + cambio de VAC de ulcera trocaterica derecha el lunes 09.08.2021, se explica a la paciente quien refiere que entiende y acepta. Se firma consentimiento infromado el cual se deja referenciado en salas de cirugía. Maria Antonia Gomez Sierra Residente ortopedia y traumatologia

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.08.2021

Hora Registro: 09:13:10

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocánticas infectadas: Cultivo de secreción trocántica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Secuestrectomía + Sistema VAC 03.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Subjetivo: Paciente refiere modular dolor, sin náuseas ni vómito, ni fiebre ni otros síntomas, tolerando vía oral. Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activo Día 7/42 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activo Día 7 EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg Fecha Hora T FC FR PAS PAD PAM Sat 06.08.2021 04:00 35,60 88,00 18,00 109,00 66,00 80,33 98,00 06.08.2021 00:00 35,90 71,00 18,00 117,00 81,00 93,00 98,00 05.08.2021 20:00 36,00 99,00 18,00 107,00 79,00 88,33 98,00 05.08.2021 16:00 19,00 84,00 19,00 119,00 80,00 93,00 96,00 05.08.2021 12:00 35,30 111,00 19,00 124,00 87,00 99,33 97,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocánticas bilaterales, con sistema VAC con secreción serohemática escasa cantidad. HEMATOLOGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL 31.07.21 CREAT 0.44 LEUCOS 4840 N 2970 L 1300 HB 7.4 HTO 25 PLT 456 PCR 8.7 -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 Microbiológicos: Cultivos de secreción de control en proceso Preliminar #1 #2 No se observa crecimiento a las 24 horas -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocántica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes, recibió manejo con ceftazidima avibactam. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam. Se establece pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam y Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas, debe continuar Rifampicina para evitar recaída por riesgo de infección de s. aureus. Paciente hemodinámicamente estable, afebril con VAC disfuncional. Paraclínicos de control con leucopenia con PCR elevada en descenso. Se deben realizar cambios periódicos de pañal e higiene adecuada en seguimiento por TEO. Será llevada a cambio VAC el día Lunes, estaremos atentos a evolución de la paciente.

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.08.2021

Hora Registro: 10:52:40

Responsable: FIGUEROA VEGA, SANDRA PATRICIA

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

ANESTESIOLOGIA 1.DOLOR EN CADERA DERECHA A ESTUDIO: -Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fistulas trocánticas infectadas: Cultivo de secreción trocántica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA en proceso 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. ANALGESIA : PCA OXICODONA : CONSUMO 2/2 EN 12 HORAS ACETAMINOFEN 1 GR VIA ORAL CADA 8 HRS. DIPIRONA 1250MG CADA 6 HRS. ONDAX PCTE REFIERE SENTIRSE MEJOR , HA TOLERADO VIA ORAL ,SIN NAUSEA O VOMITO DIURESIS ESPONTANEA + EVA DOLOR 2/10 SE DECIDE SUSPENDER PCA DE OXICODONA CONTINUAR ANALGESIA EV CON OPIOIDE CON HORARIO SE AVISA A MD DE PISO SALIDA POR CL DE DOLOR AGUDO

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 06.08.2021

Hora Registro: 13:46:27

Responsable: PARRA, ANGIE LORENA

INDICACIONES A ENFERMERIA:

NUTRICION 1. DIETA BLANDA. REFRIGERIOS MAÑANA Y TARDE CON FRUTA + GELATINA. REFRIGERIO NOCHE: YOGURT O AVENA+HARINA. NO FRUTAS ASTRINGENTES. NO CARNES EN SALSAS. NO CAFE. NO GRANADILLA. VARIAS BEBIDA CALIENTE. EN DESAYUNO HUEVO (5 VECES/SEMANA) +RESTO IGUAL 2. VIA ORAL, PROWHEY 20 GRAMOS A LAS 9 HORAS

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.08.2021

Hora Registro: 09:54:15

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Secuestrectomía + Sistema VAC 03.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico,hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Subjetivo: Paciente refiere modular dolor, sin náuseas ni vómito, ni fiebre ni otros síntomas, tolerando vía oral. Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activo Día 8/42 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activo Día 8 EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg Fecha Hora T FC FR PAS PAD PAM Sat 07.08.2021 04:00 36,00 69,00 17,00 104,00 75,00 84,67 95,00 07.08.2021 00:00 36,80 73,00 19,00 103,00 69,00 80,33 95,00 06.08.2021 20:00 35,70 69,00 19,00 108,00 67,00 80,67 99,00 06.08.2021 16:00 36,00 73,00 17,00 110,00 70,00 83,33 97,00 06.08.2021 12:00 35,00 87,00 17,00 109,00 73,00 85,00 96,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales, con sistema VAC con secreción serohemática escasa cantidad. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL 31.07.21 CREAT 0.44 LEUCOS 4840 N 2970 L 1300 HB 7.4 HTO 25 PLT 456 PCR 8.7 -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes, recibió manejo con ceftazidima avibactam. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam. Se establece pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam y Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas, debe continuar Rifampicina para evitar recaída por riesgo de infección de s. aureus. Paciente hemodinámicamente estable, afebril con VAC disfuncional. Será llevada a cambio VAC el día Lunes, Cultivo de secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda reporta Candida Albicans lo que sugiere colonización, no requiere manejo antimicótico. Se deben realizar cambios periódicos de pañal e higiene adecuada en seguimiento por TEO, estaremos atentos a evolución de la paciente.

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.08.2021

Hora Registro: 10:15:53

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Secuestrectomía + Sistema VAC 03.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Subjetivo: Paciente refiere modular dolor, sin náuseas ni vómito, ni fiebre ni otros síntomas, tolerando vía oral. Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activo Día 9/42 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activo Día 9 EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg Fecha Hora T FC FR PAS PAD PAM Sat 08.08.2021 00:01 35,90 84,00 18,00 115,00 70,00 85,00 96,00 07.08.2021 20:00 35,70 102,00 18,00 127,00 68,00 87,67 94,00 07.08.2021 17:00 36,10 89,00 19,00 110,00 71,00 84,00 96,00 07.08.2021 12:01 35,90 85,00 18,00 119,00 84,00 95,67 97,00 07.08.2021 08:08 35,40 74,00 19,00 105,00 78,00 87,00 98,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales, con sistema VAC con secreción serohemática escasa cantidad. HEMATOLOGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL 31.07.21 CREAT 0.44 LEUCOS 4840 N 2970 L 1300 HB 7.4 HTO 25 PLT 456 PCR 8.7 -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes, recibió manejo con ceftazidime avibactam. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam. Se establece pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam y Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas, debe continuar Rifampicina para evitar recaída por riesgo de infección de s. aureus. Paciente hemodinámicamente estable, afebril con VAC disfuncional, paraclínicos con leucopenia y PCR en descenso. Será llevada a cambio VAC el día Lunes. Se deben realizar cambios periódicos de pañal e higiene adecuada en seguimiento por TEO, estaremos atentos a evolución de la paciente.

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.08.2021

Hora Registro: 13:23:55

Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA RECONSTRUCCIONES E INFECCIONES ÓSEA DR DIAZGRANADOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 AÑOS CC. 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocánterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.2 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema

nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda Subjetivo: Refiere que el día de ayer presentó náuseas, sin emesis. Refiere dolor tolerable en muslo derecho. Hoy sin vía oral a la espera de procedimiento. Objetivo: Paciente en aceptables condiciones generales, alerta, hidratada y afebril. Al examen físico se observa úlcera trocantérica en cadera derecha, recubierta con película transparente, seca, sin estigmas de sangrado activo o antiguo no secreciones, sin embargo la zona se encuentra eritematosa y lesión en trocánter izquierdo con apósitos con leve impregnación de material seroso. VAC funcional PARACLÍNICOS: 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Hb postransfusion 10.4 04.08.21 Leu 4090 N 2980 L 840 Hb 6.2 Hto 21.9 PLT 354000 03.08.21 Cultivo de úlcera trocánter. No se observa crecimiento de microorganismos. Se obtuvo crecimiento escaso de *Candida albicans* en los medios sólidos. Gram negativo. 29.07.21. Hemocultivo: Negativos 28.07.21 Cultivo de hueso fémur derecho: Positivo para *Pseudomonas aeruginosa* carbapenemas positiva Análisis y plan: Paciente con enfermedad reumática de difícil manejo, con compromiso multisistémico, quien ha sido tratada por cirugía plástica por escaras en región sacra y trocantérica bilateral. En seguimiento por ortopedia por osteomielitis erosiva del fémur proximal derecho, que requirió el 27.07.2021 lavado + Desbridamiento + curetaje y secuestrectomía de fémur proximal izquierdo + colocación de VAC. Cultivo de hueso positivo para *Pseudomonas aeruginosa*, en seguimiento por infectología. Ahora en día 6 de POP por desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21). Será llevada a nuevo lavado y cambio de VAC el día de hoy, sin vía oral a la espera de procedimiento. Continuamos atentos a evolución clínica. Se le explica a la paciente y al familiar, entienden y aceptan.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.08.2021

Hora Registro: 14:30:47

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocantéricas infectadas: Cultivo de secreción trocantérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Secuestrectomía + Sistema VAC 03.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: *Pseudomonas aeruginosa* Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Subjetivo: Paciente refiere modular dolor, sin náuseas ni vómito, ni fiebre ni otros síntomas, sin vía oral por procedimiento. Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activo Día 10/42 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activo Día 10 EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg Fecha Hora T FC FR PAS PAD PAM Sat 09.08.2021 04:00 36,00 80,00 18,00 102,00 56,00 71,33 93,00 08.08.2021 20:09 36,50 87,00 18,00 100,00 74,00 82,67 97,00 08.08.2021 16:00 35,80 94,00 20,00 126,00 63,00 84,00 97,00 08.08.2021 12:00 36,00 92,00 21,00 114,00 77,00 89,33 93,00 08.08.2021 08:00 35,90 83,00 21,00 117,00 75,00 89,00 96,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocantéricas bilaterales, con sistema VAC con secreción serohemática escasa cantidad. HEMATOLOGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL 31.07.21 CREAT 0.44 LEUCOS 4840 N 2970 L 1300 HB 7.4 HTO 25 PLT 456 PCR 8.7 -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: *Candida Albicans* -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo *Pseudomonas aeruginosa*, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocantérica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: *Pseudomonas aeruginosa* KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de *Proteus*, entre otros gérmenes resistentes, recibió manejo con ceftazidime avibactam. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con *Pseudomonas aeruginosa* KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. Se establece pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina + Rifampicina que debe completar por 6 semanas. Paciente hemodinámicamente estable, afebril con VAC disfuncional, paraclínicos con leucopenia y PCR en descenso. Será

llevada a cambio VAC el día de hoy. Se deben realizar cambios periódicos de pañal e higiene adecuada en seguimiento por TEO, estaremos atentos a evolución de la paciente.

.

.

.

Informe Preanestesia

Fecha Registro: 09.08.2021

Hora Registro: 15:19:42

Responsable: BONNET MALDONADO, ANDRES FELIPE

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Enfermedad actual :

DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocanterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Desbridamiento y secuestrectomia con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.2 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda

Preparación general - observaciones :

08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 Se explica procedimiento anestésico y riesgos, firma consentimiento informado.

Preparación general - ayuno recomendado :

tiene ayuno >8h

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 09.08.2021

Hora Registro: 16:02:06

Responsable: DIAZGRANADOS SUAREZ, FAUSTO ALONSO

Tipo de herida :

Limpia Contaminada

Descripción de la prestación :

SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO D

Hallazgos :

HALLAZGOS PACIENTE FEMENINO 23 AÑOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL QUE CAUSA PARÁLISIS ATROFIA MUSCULAR DE MIEMBROS INFERIORES Y LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD CON ÚLCERAS APARENTEMENTE TROCANTÉRICA DE SITIO DONANTE DE COLGAJO PARA CIERRE DE ÚLCERA A NIVEL DEL SACRO EN EL LADO DERECHO SUFRIÓ UNA NECROSIS A VASCULAR DE FÉMUR APARENTEMENTE ASOCIADA INFECCIÓN MOTIVO POR EL CUAL Se realizó cirugía previamente Cursa con dermatitis alrededor del adhesivo de la terapia de vacío intermitente se le deja un bactigrass de 15 x 20

Descripción procedimiento :

Pre quirúrgico Se realiza revisión de consentimiento informado se repasa plan operatorio con el paciente y la familia revisión de imágenes diagnósticas confirmación de elementos para el lavado quirúrgico y protocolo de seguridad de ingreso verificando vía Eria sangrado lado operar se tomó previamente cultivo solicitado por parte infectología en la úlcera tocar entérica del lado izquierdo Descripción quirúrgica Anestesia general posicionamiento en decúbito lateral izquierdo colocación de soportes pélvicos asepsia con yodados desde el pie hasta la región proximal de la pelvis colocación de campos operatorios retiro de terapia de vacío intermitente luego se realiza colocación de pre pudines a nivel de la cavidad de la cadera y extremo proximal del fémur lavado con solución salina desbridamiento excepcional de partes blandas empleando gubia luego de esto se repite lavado hasta obtener un lecho limpio colocación de puntos de Ir 2 para cierre con puntos de marti se coloca bactigrass de 15 x 20 colocación de apósitos de quemados vendaje elástico desde el pie hasta el extremo proximal del muslo Plan Continúa en hospitalización a cargo de reumatología Vigilancia de herida Continua con antibiótico

Complicaciones :

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.08.2021

Hora Registro: 14:25:15

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA
Tipo de Evolución: Manejo diario

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Subjetivo: Paciente refiere modular dolor, sin náuseas ni vómito, ni fiebre ni otros síntomas, tolerando vía oral. Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021 - 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activo Día 11/42 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activo Día 11 EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg Fecha Hora T FC FR PAS PAD PAM Sat 10.08.2021 04:00 35,80 84,00 19,00 91,00 61,00 71,00 96,00 10.08.2021 00:00 36,00 79,00 19,00 110,00 81,00 90,67 97,00 09.08.2021 20:00 35,60 96,00 17,00 106,00 75,00 85,33 98,00 09.08.2021 11:41 36,00 89,00 20,00 101,00 72,00 81,67 96,00 09.08.2021 08:34 36,30 76,00 20,00 101,00 63,00 75,67 94,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL 31.07.21 CREAT 0.44 LEUCOS 4840 N 2970 L 1300 HB 7.4 HTO 25 PLT 456 PCR 8.7 -29.07.2021: Hemograma: Hb 7.1 GB 4970 N 3480 L 920 PLT 407000 IgG total:11,4 PCR:10 Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes, recibió manejo con ceftazidime avibactam. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. Se establece pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina + Rifampicina que debe completar por 6 semanas. Paciente hemodinámicamente estable, afebril, paraclínico con leucopenia y PCR elevada. Fue llevada a lavado el día 09.08.21 mostrando buena evolución de las úlceras trocántéricas por lo que no dejan sistema VAC. Se ordena perfil hepático para vigilancia de toxicidad. Se deben realizar cambios periódicos de pañal e higiene adecuada en seguimiento por TEO, estaremos atentos a evolución de la paciente.

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.08.2021
Hora Registro: 14:42:21
Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA RECONSTRUCCIONES E INFECCIONES ÓSEAS DR DIAZGRANADOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 AÑOS CC. 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocánterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.2 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda Subjetivo: Refiere sentirse bien, dolor tolerable en muslo derecho. Tolerando vía oral. Diuresis positiva. Objetivo: Paciente en cama de hospitalización, alerta, orientada, sin signos de dificultad respiratoria y afebril. Signos vitales: TA 91/61 FC 84 FR 19 T° 35,8 SAT 96% Apósito seco y sin estigmas de sangrado en cadera y cara lateral de muslo derecho. Eritema circundante. Lesión en trocánter izquierdo con apósitos con leve impregnación de material seroso. PARACLÍNICOS: 10.08.21 Leucos 3.700 N 2.120 L 990 Hb 10.1 Hto 33.6 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Hb postransfusion 10.4 04.08.21 Leu 4090 N 2980 L 840 Hb 6.2 Hto 21.9 PLT 354000 03.08.21 Cultivo de úlcera trocánter. No se observa

crecimiento de microorganismos. Se obtuvo crecimiento escaso de *Candida albicans* en los medios sólidos. Gram negativo. 29.07.21. Hemocultivo: Negativos 28.07.21 Cultivo de hueso fémur derecho: Positivo para *pseudomona aeruginosa* carbapenamas positiva Análisis y plan: Paciente con enfermedad reumática de difícil manejo, con compromiso multisistémico, quien ha sido tratada por cirugía plástica por escaras en región sacra y trocantérica bilateral. En seguimiento por ortopedia por osteomielitis erosiva del fémur proximal derecho, que requirió el 27.07.2021 lavado + Desbridamiento + curetaje y secuestrectomía de fémur proximal izquierdo + colocación de VAC. Cultivo de hueso positivo para *pseudomona aeruginosa*, en seguimiento por infectología. Se encuentra en día 7 de POP por desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21). El día de ayer fue llevada a nuevo lavado, con retiro de dispositivo VAC. Actualmente hemodinámicamente estable, continuamos atentos a evolución clínica. Se le explica a la paciente y al familiar, entienden y aceptan.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.08.2021

Hora Registro: 14:16:39

Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA RECONSTRUCCIONES E INFECCIONES ÓSEAS DR DIAZGRANADOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 AÑOS CC. 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocanterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.2 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda Subjetivo: Refiere sentirse bien, dolor tolerable en muslo derecho. Tolerando vía oral. Objetivo: Paciente en cama de hospitalización, alerta, sin signos de dificultad respiratoria y afebril. Signos vitales: TA 99/67 FC 98 FR 18 T° 36,0 SAT 96% Apósito seco y sin estigmas de sangrado en cadera y cara lateral de muslo derecho, Eritema circundante. Lesión en trocánter izquierdo con apósitos con leve impregnación de material seroso. PARACLÍNICOS: 10.08.21 Leucos 3.700 N 2.120 L 990 Hb 10.1 Hto 33.6 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Hb postransfusion 10.4 04.08.21 Leu 4090 N 2980 L 840 Hb 6.2 Hto 21.9 PLT 354000 03.08.21 Cultivo de úlcera trocanter. No se observa crecimiento de microorganismos. Se obtuvo crecimiento escaso de *Candida albicans* en los medios sólidos. Gram negativo. 29.07.21. Hemocultivo: Negativos 28.07.21 Cultivo de hueso fémur derecho: Positivo para *pseudomona aeruginosa* carbapenamas positiva Análisis y plan: Paciente con enfermedad reumática de difícil manejo, con compromiso multisistémico, quien ha sido tratada por cirugía plástica por escaras en región sacra y trocantérica bilateral. En seguimiento por ortopedia por osteomielitis erosiva del fémur proximal derecho, que requirió el 27.07.2021 lavado + Desbridamiento + curetaje y secuestrectomía de fémur proximal izquierdo + colocación de VAC. Cultivo de hueso positivo para *pseudomona aeruginosa*, en seguimiento por infectología. Se encuentra en día 8 de POP por desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21). Tuvo retiro del VAC el 09.08.21. Al día de hoy modulando dolor en miembro inferior y sin cambios inflamatorios, continuamos atentos a evolución clínica. Se le explica a la paciente y al familiar, entienden y aceptan. Estudiante de medicina, Isabella Delgado Echeverri

.

.

.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 11.08.2021

Hora Registro: 14:16:45

Responsable: PARRA, ANGIE LORENA

INDICACIONES A ENFERMERIA:

NUTRICION 1. DIETA BLANDA. REFRIGERIOS MAÑANA Y TARDE CON FRUTA + GELATINA. REFRIGERIO NOCHE: YOGURT O AVENA+HARINA. NO FRUTAS ASTRINGENTES. NO CARNES EN SALSAS. NO CAFE. NO GRANADILLA. VARIAS BEBIDA CALIENTE. EN DESAYUNO HUEVO (5 VECES/SEMANA) +RESTO IGUAL. NO MANGO. CAMBIAR VERDURA POR FRUTA. 2. VIA ORAL, PROWHEY 20 GRAMOS A LAS 9 HORAS

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.08.2021

Hora Registro: 09:38:44

Responsable: DIAZGRANADOS SUAREZ, FAUSTO ALONSO
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA RECONSTRUCCIONES E INFECCIONES ÓSEAS DR DIAZGRANADOS LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 AÑOS CC. 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocanterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Desbridamiento y secuestrectomia con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.2 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda Subjetivo: Refiere sentirse bien, dolor tolerable en muslo derecho. Tolerando vía oral. Objetivo: Encuentro paciente en buenas condiciones generales, alerta hidratada y afebril con signos vitales estables, al examen físico se observa sobre cara lateral de muslo derecho apósito seco y sin estigmas de sangrado. dermatitis de contacto circundante con mejoría clínica con respecto a días anteriores. Lesión en trocánter izquierdo con apósitos con leve impregnación de material seroso. PARACLÍNICOS: 10.08.21 Leucos 3.700 N 2.120 L 990 Hb 10.1 Hto 33.6 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Hb postransfusión 10.4 04.08.21 Leu 4090 N 2980 L 840 Hb 6.2 Hto 21.9 PLT 354000 03.08.21 Cultivo de úlcera trocanter. No se observa crecimiento de microorganismos. Se obtuvo crecimiento escaso de Candida albicans en los medios sólidos. Gram negativo. 29.07.21. Hemocultivo: Negativos 28.07.21 Cultivo de hueso fémur derecho: Positivo para pseudomona aeruginosa carbapenemas positiva Análisis y plan: Paciente con enfermedad reumática de difícil manejo, con compromiso multisistémico, quien ha sido tratada por cirugía plástica por escaras en región sacra y trocánterica bilateral. En seguimiento por ortopedia por osteomielitis erosiva del fémur proximal derecho, que requirió el 27.07.2021 lavado + Desbridamiento + curetaje y secuestrectomía de fémur proximal izquierdo + colocación de VAC. Cultivo de hueso positivo para pseudomona aeruginosa, en seguimiento por infectología. Se encuentra en día 9 de POP por desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21). El 09.08.21 se realizó nuevo lavado + desbridamiento + retiro de VAC y cierre de herida. Al día de hoy modulando dolor en miembro inferior y sin cambios inflamatorios, ha presentado una favorable evolución clínica por lo que no requiere manejos adicionales por el servicio de ortopedia. Se explica a la paciente que debe continuar en manejo hospitalario hasta que infectología y reumatología lo consideren necesario. El día del egreso se recomienda dar cita de control para 10 días postegreso con el Dr. Diazgranados Ortopedia infecciosa. Se le explica a la paciente y al familiar, entienden y aceptan. Maria antonia Gomez Sierra Residente Ortopedia y traumatología

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.08.2021

Hora Registro: 12:09:41

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocánterica infectadas: Cultivo de secreción trocánterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Subjetivo: Paciente refiere modular dolor, sin náuseas ni vómito, ni fiebre ni otros síntomas, tolerando vía oral. Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activo Día 13/42 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activo Día 13 EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SIRS 70 Kg Fecha Hora T FC FR PAS PAD PAM Sat 12.08.2021 04:00 35,90 96,00 19,00 115,00 73,00 87,00 96,00 12.08.2021 00:00 36,20 107,00 19,00 109,00 76,00 87,00 95,00 11.08.2021 20:00 35,90 93,00 19,00 106,00 73,00 84,00 96,00 11.08.2021 16:00 36,00 89,00 20,00 105,00 76,00 85,67 95,00 11.08.2021 12:00 36,40 82,00 19,00 138,00 93,00 108,00 96,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocánterica bilaterales en mejoría. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P.

aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes, recibió manejo con ceftazidima/avibactam. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. Se establece pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina + Rifampicina que debe completar por 6 semanas. Paciente hemodinámicamente estable, afebril, paraclínico con leucopenia y PCR elevada en descenso. Se encuentra a cargo de reumatología y Ortopedia considera que no requiere nuevas intervenciones por lo que cierran seguimiento. Se deben realizar cambios periódicos de pañal e higiene adecuada en seguimiento por TEO, estaremos atentos a evolución de la paciente.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.08.2021

Hora Registro: 12:51:25

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Immunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Subjetivo: Paciente refiere modular dolor, sin náuseas ni vómito, ni fiebre ni otros síntomas, tolerando vía oral. Menciona intolerancia a la rifampicina con manifestación de pirosis. Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activo Día 14/42 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activo Día 14 EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg Fecha Hora T FC FR PAS PAD PAM Sat 13.08.2021 04:00 36,80 72,00 18,00 115,00 70,00 85,00 94,00 13.08.2021 00:05 36,00 78,00 18,00 115,00 75,00 88,33 96,00 12.08.2021 20:01 36,00 83,00 18,00 119,00 79,00 92,33 97,00 12.08.2021 16:00 36,20 82,00 19,00 124,00 71,00 88,67 95,00 12.08.2021 12:00 36,00 78,00 19,00 120,00 85,00 96,67 95,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. Se establece pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente hemodinámicamente estable, afebril, paraclínicos con leucopenia y PCR elevada en descenso, transaminasas no elevadas. Se encuentra a cargo de reumatología y Ortopedia quienes consideran que no requiere nuevas intervenciones por lo que cierran seguimiento. Por intolerancia, se suspende rifampicina, se solicitan paraclínicos de perfil hepático y amilasa/lipasa. Se deben realizar cambios periódicos de pañal e higiene adecuada en seguimiento por TEO, estaremos atentos a evolución de la

paciente.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.08.2021

Hora Registro: 11:56:31

Responsable: MURIEL HURTADO, CARLOS MAURICIO

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

MEDICINA INTERNA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Ulcera trocanterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomia con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activo Día 15/42 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activo Día 15 Subjetivo: Paciente en compañía de familiar, refiere estar en mejores condiciones, con adecuada modulacion del dolor.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg Fecha Hora T FC FR PAS PAD PAM Sat 14.08.2021 08:00:00 35,50 90,00 19,00 124,00 79,00 94,00 95,00 14.08.2021 04:00:00 35,90 72,00 19,00 114,00 84,00 94,00 93,00 14.08.2021 00:00:07 36,10 73,00 19,00 117,00 76,00 89,67 91,00 OJOS: Pupilas Isocoricas Normo reactivas, escleras anictericas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardiacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocantéricas bilaterales en mejoría. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-)

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente en el momento estable, con evolución clínica favorable. Paraclínicos de control sin leucocitosis, PCR en descenso, bilirrubinas, transaminasas dentro de rangos de normalidad. Por parte del servicio de ortopedia consideran que no requiere nuevas intervenciones quirúrgicas, sin embargo se consultará acerca del manejo de la fístula en cadera izquierda que presenta la paciente para definir cual es el manejo a seguir. Por el momento continua con pauta anitibiotica instaurada y una vez se aclare concepto de manejo de fístula se planteará posible traslado a betania para que complete terapia antibiótica y rehabilitación integral.

Continua hospitalizada en seguimiento con infectología Pendiente concepto de ortopedia para manejo de fístula en cadera izquierda Continua pauta antibiotica Resto igual manejo medico control de signos vitales Avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.08.2021

Hora Registro: 12:42:05

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis

crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Subjetivo: Paciente refiere modular dolor, sin náuseas ni vómito, ni fiebre ni otros síntomas, tolerando vía oral, con diuresis y deposiciones positivas. Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activó Día 15/42 -Rifampicina: 30.07.2021 - 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activó Día 15 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL: SERTRALINA 50 MG. TAB MG 50 C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB MG 10 C/24H VIA ORAL OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML MG 2 C/6H INTRAVENOS ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML MG 8 C/8H INTRAVENOS OMEPRAZOL 40 MG VI MG 40 C/12H INTRAVENOS MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA MG 400 C/24H VIA ORAL LORATADINA 10 MG TAB MG 10 C/24H VIA ORAL LACTULOSA 66.7G/100ML SOLUCION ORAL FCO 240 ML ML15 C/8H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG MG 40 C/24H SUBCUTANEA DIPIRONA SOL INY 2.5G/5ML AMPOLLA MG 1250 C/6H INTRAVENOS CLOZAPINA 25MG TAB MG 25 C/24H VIA ORAL CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO G 5 C/8H TOPICA CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL G 2,5 C/8H INTRAVENOS ACETAMINOFEN 500MG TAB MG 1000 C/8H VIA ORAL EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg SIGNOS VITALES: fecha hora t fc fr pas pad satO2 14.08.2021 08:00:00 35,50 90,00 19,00 124,00 79,00 95,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardiacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -14.08.2021: GB: 2840 N: 1480 L: 910 PLQ: 282 HB: 11.1 HTO: 36 ALT: 13.7 AST: 14.3 BT: 0.17 BD: 0.11 BI: 0.06 FA: 175 P: 4.84 GGT: 95 LIPASA: 37 MG: 2.11 BUN: 4.06 PCR: 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. Se establece pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente hemodinámicamente estable, afebril, paraclínicos con leucopenia y PCR elevada en descenso, amilasa y lipasa en rangos de normalidad, transaminasas no elevadas. Se encuentra a cargo de reumatología y Ortopedia quienes consideran que no requiere nuevas intervenciones por lo que cierran seguimiento. Ayer por intolerancia, se suspende rifampicina, con mejoría marcada de las náuseas y el vómito, posterior a la suspensión del medicamento, Se deben realizar cambios periódicos de pañal e higiene adecuada en seguimiento por TEO, continúa con igual manejo, estaremos atentos a la evolución de la paciente.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.08.2021

Hora Registro: 12:48:31

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía

inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Subjetivo: Paciente refiere modular dolor, sin náuseas ni vómito, ni fiebre ni otros síntomas, tolerando vía oral, con diuresis y deposiciones positivas. Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activó Día 15/42 -Rifampicina: 30.07.2021 - 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activó Día 15 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL: SERTRALINA 50 MG. TAB MG 50 C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB MG 10 C/24H VIA ORAL OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML MG 2 C/6H INTRAVENOS ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML MG 8 C/8H INTRAVENOS OMEPRAZOL 40 MG VI MG 40 C/12H INTRAVENOS MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA MG 400 C/24H VIA ORAL LORATADINA 10 MG TAB MG 10 C/24H VIA ORAL LACTULOSA 66.7G/100ML SOLUCION ORAL FCO 240 ML ML15 C/8H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG MG 40 C/24H SUBCUTANEA DIPIRONA SOL INY 2.5G/5ML AMPOLLA MG 1250 C/6H INTRAVENOS CLOZAPINA 25MG TAB MG 25 C/24H VIA ORAL CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO G 5 C/8H TOPICA CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL G 2,5 C/8H INTRAVENOS ACETAMINOFEN 500MG TAB MG 1000 C/8H VIA ORAL EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg SIGNOS VITALES: fecha hora t fc fr pas pad satO2 14.08.2021 08:00:00 35,50 90,00 19,00 124,00 79,00 95,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardiacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin irritaciónperitoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales en mejoría. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -14.08.2021: GB: 2840 N: 1480 L: 910 PLQ: 282 HB: 11.1 HTO: 36 ALT: 13.7 AST: 14.3 BT: 0.17 BD: 0.11 BI: 0.06 FA: 175 P: 4.84 GGT: 95 LIPASA: 37 MG: 2.11 BUN: 4.06 PCR: 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. Se establece pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente hemodinámicamente estable, afebril, paracrínicos con leucopenia y PCR elevada en descenso, amilasa y lipasa en rangos de normalidad, transaminasas no elevadas. Se encuentra a cargo de reumatología y Ortopedia quienes consideran que no requiere nuevas intervenciones por lo que cierran seguimiento. Ayer por intolerancia, se suspende rifampicina, con mejoría marcada de las náuseas y el vómito, posterior a la suspensión del medicamento, Se deben realizar cambios periódicos de pañal e higiene adecuada en seguimiento por TEO, continúa con igual manejo, estaremos atentos a la evolución de la paciente.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.08.2021

Hora Registro: 10:18:12

Responsable: MURIEL HURTADO, CARLOS MAURICIO

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

MEDICINA INTERNA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocanterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomia con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activo Día 15/42 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activo Día 15 Subjetivo: Paciente en compañía de familiar, refiere estar en mejores condiciones, con adecuada modulación del dolor.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg Signos vitales: TA 107/57, FC 105, FR 19, SAO2 91 %, T 36.4 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO:

No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales en mejoría. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -14.08.2021 Leucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-)

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente en el momento estable, con evolución clínica favorable. Paraclínicos de control sin leucocitosis, PCR en descenso, bilirrubinas, transaminasas dentro de rangos de normalidad. Por parte del servicio de ortopedia consideran que no requiere nuevas intervenciones quirúrgicas, sin embargo se consultará acerca del manejo de la fístula en cadera izquierda que presenta la paciente para definir cual es el manejo a seguir. Por el momento continua con pauta antibiótica instaurada y una vez se aclare concepto de manejo de fístula se planteará posible traslado a betania para que complete terapia antibiótica y rehabilitación integral.

Continua hospitalizada en seguimiento con infectología Pendiente concepto de ortopedia para manejo de fístula en cadera izquierda Continua pauta antibiótica Resto igual manejo médico control de signos vitales Avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.08.2021

Hora Registro: 10:55:12

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 FECHA: AGOSTO 15 2021

DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántericas infectadas: Cultivo de secreción trocánterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo PRESCRIPCIONES ACTIVAS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 C/8H CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 C/8H CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 C/8H CLOZAPINA 25MG TAB 25 C/24H CLOZAPINA 25MG TAB 25 C/24H DIPIRONA SOL INY 2.5G/5ML AMPOLLA 1250 C/6H ENOXAPARINA 40 MG JG 40 C/24H LACTULOSA 66.7G/100ML SOLUCION ORAL FCO 240 ML 15 C/8H LORATADINA 10 MG TAB 10 C/24H MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 C/24H OMEPRAZOL 40 MG VI 40 C/12H ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML 8 C/8H PREDNISOLONA 5MG TAB 10 C/24H SERTRALINA 50 MG. TAB 50 C/24H Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activó Día 15/42 -Rifampicina: 30.07.2021 - 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activó Día 15 Aislamientos -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de Paciente en situación clínica estable, sin presencia de fiebre en las últimas 24 horas, tendencia a agitación motora y heteroagresividad, al momento de ronda se encuentra tranquila, sin signos de dificultad respiratoria, sus ruidos cardíacos son rítmicos y no tiene taquicardia, campos pulmonares simétricamente ventilados, leve edema en extremidades inferiores con tracción en MII, sin signos de trombosis venosa profunda Sus últimos labs disponibles son de ayer GB: 2840 N: 1480 L: 910 PLQ: 282 HB: 11.1 HTO: 36 ALT:13.7 AST: 14.3 BT: 0.17 BD: 0.11 BI: 0.06 FA: 175 P: 4.84 GGT: 95 LIPASA: 37 MG: 2.11 BUN: 4.06 PCR: 1.7 CONCEPTO Y PLAN Condición clínica estable, sin presencia de fiebre ni signos de respuesta inflamatoria sistémica completando seis semanas de tratamiento antibiótico descrito, pendiente de valoración por ortopedia dada la complejidad de

enfermedad actual y para valoración de posible necesidad de nuevo lavado, el cual ayudará a control de foco infeccioso. Por nuestra parte continuamos igual manejo antibiótico, se recomienda realización de un EKG para vigilancia de QTc por uso prolongado de quinolonas Dr Pablo Andres Moncada Infectología Medicina Interna FVL Dr Ricardo Adolfo Gil. Fellow Infectología. Medicina interna

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.08.2021

Hora Registro: 11:29:33

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 FECHA: AGOSTO 15 2021

DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocánticas infectadas: Cultivo de secreción trocántica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo PRESCRIPCIONES ACTIVAS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 C/8H CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 C/8H CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 C/8H CLOZAPINA 25MG TAB 25 C/24H CLOZAPINA 25MG TAB 25 C/24H DIPIRONA SOL INY 2.5G/5ML AMPOLLA 1250 C/6H ENOXAPARINA 40 MG JG 40 C/24H LACTULOSA 66.7G/100ML SOLUCION ORAL FCO 240 ML 15 C/8H LORATADINA 10 MG TAB 10 C/24H MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 C/24H OMEPRAZOL 40 MG VI 40 C/12H ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML 8 C/8H PREDNISOLONA 5MG TAB 10 C/24H SERTRALINA 50 MG. TAB 50 C/24H Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activó Día 15/42 -Rifampicina: 30.07.2021 - 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activó Día 15 Aislamientos -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocántica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de Paciente en situación clínica estable, sin presencia de fiebre en las últimas 24 horas, tendencia a agitación motora y heteroagresividad, al momento de ronda se encuentra tranquila, sin signos de dificultad respiratoria, sus ruidos cardíacos son rítmicos y no tiene taquicardia, campos pulmonares simétricamente ventilados, leve edema en extremidades inferiores con tracción en MII, sin signos de trombosis venosa profunda Sus últimos labs disponibles son de ayer GB: 2840 N: 1480 L: 910 PLQ: 282 HB: 11.1 HTO: 36 ALT:13.7 AST: 14.3 BT: 0.17 BD: 0.11 BI: 0.06 FA: 175 P: 4.84 GGT: 95 LIPASA: 37 MG: 2.11 BUN: 4.06 PCR: 1.7 CONCEPTO Y PLAN Condición clínica estable, sin presencia de fiebre ni signos de respuesta inflamatoria sistémica completando seis semanas de tratamiento antibiótico descrito, pendiente de valoración por ortopedia dada la complejidad de enfermedad actual y para valoración de posible necesidad de nuevo lavado, el cual ayudará a control de foco infeccioso. Por nuestra parte continuamos igual manejo antibiótico, se recomienda realización de un EKG para vigilancia de QTc por uso prolongado de quinolonas Dr Pablo Andres Moncada Infectología Medicina Interna FVL Dr Ricardo Adolfo Gil. Fellow Infectología. Medicina interna

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.08.2021

Hora Registro: 09:53:24

Responsable: MURIEL HURTADO, CARLOS MAURICIO

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

MEDICINA INTERNA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocántica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra

Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activo Día 15/42 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activo Día 15 Subjetivo: Paciente en compañía de familiar, refiere estar en mejores condiciones, con adecuada modulación del dolor.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg Signos vitales: TA 107/57, FC 109, FR 18, SAO2 94 %, T 35.5 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -14.08.2021 Leucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-)

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente en el momento estable, con evolución clínica favorable. Paraclínicos de control sin leucocitosis, PCR en descenso, bilirrubinas, transaminasas dentro de rangos de normalidad. Por parte del servicio de ortopedia consideran que no requiere nuevas intervenciones quirúrgicas, sin embargo se consultará acerca del manejo de la fístula en cadera izquierda que presenta la paciente para definir cual es el manejo a seguir. Por el momento continúa con pauta antibiótica instaurada y una vez se aclare concepto de manejo de fístula se planteará posible traslado a betania para que complete terapia antibiótica y rehabilitación integral.

Continúa hospitalizada en seguimiento con infectología Pendiente concepto de ortopedia para manejo de fístula en cadera izquierda Continúa pauta antibiótica Resto igual manejo médico control de signos vitales Avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.08.2021

Hora Registro: 09:58:20

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 FECHA: AGOSTO 16 2021

DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocánterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vasculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV 2: Negativo PRESCRIPCIONES ACTIVAS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 C/8H CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 C/8H CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 C/8H CLOZAPINA 25MG TAB 25 C/24H DIPIRONA SOL INY 2.5G/5ML AMPOLLA 1250 C/6H ENOXAPARINA 40 MG JG 40 C/24H LACTULOSA 66.7G/100ML SOLUCION ORAL FCO 240 ML 15 C/8H LORATADINA 10 MG TAB 10 C/24H MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 C/24H OMEPRAZOL 40 MG VI 40 C/12H ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML 8 C/8H PREDNISOLONA 5MG TAB 10 C/24H SERTRALINA 50 MG. TAB 50 C/24H Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activó Día 15/42 -Rifampicina: 30.07.2021 - 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activó Día 15 Aislamientos -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de El día de hoy me refiere sentirse en buenas condiciones, niega presencia de dolor en cadera, el día de hoy sin presencia de dispositivo de tracción en MIIS; al momento de ronda está

sin taquicardia, con rscs rítmicos, el abdomen blando, persiste con edema en sitio incisional de cadera derecha, sin presencia de edema en extremidades Para el día de hoy no tiene nuevos laboratorios En el momento respuesta inflamatoria está modulada, está pendiente de nuevo concepto de ortopedia para re evaluar manejo qx dada la presencia de fístula, dependiente de este concepto debe evaluarse traslado para terminar tratamiento en estancia crónica Dr Pablo Andres Moncada Infectología Medicina Interna FVL Dr Ricardo Adolfo Gil. Fellow Infectología. Medicina interna

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.08.2021

Hora Registro: 10:27:58

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 FECHA: AGOSTO 16 2021

DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas

trocantéricas infectadas: Cultivo de secreción trocantérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R

Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía,

lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración

Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso

inmunológico,hematológico, SNC (Vasculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y

protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV 2: Negativo

PRESCRIPCIONES ACTIVAS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 C/8H CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5

C/8H CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 C/8H CLOZAPINA 25MG TAB 25 C/24H DIPIRONA SOL INY

2.5G/5ML AMPOLLA 1250 C/6H ENOXAPARINA 40 MG JG 40 C/24H LACTULOSA 66.7G/100ML SOLUCION ORAL FCO

240 ML 15 C/8H LORATADINA 10 MG TAB 10 C/24H MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 C/24H OMEPRAZOL 40

MG VI 40 C/12H ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML 8 C/8H PREDNISOLONA 5MG TAB 10 C/24H SERTRALINA 50 MG.

TAB 50 C/24H Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF

26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacin + Rifampicina FI 30.07.21 -Activó Día 15/42 -Rifampicina: 30.07.2021 -

13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activó Día 15 Aislamientos -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter

mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado

rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción

trocantérea derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1

#2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente

femenina de 21 años de edad con diagnóstico de El día de hoy me refiere sentirse en buenas condiciones, niega

presencia de dolor en cadera, el día de hoy sin presencia de dispositivo de tracción en MIIS; al momento de ronda está

sin taquicardia, con rscs rítmicos, el abdomen blando, persiste con edema en sitio incisional de cadera derecha, sin

presencia de edema en extremidades Para el día de hoy no tiene nuevos laboratorios En el momento respuesta

inflamatoria está modulada, está pendiente de nuevo concepto de ortopedia para re evaluar manejo qx dada la

presencia de fístula, dependiente de este concepto debe evaluarse traslado para terminar tratamiento en estancia

crónica SE INDICA SI FIEBRE TOMAR HEMCULTIVOS, PCR SARS COV2, PARA MAÑANA REACTANTES DE FASE AGUDA

Y PRUEBAS HEPATICAS. Dr Pablo Andres Moncada Infectología Medicina Interna FVL Dr Ricardo Adolfo Gil. Fellow

Infectología. Medicina interna

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.08.2021

Hora Registro: 09:00:57

Responsable: DIAZGRANADOS SUAREZ, FAUSTO ALONSO

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

ORTOPEDIA RECONSTRUCTIVA E INFECCIONES RESPUESTA A INTERCONSULTA Paciente ampliamente conocida por

el servicio, se realizaron multiples lavados por osteomielitis de cadera dercha asociado a ulcera trocanterica y cierre de

defecto el 09.08.2021. Solicitan revaloracion para ulcera contralateral. Obejtivo: Encuentro paciente en buenas

condicones generales, alerta hidratad ay afebril cons igsnov itales etsables. Al examen fisico se observa ulcera sobre

trocater mayor izquierdo cubierta con gasas sobre las cuales se osberva secrecion escasa seca. Ulcera trocater

mayor derecho cubierta por apositos limpios y en buenas condicones. Analisis y plan: Por el servicio de ortopedia la

paciente puede ser trasladada a betania para continuar su manejo. En cuanto al sitio quirúrgico sobre úlcera del trocánter mayor derecho se observa adecuada evolución en proceso de cierre de la herida. Ha presentado mejoría en cuanto a clínica y apraclinicos. En cuanto a la úlcera del trocánter mayor izquierdo, No requiere manejo por ortopedia y traumatología, se sugiere solicitar valoración por el servicio de cirugía plástica y continuar curaciones por TEO. Se cierra interconsulta.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.08.2021

Hora Registro: 12:49:11

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

MEDICINA INTERNA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocánterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina + Rifampicina FI 30.07.21 -Activo Día 16/42 -Clotrimazol FI 30.07.21 -Activo Día 16 Subjetivo: Paciente en compañía de familiar, refiere estar en mejores condiciones, en el momento sin dolor

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg SIGNOS VITALES 17.08.2021 08:00:36 35,40 76,00 18,00 124,00 75,00 91,33 92,00 17.08.2021 04:00:00 36,00 78,00 18,00 111,00 65,00 80,33 94,00 17.08.2021 00:00:01 36,60 71,00 18,00 116,00 66,00 82,67 96,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -14.08.2021 Leucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-)

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente en el momento estable, con evolución clínica favorable. Paraclínicos de control sin leucocitosis, PCR levemente elevada pero estable respecto a previa. Fue valorada por ortopedia quienes consideran que fístula en cadera izquierda no requiere manejo quirúrgico por parte del servicio y recomiendan valoración por parte de cirugía plástica y TEO. Una vez sea valorada por cirugía plástica y se defina manejo podría ser trasladada a betania para completar tratamiento antibiótico y rehabilitación integral.

Continua hospitalizada en seguimiento con infectología Se solicita interconsulta por cirugía plástica Continua pauta antibiótica Manejo por TEO Resto igual manejo médico control de signos vitales Avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.08.2021

Hora Registro: 19:41:11

Responsable: ROSSO SUAREZ, FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo TTO FARMACOLOGICO ACTUAL OMEPRAZOL 40 MG VI 40 MG C/12H INTRAVENOS LACTULOSA 66.7G/100ML SOLUCION ORAL FCO 240 ML 15 ML C/8H VIA LORATADINA 10 MG TAB 10 MG C/24H VIA ORAL SERTRALINA 50 MG. TAB 50 MG C/24H VIA ORAL CLOZAPINA 25MG TAB 25 MG C/24H VIA ORAL OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML 2 MG C/6H INTRAVENOS PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H VIA ORAL DIPIRONA SOL INY 2.5G/5ML AMPOLLA 1250 MG C/6H INTRAVENOS CLOZAPINA 25MG TAB 25 MG C/24H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 MG C/24H VIA ORAL CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/8H INTRAVENOS ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML 8 MG C/8H INTRAVENOS OMEPRAZOL 40 MG VI 40 MG DOUNICA INTRAVENOS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/8H VIA ORAL Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 18/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 18) Subjetivo: Paciente en compañía de familiar, refiere estar en mejores condiciones, refiere que paso mejor noche, en el momento sin dolor, refiere pérdida de la continencia fecal. EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg fecha hora t fc fr pas pad satO2 17.08.2021 04:00:00 36,00 78,00 18,00 111,00 65,00 94,00 17.08.2021 00:00:01 36,60 71,00 18,00 116,00 66,00 96,00 16.08.2021 20:00:00 36,00 78,00 17,00 113,00 66,00 98,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios 17.08.2021: hemograma hb: 10.5 hto: 34 GB: 3150 N: 1480 L: 1120 PQT: 248000 PCR: 1.88 14.08.21: Hemograma Hb 11.1 Gb 2840 N 1480 L 0.91 Plt 282000 BT 0.17 BD 0.1 BI 0.06 ALT 13.7 AST 14.3 FA 175 GGT 95 K 3.72 M 2.1 F 4.84 LIPASA 37 PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años con diagnósticos anotados, en tratamiento con -Ceftazidima Avibactam + Moxifloxacina + clotrimazol hoy día 18/42, hemodinámicamente estable, con paraclínicos de control con leve baja de la hemoglobina, línea blanca en rango de normalidad, PCR continua levemente elevada, Luisa debe de continuar y completar con su tratamiento antibiótico, por el momento continúa hospitalizada, solcito hemograma de control, creatinina, ALT y VSG, se explica.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.08.2021

Hora Registro: 06:12:22

Responsable: DIAZGRANADOS SUAREZ, FAUSTO ALONSO

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

ORTOPEDIA RECONSTRUCTIVA E INFECCIONES RESPUESTA A INTERCONSULTA Paciente ampliamente conocida por el servicio, se realizaron múltiples lavados por osteomielitis de cadera derecha asociado a úlcera trocánterica y cierre de defecto el 09.08.2021. Solicitan revaloración para úlcera contralateral. Objetivo: Encuentro paciente en buenas condiciones generales, alerta hidratada y afebril con signos vitales estables. Al examen físico se observa úlcera sobre trocánter mayor izquierdo cubierta con gasas sobre las cuales se observa secreción escasa seca. Úlcera trocánter mayor derecho cubierta por apósitos limpios y en buenas condiciones. Análisis y plan: Por el servicio de ortopedia la paciente puede ser trasladada a betania para continuar su manejo. En cuanto al sitio quirúrgico sobre úlcera del trocánter mayor derecho se observa adecuada evolución en proceso de cierre de la herida. Ha presentado mejoría en cuanto a clínica y paraclínicos. En cuanto a la úlcera del trocánter mayor izquierdo, No requiere manejo por ortopedia

y traumatología, se sugiere solicitar valoración por el servicio de cirugía plástica y continuar curaciones por TEO. Se cierra interconsulta.

.

.

.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 18.08.2021

Hora Registro: 10:30:57

Responsable: PARRA, ANGIE LORENA

INDICACIONES A ENFERMERIA:

NUTRICION 1. DIETA BLANDA. REFRIGERIOS MAÑANA Y TARDE CON FRUTA + GELATINA. REFRIGERIO NOCHE: YOGURT O AVENA+HARINA. NO FRUTAS ASTRINGENTES. NO CARNES EN SALSAS. NO CAFE. NO GRANADILLA. VARIAS BEBIDA CALIENTE. EN DESAYUNO HUEVO (5 VECES/SEMANA) +RESTO IGUAL. NO MANGO. CAMBIAR VERDURA POR FRUTA. 2. VIA ORAL, PROWHEY 20 GRAMOS A LAS 9 HORAS

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.08.2021

Hora Registro: 12:45:42

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA INTERNA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Ulcera trocanterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomia con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 19/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 19) Subjetivo: Paciente en compañía de familiar, refiere estar en regulares condiciones, con leve dolor en miembros inferiores.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg SIGNOS VITALES 35,80 75,00 18,00 108,00 70,00 82,67 95,00 35,90 94,00 18,00 119,00 73,00 88,33 95,00 35,90 95,00 18,00 114,00 66,00 82,00 97,00 34,80 76,00 18,00 126,00 84,00 98,00 94,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales en mejoría. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Leucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-)

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente en el momento estable, con evolución clínica favorable. Ortopedia considera por lo pronto sin intervenciones adicionales. Refieren el manejo sería por cirugía plástica, sin embargo en conjunto con infectología se considera por ahora no indicado dado

que la infección aun puede estar activa, no ha terminado el manejo antibiótico. Ayer se tomo EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V4, se tomó K de control con evidencia de hipocalcemia leve, por el momento consideramos reposición de potasio y una vez corregido, se hará control de EKG. Hoy además con aumento del dolor en caderas, pero esta vez asociado también a leve dolor en rodillas con algo de eritema y edema, se solicita C3, C4 y anti DNA para determinar actividad lúpica. Se explica

Continua hospitalizada en seguimiento con infectología SS C3, C4, anti DNA, electrolitos, hemograma, pcr Continua pauta antibiotica Manejo por TEO Resto igual manejo medico control de signos vitales Avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.08.2021

Hora Registro: 19:17:14

Responsable: ROSSO SUAREZ, FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo TTO FARMACOLOGICO ACTUAL OMEPRAZOL 40 MG VI 40 MG C/12H INTRAVENOS LACTULOSA 66.7G/100ML SOLUCION ORAL FCO 240 ML 15 ML C/8H VIA LORATADINA 10 MG TAB 10 MG C/24H VIA ORAL SERTRALINA 50 MG. TAB 50 MG C/24H VIA ORAL CLOZAPINA 25MG TAB 25 MG C/24H VIA ORAL OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML 2 MG C/6H INTRAVENOS PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H VIA ORAL DIPIRONA SOL INY 2.5G/5ML AMPOLLA 1250 MG C/6H INTRAVENOS CLOZAPINA 25MG TAB 25 MG C/24H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 MG C/24H VIA ORAL CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/8H INTRAVENOS ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML 8 MG C/8H INTRAVENOS OMEPRAZOL 40 MG VI 40 MG DOUNICA INTRAVENOS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/8H VIA ORAL Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacin FI 30.07.21 -Activó (Día 19/42) -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 19) Subjetivo: Paciente en compañía de familiar, modular adecuadamente dolor, continúa con incontinencia fecal. EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin signos de SRIS 70 Kg fecha hora t fc fr pas pad satO2 18.08.2021 16:00:00 36,20 90,00 19,00 111,00 78,00 96,00 18.08.2021 12:00:00 36,10 105,00 19,00 107,00 75,00 94,00 18.08.2021 08:00:00 36,30 86,00 19,00 123,00 78,00 95,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría, sin secreción purulenta. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -18.08.2021: GB: 3430 N: 1370 L: 1400 HB: 10.8 HTO: 35.1 PQT: 254000 VSG: 46 ALT: 19 AST: 17 PCR: 1.31 -17.08.2021: hemograma GB: 3150 N: 1480 L: 1120 PQT: 248000 PCR: 1.88 hb: 10.5 hto: 34 -14.08.21: Hemograma Hb 11.1 Gb 2840 N 1480 L 0.91 Plt 282000 BT 0.17 BD 0.1 BI 0.06 ALT 13.7 AST 14.3 FA 175 GGT 95 K 3.72 M 2.1 F 4.84 LIPASA 37 PCR 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años con diagnósticos anotados, en tratamiento con -Ceftazidima Avibactam + Moxifloxacin + clotrimazol hoy día 19/42, hemodinámicamente estable, con parámetros sin cambios significativos, con función hepática inalterada, con VSG y PCR ligeramente elevada con tendencia a la baja. Paciente polimedicada, se revisan interacciones medicamentosas por lo que se decide suspender lactulosa, ondansetron, acetaminofén, además de esto consideramos que debe de ser valorada por los servicios de reumatología y neurología clínica para evaluar si incontinencia fecal de novo tiene relación con reactivación de su patología de base. Suspendemos LEV por signos de sobrecarga

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.08.2021

Hora Registro: 14:20:04

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA INTERNA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocanterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomia con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 20/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 20) Subjetivo: Paciente en compañía de familiar, en malas condiciones, con mucho dolor eb miembro inferior derecho, además cefalea y sensación de palpitaciones.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, regulares condiciones generales, sin signos de SRIS SIGNOS VITALES T 35,6 FC 150 lpm FR 19 PA 119/76/90 SAT 96% OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, taquicárdica PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Leucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-)

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. En cuanto a proceso quirúrgico, estable no requiere nuevas intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fístula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. El día de ayer paciente con EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V4, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido pero persistencia de alteración, se solicita eco tt En el momento paciente en regulares condiciones, con dolor y características inflamatorias en rodillas, también con manifestaciones en piel de cara y en zona de heridas, pero sin secreción, parece más proceso inflamatorio de otro tipo. Ya solicitados C3, C4 y anti DNA, a la espera de resultado, se comenta caso con reumatología. Se explica.

Continua hospitalizada en seguimiento con infectología Pendiente C3, C4, anti DNA Se solicita ECO TT Continua pauta antibiotica Manejo por TEO Resto igual manejo medico control de signos vitales Avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.08.2021

Hora Registro: 18:39:57

Responsable: ROSSO SUAREZ, FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía

inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo TTO FARMACOLOGICO ACTUAL OMEPRAZOL 40 MG VI 40 MG C/12H INTRAVENOS LACTULOSA 66.7G/100ML SOLUCION ORAL FCO 240 ML 15 ML C/8H VIA LORATADINA 10 MG TAB 10 MG C/24H VIA ORAL SERTRALINA 50 MG. TAB 50 MG C/24H VIA ORAL CLOZAPINA 25MG TAB 25 MG C/24H VIA ORAL OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML 2 MG C/6H INTRAVENOS PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H VIA ORAL DIPIRONA SOL INY 2.5G/5ML AMPOLLA 1250 MG C/6H INTRAVENOS CLOZAPINA 25MG TAB 25 MG C/24H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 MG C/24H VIA ORAL CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/8H INTRAVENOS ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML 8 MG C/8H INTRAVENOS OMEPRAZOL 40 MG VI 40 MG DOUNICA INTRAVENOS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/8H VIA ORAL Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacin FI 30.07.21 -Activó (Día 20/42) -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 20) Subjetivo: Paciente en compañía de familiar, refiere que ha presentado aumento del dolor, continúa con incontinencia fecal, refiere que está presentado lesiones cutáneas en la cara desde hoy por la mañana. EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria fecha hora t fc fr pas pad satO2 19.08.2021 12:00:00 35,40 108,00 19,00 121,00 73,00 96,00 19.08.2021 08:00:00 35,60 94,00 19,00 119,00 76,00 96,00 19.08.2021 04:00:00 34,90 87,00 16,00 100,00 75,00 94,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, escleras anictéricas. CARA: Eritema malar CUELLO: No masas, no megalias, eritema. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales en mejoría, sin secreción purulenta. HEMATOLOGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -19.08.2021: gb: 3620 N: 1770 L: 1290 HB: 11.0 HTO: 36.4 PQT 318000 CREATININA: 0.38 PCR: 0.98 C3: 146.92 C4: 30.46 -18.08.2021: GB: 3430 N: 1370 L: 1400 HB: 10.8 HTO: 35.1 PQT: 254000 VSG: 46 ALT: 19 AST: 17 PCR: 1.31 -17.08.2021: hemograma GB: 3150 N: 1480 L: 1120 PQT: 248000 PCR: 1.88 hb: 10.5 hto: 34 -14.08.21: Hemograma Hb 11.1 Gb 2840 N 1480 L 0.91 Plt 282000 BT 0.17 BD 0.1 BI 0.06 ALT 13.7 AST 14.3 FA 175 GGT 95 K 3.72 M 2.1 F 4.84 LIPASA 37 PCR 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) Análisis: Paciente femenina de 21 años con diagnósticos anotados, en tratamiento con -Ceftazidima Avibactam + Moxifloxacin + clotrimazol hoy día 20/42, hemodinámicamente estable, con paraclínicos sin leucocitosis, disminución del valor de la PCR, el complemento no se ha consumido. Desde hoy por la mañana ha presentado eritema malar, por parte de nuestra especialidad debe de completar tratamiento antibiótico, se explica.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.08.2021

Hora Registro: 13:16:15

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA INTERNA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocánterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacin FI 30.07.21 -Activo Día 20/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 20) Subjetivo: Paciente con persistencia de dolor en rodilla y cadera derecha, algunas palpaciones. Niega fiebre, niega otros síntomas.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, regulares condiciones generales, sin signos de SRIS SIGNOS VITALES T 35,6 FC 150 lpm FR 19 PA 119/76/90 SAT 96% OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, taquicárdica PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras

trocantericas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. En los últimos días ha sido llamativo el empeoramiento del dolor en cadera y además también con cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, se solicita entonces resonancia magnética de miembro inferior derecho para valorar tanto cadera como rodilla dado que los signos inflamatorios han aumentado en dichas articulaciones. Se explica a familiar.

SS RMN de miembro inferior derecho para descartar artritis séptica Continúa pauta antibiotica Manejo por TEO Resto igual manejo medico control de signos vitales Avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.08.2021

Hora Registro: 14:01:59

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

REUMATOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocanterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomia con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 20/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 20) Subjetivo: Paciente con persistencia de dolor en rodilla y cadera derecha, algunas palpaciones. Niega fiebre, niega otros síntomas.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, regulares condiciones generales, sin signos de SRIS SIGNOS VITALES T 35,6 FC 150 lpm FR 19 PA 119/76/90 SAT 96% OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, taquicárdica PULMONAR: Murmullo

vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocánticas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos.

ANALISIS Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Nos interconsultan por aparente empeoramiento del dolor en cadera y además también con cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo no hay alteración. No consideramos que se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, se sugiere a servicio de medicina interna solicitar resonancia magnética de miembro inferior derecho para valorar tanto cadera como rodilla dado que los signos inflamatorios han aumentado en dichas articulaciones. Se explica a familiar. Sin otras consideraciones, atentos a caso, continua manejo por medicina interna. Sebastian Leib _RMI Dr. Andres Hormaza - reumatolgo

SS RMN de miembro inferior derecho para descartar artritis séptica

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.08.2021

Hora Registro: 12:02:30

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA INTERNA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocántica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 20/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 20) Subjetivo: Dolor intermitente que persiste

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, regulares condiciones generales, sin signos de SRIS SIGNOS VITALES T 35,6 FC 150 lpm FR 19 PA 119/76/90 SAT 96% OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, taquicárdica PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocánticas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG

46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. En los últimos días ha sido llamativo el empeoramiento del dolor en cadera y además también con cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, se solicita entonces resonancia magnética de miembro inferior derecho para valorar tanto cadera como rodilla dado que los signos inflamatorios han aumentado en dichas articulaciones. Paciente con dolor de difícil manejo, pte valoración por clínica del dolor, se explica a familiar.

Pte RMN MID Pte val por clínica del dolor Continúa pauta antibiotica Manejo por TEO Resto igual manejo medico control de signos vitales Avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.08.2021

Hora Registro: 10:31:47

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA INTERNA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocanterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 20/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 20) Subjetivo: El dolor ha mejorado, sin embargo tiene dolor abdominal tipo cólico y náuseas

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, regulares condiciones generales, sin signos de SRIS SIGNOS VITALES 36,10 90,00 18,00 104,00 69,00 80,67 97,00 36,50 101,00 19,00 90,00 55,00 66,67 97,00 36,10 107,00 19,00 99,00 57,00 71,00 97,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, taquicárdica PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de

Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVI 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. En los últimos días ha sido llamativo el empeoramiento del dolor en cadera y además también con cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, se solicita entonces resonancia magnética de miembro inferior derecho para valorar tanto cadera como rodilla dado que los signos inflamatorios han aumentado en dichas articulaciones. Paciente con dolor de difícil manejo, pte valoración por clínica del dolor, hoy además con cólico y con náuseas, se ajusta manejo. Se explica.

Manejo de cólico y de náuseas Pte RMN MID Pte val por clínica del dolor Continúa pauta antibiotica Manejo por TEO Resto igual manejo medico control de signos vitales Avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.08.2021

Hora Registro: 12:38:36

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA INTERNA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocánterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) Subjetivo: En el momento con adecuada modulación del dolor.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, regulares condiciones generales, sin signos de SRIS SIGNOS VITALES 23.08.2021 04:00:00 36,00 111,00 18,00 109,00 74,00 85,67 94,00 23.08.2021 00:01:00 35,50 97,00 18,00 109,00 82,00 91,00 96,00 23.08.2021 00:18:43 35,50 97,00 18,00 109,00 82,00 91,00 96,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, taquicárdica PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVI 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin

signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de *Proteus*, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con *Pseudomonas aeruginosa* KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y *S. Aureus* R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido pero persistencia de alteración. Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Debido a empeoramiento del dolor en cadera y cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, por lo que se solicitó resonancia magnética que se encuentra pendiente. En el momento paciente estable, sin SIRS, con mejor modulación del dolor, sin náuseas ni emesis. Estamos atentos a resultado de RMN.

Pte RMN MID Pte val por clínica del dolor Continúa pauta antibiotica Manejo por TEO Resto igual manejo medico control de signos vitales Avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.08.2021

Hora Registro: 14:44:21

Responsable: BADILLO MORALES, ANGELICA GISELLE

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: *Pseudomonas aeruginosa* Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - Análisis: Paciente refiere sentirse bien, con dolor modulado, se encuentra afebril, hemodinamicamente estable, respirando bien, luce tranquila. Aún presenta edema y dolor a la movilización pasiva de pierna derecha, tiene electrolitos de hoy en rango de normalidad (NA 145 K 3.86 CL 109) con ultimo hemograma del 20.08.21 con respuesta inflamatoria modulada (Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270000, tiene pendiente realización de RNM de rodilla derecha. Por el momento consideramos continuar igual esquema con Ceftazidima Avibactam + Moxifloxacina. Quedamos atentos a evolución.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria fecha hora t fc fr pas pad pam satO2 23.08.2021 12:00:00 34,70 85,00 19,00 107,00 73,00 84,33 94 OJOS: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, escleras anictéricas. CARA: Eritema malar CUELLO: No masas, no megalias, eritema. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría, sin secreción purulenta. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS ++++/+++ Laboratorios -23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 -19.08.2021: gb: 3620 N: 1770 L: 1290 HB: 11.0 HTO: 36.4 PQT 318000 CREATININA: 0.38 PCR: 0.98 C3: 146.92 C4: 30.46 -18.08.2021: GB: 3430 N: 1370 L: 1400 HB: 10.8 HTO: 35.1 PQT: 254000 VSG: 46 ALT: 19 AST: 17 PCR: 1.31 -17.08.2021: hemograma GB: 3150 N: 1480 L: 1120 PQT: 248000 PCR: 1.88 hb: 10.5 hto: 34 -14.08.21: Hemograma Hb 11.1 Gb 2840 N 1480 L 0.91 Plt 282000 BT 0.17 BD 0.1 BI 0.06 ALT 13.7 AST 14.3 FA 175 GGT 95 K 3.72 M 2.1 F 4.84 LIPASA 37 PCR 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: *Candida Albicans* -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo *pseudomonas aeruginosa*, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: *Pseudomonas aeruginosa* KPC EDTA (-)

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.08.2021

Hora Registro: 15:11:05

Responsable: HERRERA FIGUEROA, CHRISTIAN

Especialidad: DOLOR Y CUIDADOS PALEATIVOS

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

CLÍNICA DEL DOLOR. DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocánterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) Subjetivo: En el momento con adecuada modulación del dolor. Describe dolor localizado en cadera derecha con irradiación a rodilla. empeora con movimientos como abducción del miembro inferior derecho. sin irradiación distal, niega características neuropáticas del dolor. refiere mejor control del dolor desde hace dos días.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, regulares condiciones generales, sin signos de SRIS 23.08.2021 04:00:00 36,00 111,00 18,00 109,00 74,00 85,67 94,00 EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodilla algo de calor local no dolor con aducción si con abducción. no déficit neurológico. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Leucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica, por clínica del dolor no es candidata de momento a manejo intervencional del dolor (bloques, implantes o estimulación.) pendiente rnm para descartar artritis séptica de rodilla. de momento continuar manejo actual atentos a evolución.

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.08.2021

Hora Registro: 17:26:15

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetábulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocánterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía

inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - Análisis: Paciente refiere sentirse bien, con dolor modulado, se encuentra afebril, hemodinamicamente estable, respirando bien, luce tranquila. Aún presenta edema y dolor a la movilización pasiva de pierna derecha, tiene electrolitos de hoy en rango de normalidad (NA 145 K 3.86 CL 109) con ultimo hemograma del 20.08.21 con respuesta inflamatoria modulada (Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270000, tiene pendiente realización de RNM de rodilla derecha. Por el momento consideramos continuar igual esquema con Ceftazidima Avibactam + Moxifloxacina. Quedamos atentos a evolución.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria fecha hora t fc fr pas pad pam satO2 23.08.2021 12:00:00 34,70 85,00 19,00 107,00 73,00 84,33 94 OJOS: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, escleras anictéricas. CARA: Eritema malar CUELLO: No masas, no megalias, eritema. CORAZÓN: Ruidos Cardiacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocánticas bilaterales en mejoría, sin secreción purulenta. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 -19.08.2021: gb: 3620 N: 1770 L: 1290 HB: 11.0 HTO: 36.4 PQT 318000 CREATININA: 0.38 PCR: 0.98 C3: 146.92 C4: 30.46 -18.08.2021: GB: 3430 N: 1370 L: 1400 HB: 10.8 HTO: 35.1 PQT: 254000 VSG: 46 ALT: 19 AST: 17 PCR: 1.31 -17.08.2021: hemograma GB: 3150 N: 1480 L: 1120 PQT: 248000 PCR: 1.88 hb: 10.5 hto: 34 -14.08.21: Hemograma Hb 11.1 Gb 2840 N 1480 L 0.91 Plt 282000 BT 0.17 BD 0.1 BI 0.06 ALT 13.7 AST 14.3 FA 175 GGT 95 K 3.72 M 2.1 F 4.84 LIPASA 37 PCR 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocántica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-)

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.08.2021

Hora Registro: 12:13:21

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA INTERNA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocántica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) Subjetivo: Manifiesta leve dolor en epigastrio, en cuanto a dolor tipo colico ya mejor.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, regulares condiciones generales, sin signos de SRIS SIGNOS VITALES 24.08.2021 08:00:00 35,00 97,00 18,00 94,00 61,00 72,00 95,00 24.08.2021 04:00:00 35,90 92,00 16,00 95,00 65,00 75,00 97,00 24.08.2021 00:01:00 36,10 78,00 16,00 113,00 69,00 83,67 93,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardiacos rítmicos, no ausculto soplos, taquicardia PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocánticas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33

PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Debido a empeoramiento del dolor en cadera y cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, por lo que se solicitó resonancia magnética que no pudo ser tomada por no soportar paciente el procedimiento por lo que se solicitó bajo sedación que se encuentra pendiente. En el momento paciente estable, sin SIRS, sin dolor abdominal por lo que se suspende hioscina, pero por epigastralgia leve se aumenta dosis de omeprazol. Valorada por clínica del dolor, pero no requiere manejo adicional. Por el momento estamos atentos a resultado de RMN.

Pte RMN MID bajo sedación Continua pauta antibiótica Manejo por TEO Resto igual manejo médico control de signos vitales Avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.08.2021

Hora Registro: 14:42:15

Responsable: BADILLO MORALES, ANGELICA GISELLE

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántericas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Immunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 ----- Paciente refiere sentirse bien, con dolor modulado, se encuentra afebril, hemodinamicamente estable, respirando bien, luce tranquila, tolerando vía oral. Aún presenta edema y dolor a la movilización pasiva de pierna derecha aunque con menor intensidad que en días pasados, tiene hemograma con hemoglobina estable, sin leucocitosis, sin trastornos electrolíticos y función renal estable (HB 11.4 GB 4330 N 2760 L 1100PLT 299000 BUN 10.9 CREAT 0.37 NA 143 K 4.06 MG 2.0 F 4.95 PCR 1.85) Paciente con respuesta inflamatoria modulada, tiene pendiente realización de RNM de rodilla derecha bajo sedación indicada por Reumatología. Por el momento consideramos continuar igual esquema con Ceftazidima Avibactam + Moxifloxacina, los cuales deben ir por lo menos hasta completar 6 semanas. Quedamos atentos a evolución.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria fecha hora t fc fr pas pad pam satO2 24.08.2021 04:00:00 35,90 92,00 16,00 95,00 65,00 75,00 97 OJOS: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, escleras anictéricas. CARA: Eritema malar CUELLO: No masas, no megalias, eritema. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales en mejoría, sin secreción purulenta. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -24.08.2021: HEMOGRAMA: HB 11.4 GB 4330 N 2760 L 1100PLT 299000 BUN 10.9 CREAT 0.37 NA 143 K 4.06 MG 2.0 F 4.95 PCR 1.85 -23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 -19.08.2021: gb: 3620 N: 1770 L: 1290 HB: 11.0 HTO: 36.4 PQT 318000 CREATININA: 0.38 PCR: 0.98 C3: 146.92 C4: 30.46 -18.08.2021: GB: 3430

N: 1370 L: 1400 HB: 10.8 HTO: 35.1 PQT: 254000 VSG: 46 ALT: 19 AST: 17 PCR: 1.31 -17.08.2021: hemograma GB: 3150 N: 1480 L: 1120 PQT: 248000 PCR: 1.88 hb: 10.5 hto: 34 -14.08.21: Hemograma Hb 11.1 Gb 2840 N 1480 L 0.91 Plt 282000 BT 0.17 BD 0.1 BI 0.06 ALT 13.7 AST 14.3 FA 175 GGT 95 K 3.72 M 2.1 F 4.84 LIPASA 37 PCR 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-)

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.08.2021

Hora Registro: 15:40:14

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 ----- Paciente refiere sentirse bien, con dolor modulado, se encuentra afebril, hemodinamicamente estable, respirando bien, luce tranquila, tolerando via oral. Aún presenta edema y dolor a la movilización pasiva de pierna derecha aunque con menor intensidad que en días pasados, tiene hemograma con hmoglobina estable, sin leucocitosis, sin trastornos electrolíticos y función renal estable (HB 11.4 GB 4330 N 2760 L 1100PLT 299000 BUN 10.9 CREAT 0.37 NA 143 K 4.06 MG 2.0 F 4.95 PCR 1.85) Paciente con respuesta inflamatoria modulada, tiene pendiente realización de RNM de rodilla derecha bajo sedación indicada por Reumatología. Por el momento consideramos continuar igual esquema con Ceftazidima Avibactam + Moxifloxacina, los cuales deben ir por lo menos hasta completar 6 semanas. Quedamos atentos a evolución.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria fecha hora t fc fr pas pad pam satO2 24.08.2021 04:00:00 35,90 92,00 16,00 95,00 65,00 75,00 97 OJOS: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, escleras anictéricas. CARA: Eritema malar CUELLO: No masas, no megalias, eritema. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría, sin secreción purulenta. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -24.08.2021: HEMOGRAMA: HB 11.4 GB 4330 N 2760 L 1100PLT 299000 BUN 10.9 CREAT 0.37 NA 143 K 4.06 MG 2.0 F 4.95 PCR 1.85 -23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 -19.08.2021: gb: 3620 N: 1770 L: 1290 HB: 11.0 HTO: 36.4 PQT 318000 CREATININA: 0.38 PCR: 0.98 C3: 146.92 C4: 30.46 -18.08.2021: GB: 3430 N: 1370 L: 1400 HB: 10.8 HTO: 35.1 PQT: 254000 VSG: 46 ALT: 19 AST: 17 PCR: 1.31 -17.08.2021: hemograma GB: 3150 N: 1480 L: 1120 PQT: 248000 PCR: 1.88 hb: 10.5 hto: 34 -14.08.21: Hemograma Hb 11.1 Gb 2840 N 1480 L 0.91 Plt 282000 BT 0.17 BD 0.1 BI 0.06 ALT 13.7 AST 14.3 FA 175 GGT 95 K 3.72 M 2.1 F 4.84 LIPASA 37 PCR 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-)

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.08.2021

Hora Registro: 13:29:02

Responsable: GRANADA OROZCO, LUIS HERNANDO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

Medicina interna -Salas de hospitalización-. Luisa Fernanda Isaza Gonzalez 21 años CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS:

1. Úlcera trocántica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) Refiere mejoría de dolor. Buen patrón de sueño. No refiere ninguna otra sintomatología

A la valoración, paciente en regular estado general, signos vitales: T°: 36.6, FC: 80, FR: 20, TA: 105/70, SatO2: 95 % OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, taquicardica PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocánticas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Últimos laboratorios -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocántica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fístula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido, pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Debido a empeoramiento del dolor en cadera y cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo, no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, por lo que se solicitó resonancia magnética que no pudo ser tomada por no soportar paciente el procedimiento por lo que se solicitó bajo sedación que se encuentra pendiente. En el momento paciente estable, sin SIRS, sin dolor abdominal por lo que se suspende hioscina, pero por epigastralgia leve se aumenta dosis de omeprazol. Valorada por clínica del dolor, pero no requiere manejo adicional. Por el momento estamos atentos a resultado de RMN. 25.08.2021 Paciente con evolución clínica lenta, mejoría del dolor. Continúa con manejo médico establecido por parte de infectología quienes indican pauta por lo menos de seis semanas. Valorada también por clínica de dolor por refractariedad al manejo, hoy nos refiere mejoría de dolor. Tiene pendiente realización y reporte de RNM

RNM hoy continua manejo instaurado por infectología y clínica del dolor Vigilancia clínica Toma de signos vitales, favor avisar cambios Gracias

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 25.08.2021

Hora Registro: 13:41:12

Responsable: PARRA, ANGIE LORENA

INDICACIONES A ENFERMERIA:

NUTRICION CUANDO SE REINICIE VIA ORAL BRINDAR 1. DIETA BLANDA. REFRIGERIOS MAÑANA Y TARDE CON FRUTA + GELATINA. REFRIGERIO NOCHE: YOGURT O AVENA+HARINA. NO FRUTAS ASTRINGENTES. NO CARNES EN SALSAS. NO CAFE. NO GRANADILLA. VARIAS BEBIDA CALIENTE. EN DESAYUNO HUEVO (5 VECES/SEMANA) +RESTO IGUAL. NO MANGO. CAMBIAR VERDURA POR FRUTA. 2. VIA ORAL, PROWHEY 20 GRAMOS A LAS 9 HORAS

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.08.2021

Hora Registro: 14:24:56

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

Medicina interna -Salas de hospitalización-. Luisa Fernanda Isaza Gonzalez 21 años CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS:

1. Ulcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) Refiere mejoría de dolor. Buen patrón de sueño. No refiere ninguna otra sintomatología

A la valoración, paciente en regular estado general, signos vitales: T°: 36.6, FC: 80, FR: 20, TA: 105/70, SatO2: 95 % OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, taquicárdica PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocantéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Últimos laboratorios -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido, pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Debido a empeoramiento del dolor en cadera y cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA

para detectar posible actividad lúpica, sin embargo, no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, por lo que se solicitó resonancia magnética que no pudo ser tomada por no soportar paciente el procedimiento por lo que se solicitó bajo sedación que se encuentra pendiente. En el momento paciente estable, sin SIRS, sin dolor abdominal por lo que se suspende hioscina, pero por epigastralgia leve se aumenta dosis de omeprazol. Valorada por clínica del dolor, pero no requiere manejo adicional. Por el momento estamos atentos a resultado de RMN. 25.08.2021 Paciente con evolución clínica lenta, mejoría del dolor. Continúa con manejo médico establecido por parte de infectología quienes indican pauta por lo menos de seis semanas. Valorada también por clínica de dolor por refractariedad al manejo, hoy nos refiere mejoría de dolor. Tiene pendiente realización y reporte de RNM

RNM hoy continua manejo instaurado por infectología y clínica del dolor Vigilancia clínica Toma de signos vitales, favor avisar cambios Gracias

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.08.2021

Hora Registro: 15:13:49

Responsable: BADILLO MORALES, ANGELICA GISELLE

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 ----- Paciente refiere sentirse bien, con dolor modulado, se encuentra afebril, hemodinamicamente estable, respirando bien, luce tranquila, (T 35,9°C FC 90 TA 94/54 SatO2 90% FiO2 0.21), no tiene paraclínicos para hoy. Paciente con respuesta inflamatoria modulada, tiene pendiente realización de RNM de rodilla derecha bajo sedación indicada por Reumatología, la cual se realizará el día de hoy. Por el momento consideramos continuar igual esquema con Ceftazidima Avibactam + Moxifloxacina, los cuales deben ir por lo menos hasta completar 6 semanas. Quedamos atentos a evolución.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria fecha hora t fc fr pas pad pam satO2 25.08.2021 04:00:00 35,90 90,00 19,00 94,00 54,00 67,33 90 25.08.2021 00:09:28 34,90 112,00 19,00 97,00 60,00 72,33 98 OJOS: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, escleras anictéricas. CARA: Eritema malar CUELLO: No masas, no megalias, eritema. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría, sin secreción purulenta. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -24.08.2021: HEMOGRAMA: HB 11.4 GB 4330 N 2760 L 1100PLT 299000 BUN 10.9 CREAT 0.37 NA 143 K 4.06 MG 2.0 F 4.95 PCR 1.85 -23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 -19.08.2021: gb: 3620 N: 1770 L: 1290 HB: 11.0 HTO: 36.4 PQT 318000 CREATININA: 0.38 PCR: 0.98 C3: 146.92 C4: 30.46 -18.08.2021: GB: 3430 N: 1370 L: 1400 HB: 10.8 HTO: 35.1 PQT: 254000 VSG: 46 ALT: 19 AST: 17 PCR: 1.31 -17.08.2021: hemograma GB: 3150 N: 1480 L: 1120 PQT: 248000 PCR: 1.88 hb: 10.5 hto: 34 -14.08.21: Hemograma Hb 11.1 Gb 2840 N 1480 L 0.91 Plt 282000 BT 0.17 BD 0.1 BI 0.06 ALT 13.7 AST 14.3 FA 175 GGT 95 K 3.72 M 2.1 F 4.84 LIPASA 37 PCR 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-)

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.08.2021

Hora Registro: 16:34:28

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacin FI 30.07.21 -Activo -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 ----- Paciente refiere sentirse bien, con dolor modulado, se encuentra afebril, hemodinamicamente estable, respirando bien, luce tranquila, (T 35,9°C FC 90 TA 94/54 SatO2 90% FIO2 0.21), no tiene paraclínicos para hoy. Paciente con respuesta inflamatoria modulada, tiene pendiente realización de RNM de rodilla derecha bajo sedación indicada por Reumatología, la cual se realizará el día de hoy. Por el momento consideramos continuar igual esquema con Ceftazidima Avibactam + Moxifloxacin, los cuales deben ir por lo menos hasta completar 6 semanas. Quedamos atentos a evolución.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria fecha hora t fc fr pas pad pam satO2 25.08.2021 04:00:00 35,90 90,00 19,00 94,00 54,00 67,33 90 25.08.2021 00:09:28 34,90 112,00 19,00 97,00 60,00 72,33 98 OJOS: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, escleras anictéricas. CARA: Eritema malar CUELLO: No masas, no megalias, eritema. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría, sin secreción purulenta. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -24.08.2021: HEMOGRAMA: HB 11.4 GB 4330 N 2760 L 1100PLT 299000 BUN 10.9 CREAT 0.37 NA 143 K 4.06 MG 2.0 F 4.95 PCR 1.85 -23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 -19.08.2021: gb: 3620 N: 1770 L: 1290 HB: 11.0 HTO: 36.4 PQT 318000 CREATININA: 0.38 PCR: 0.98 C3: 146.92 C4: 30.46 -18.08.2021: GB: 3430 N: 1370 L: 1400 HB: 10.8 HTO: 35.1 PQT: 254000 VSG: 46 ALT: 19 AST: 17 PCR: 1.31 -17.08.2021: hemograma GB: 3150 N: 1480 L: 1120 PQT: 248000 PCR: 1.88 hb: 10.5 hto: 34 -14.08.21: Hemograma Hb 11.1 Gb 2840 N 1480 L 0.91 Plt 282000 BT 0.17 BD 0.1 BI 0.06 ALT 13.7 AST 14.3 FA 175 GGT 95 K 3.72 M 2.1 F 4.84 LIPASA 37 PCR 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-)

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.08.2021

Hora Registro: 11:03:29

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

REUMATOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocánterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacin y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacin que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fístula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se

resuelva proceso infeccioso. Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacin FI 30.07.21 -Activo -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - Subjetivo: Paciente con madre, se siente bien, no fiebre, no escalofríos.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, alerta, conciente, afebril. SIGNOS VITALES T FC FR TAS TAD TAM SAO2 04:00:00 35,80 85,00 18,00 107,00 64,00 78,33 95,00 00:01:00 35,80 92,00 18,00 93,00 56,00 68,33 96,00 20:00:00 35,80 101,00 18,00 92,00 63,00 72,67 95,00 17:00:00 36,80 110,00 20,00 106,00 61,00 76,00 97,00 01:00:00 36,80 99,00 18,00 136,00 90,00 105,33 95,00 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, taquicárdica PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 - 20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Leucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR 25.08.2021 Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocántica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas. Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocántica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos.

ANÁLISIS/PLAN. Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacin que debe completarse por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fístula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Nos interconsultan por aparente empeoramiento del dolor en cadera y además también con cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo no hay alteración. No consideramos que se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica, se indicó la realización de resonancia magnética de miembro inferior derecho que reporta Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocántica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas. Por el momento sin intervenciones por parte de reumatología, se sugiere interconsultar a ortopedia para evaluar hallazgos en resonancia magnética. Estamos atentos si se requiere nuevo concepto. Continúa manejo por medicina interna. Dr. Alex Echeverri. Medicina Interna/Reumatología Dra. Paula A. Cardenas. Residente de Medicina Interna

reconsultarnos cuando se vaya a considerar manejo ambulatorio para formulación por reumatología.

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.08.2021

Hora Registro: 13:09:30

Responsable: BADILLO MORALES, ANGELICA GISELLE

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. MÚLTIPLES FOCOS DE OSTEONECROSIS EN EL HUESO SUBCONDRA DE AMBAS RODILLAS 3. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacin FI 30.07.21 -Activo -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -----

Paciente refiere sentirse bien, con dolor modulado, se encuentra afebril, hemodinamicamente estable, respirando bien, luce tranquila, (T 35,80 FC 85 TA 107/64 SatO2 95% FiO2 0.21), no tiene paraclínicos para hoy. Paciente con respuesta inflamatoria modulada, se realiza RNM de rodilla con hallazgos de cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. Hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas, sin cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas. Dado lo anterior consideramos prudente re valoración por Ortopedia para definir conductas adicionales. Por el momento consideramos continuar igual esquema con Ceftazidima Avibactam + Moxifloxacin (semana 4/6). Quedamos atentos a evolución.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria fecha hora t fc fr pas pad pam satO2 26.08.2021 04:00:00 35,80 85,00 18,00 107,00 64,00 78,33 95 26.08.2021 00:01:00 35,80 92,00 18,00 93,00 56,00 68,33 96 OJOS: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, escleras anictéricas. CARA: Eritema malar CUELLO: No masas, no megalias, eritema. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría, sin secreción purulenta. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -24.08.2021: HEMOGRAMA: HB 11.4 GB 4330 N 2760 L 1100PLT 299000 BUN 10.9 CREAT 0.37 NA 143 K 4.06 MG 2.0 F 4.95 PCR 1.85 -23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 -19.08.2021: gb: 3620 N: 1770 L: 1290 HB: 11.0 HTO: 36.4 PQT 318000 CREATININA: 0.38 PCR: 0.98 C3: 146.92 C4: 30.46 -18.08.2021: GB: 3430 N: 1370 L: 1400 HB: 10.8 HTO: 35.1 PQT: 254000 VSG: 46 ALT: 19 AST: 17 PCR: 1.31 -17.08.2021: hemograma GB: 3150 N: 1480 L: 1120 PQT: 248000 PCR: 1.88 hb: 10.5 hto: 34 -14.08.21: Hemograma Hb 11.1 Gb 2840 N 1480 L 0.91 Plt 282000 BT 0.17 BD 0.1 BI 0.06 ALT 13.7 AST 14.3 FA 175 GGT 95 K 3.72 M 2.1 F 4.84 LIPASA 37 PCR 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) IMAGENES 25.08.2021: RNM DE CADERA Y RODILLAS CAMBIOS POSTQUIRÚRGICOS POR OSTEOTOMÍA Y RESECCIÓN DE LA CABEZA Y DEL CUELLO FEMORAL DERECHOS, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS DE LA SUPERFICIE FEMORAL DE LA OSTEOTOMÍA. HAY CAMBIOS CICATRIZIALES CRÓNICOS CON SIGNOS DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN LA CÁPSULA ARTICULAR Y EN LOS TEJIDOS PERICAPSULARES DE LA CADERA DERECHA, QUE COMUNICAN CON UNA ESCARA EN LA REGIÓN LATERAL. ESCARA PROFUNDA CON TEJIDO DE GRANULACIÓN Y RODEANDO LA REGIÓN PERI TROCANTÉRICA IZQUIERDA, SIN SIGNOS DE OSTEOMIELITIS NI ARTRITIS ASOCIADA. HALLAZGOS COMPATIBLES CON MÚLTIPLES FOCOS DE OSTEONECROSIS EN EL HUESO SUBCONDRA DE AMBAS RODILLAS. NO HAY CAMBIOS INFLAMATORIOS ÓSEOS O INTRAARTICULARES QUE SUGIERAN UN COMPONENTE INFLAMATORIO/ INFECCIOSO EN RODILLAS.

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.08.2021

Hora Registro: 14:21:37

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

Medicina interna -Salas de hospitalización-. Luisa Fernanda Isaza Gonzalez 21 años CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS:

1. Úlcera trocánterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP

erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacin FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) Refiere mejoría de dolor. Buen patrón de sueño. No refiere ninguna otra sintomatología

A la valoración, paciente en regular estado general, signos vitales: T°: 36.6, FC: 80, FR: 20, TA: 105/70, SatO2: 95 % OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, taquicardica PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Últimos laboratorios -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143 PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocántérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacin y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacin que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fístula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido, pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Debido a empeoramiento del dolor en cadera y cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo, no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, por lo que se solicitó resonancia magnética en esta sin signos de artritis séptica pero con focos de osteonecrosis, se solicita nuevamente valoración por ortopedia para determinar requerimiento de nuevo procedimiento. Por lo pronto continuamos igual manejo antibiótico y médico establecido. Se explica.

Revaloración por ortopedia continua manejo instaurado por infectología y clínica del dolor Vigilancia clínica Toma de signos vitales, favor avisar cambios Gracias

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.08.2021

Hora Registro: 17:35:30

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de

secreción trocántica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. MÚLTIPLES FOCOS DE OSTEONECROSIS EN EL HUESO SUBCONDAL DE AMBAS RODILLAS 3. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -----

----- Paciente refiere sentirse bien, con dolor modulado, se encuentra afebril, hemodinamicamente estable, respirando bien, luce tranquila, (T 35,80 FC 85 TA 107/64 SatO2 95% FiO2 0.21), no tiene paraclínicos para hoy. Paciente con respuesta inflamatoria modulada, se realiza RNM de rodilla con hallazgos de cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. Hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas, sin cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas. Dado lo anterior consideramos prudente re valoración por Ortopedia para definir conductas adicionales. Por el momento consideramos continuar igual esquema con Ceftazidima Avibactam + Moxifloxacina (semana 4/6). Quedamos atentos a evolución.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria fecha hora t fc fr pas pad pam satO2 26.08.2021 04:00:00 35,80 85,00 18,00 107,00 64,00 78,33 95 26.08.2021 00:01:00 35,80 92,00 18,00 93,00 56,00 68,33 96 OJOS: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, escleras anictéricas. CARA: Eritema malar CUELLO: No masas, no megalias, eritema. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocánticas bilaterales en mejoría, sin secreción purulenta. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -24.08.2021: HEMOGRAMA: HB 11.4 GB 4330 N 2760 L 1100PLT 299000 BUN 10.9 CREAT 0.37 NA 143 K 4.06 MG 2.0 F 4.95 PCR 1.85 -23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 -19.08.2021: gb: 3620 N: 1770 L: 1290 HB: 11.0 HTO: 36.4 PQT 318000 CREATININA: 0.38 PCR: 0.98 C3: 146.92 C4: 30.46 -18.08.2021: GB: 3430 N: 1370 L: 1400 HB: 10.8 HTO: 35.1 PQT: 254000 VSG: 46 ALT: 19 AST: 17 PCR: 1.31 -17.08.2021: hemograma GB: 3150 N: 1480 L: 1120 PQT: 248000 PCR: 1.88 hb: 10.5 hto: 34 -14.08.21: Hemograma Hb 11.1 Gb 2840 N 1480 L 0.91 Plt 282000 BT 0.17 BD 0.1 BI 0.06 ALT 13.7 AST 14.3 FA 175 GGT 95 K 3.72 M 2.1 F 4.84 LIPASA 37 PCR 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocántica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) IMAGENES 25.08.2021: RNM DE CADERA Y RODILLAS CAMBIOS POSTQUIRÚRGICOS POR OSTEOTOMÍA Y RESECCIÓN DE LA CABEZA Y DEL CUELLO FEMORAL DERECHOS, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS DE LA SUPERFICIE FEMORAL DE LA OSTEOTOMÍA. HAY CAMBIOS CICATRIZIALES CRÓNICOS CON SIGNOS DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN LA CÁPSULA ARTICULAR Y EN LOS TEJIDOS PERICAPSULARES DE LA CADERA DERECHA, QUE COMUNICAN CON UNA ESCARA EN LA REGIÓN LATERAL. ESCARA PROFUNDA CON TEJIDO DE GRANULACIÓN Y RODEANDO LA REGIÓN PERI TROCÁNTICA IZQUIERDA, SIN SIGNOS DE OSTEOMIELITIS NI ARTRITIS ASOCIADA. HALLAZGOS COMPATIBLES CON MÚLTIPLES FOCOS DE OSTEONECROSIS EN EL HUESO SUBCONDAL DE AMBAS RODILLAS. NO HAY CAMBIOS INFLAMATORIOS ÓSEOS O INTRAARTICULARES QUE SUGIERAN UN COMPONENTE INFLAMATORIO/ INFECCIOSO EN RODILLAS.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.08.2021

Hora Registro: 13:02:13

Responsable: GRANADA OROZCO, LUIS HERNANDO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

Medicina interna -Salas de hospitalización-. Luisa Fernanda Isaza Gonzalez 21 años CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS:

1. Úlcera trocántica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF

26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacin FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) Refiere mejoría de dolor. Buen patrón de sueño. Refiere dolor en oído derecho. No refiere ninguna otra sintomatología

A la valoración, paciente en regular estado general, signos vitales: T°: 36.6, FC: 80, FR: 20, TA: 105/70, SatO2: 95 % OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, taquicárdica PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Últimos laboratorios -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143 PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocánterica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacin y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacin que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido, pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Debido a empeoramiento del dolor en cadera y cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo, no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, por lo que se solicitó resonancia magnética en esta sin signos de artritis séptica pero con focos de osteonecrosis, se solicita nuevamente valoración por ortopedia para determinar requerimiento de nuevo procedimiento. Por lo pronto continuamos igual manejo antibiótico y médico establecido. Se explica. Continúa pendiente la valoración por ortopedia para nuevo concepto acerca de la RNM de rodilla.

Revaloración por ortopedia continua manejo instaurado por infectología y clínica del dolor Vigilancia clínica Toma de signos vitales, favor avisar cambios Gracias

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.08.2021

Hora Registro: 15:25:13

Responsable: BADILLO MORALES, ANGELICA GISELLE

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántericas infectadas: Cultivo de secreción trocánterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC

(27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. MÚLTIPLES FOCOS DE OSTEONECROSIS EN EL HUESO SUBCONDAL DE AMBAS RODILLAS 3. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacin FI 30.07.21 -Activo -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -----

----- Paciente refiere sentirse bien, con dolor modulado a nivel de caderas y rodilla, manifiesta otalgia derecha, se encuentra afebril, hemodinamicamente estable, respirando bien, luce tranquila, (T 36,3°C FC 107 TA 112/75 SATO2 94% FiO2 0.21), no tiene paraclínicos para hoy. Paciente con respuesta inflamatoria modulada, se realiza RNM de rodilla con hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas, sin cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas. Tiene pendiente re valoración por Ortopedia. Realizaremos otoscopia y según hallazgos valoración por ORL. Por el momento consideramos continuar igual esquema con Ceftazidima Avibactam + Moxifloxacin (semana 4/6). Revaloraremos en 72 horas. Quedamos atentos a evolución.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria fecha hora t fc fr pas pad pam satO2 27.08.2021 12:00:00 36,30 107,00 19,00 112,00 75,00 87,33 94 27.08.2021 08:00:00 36,20 113,00 19,00 103,00 66,00 78,33 94 OJOS: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, escleras anictéricas. CARA: Eritema malar CUELLO: No masas, no megalias, eritema. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales en mejoría, sin secreción purulenta. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -24.08.2021: HEMOGRAMA: HB 11.4 GB 4330 N 2760 L 1100PLT 299000 BUN 10.9 CREAT 0.37 NA 143 K 4.06 MG 2.0 F 4.95 PCR 1.85 -23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 -19.08.2021: gb: 3620 N: 1770 L: 1290 HB: 11.0 HTO: 36.4 PQT 318000 CREATININA: 0.38 PCR: 0.98 C3: 146.92 C4: 30.46 -18.08.2021: GB: 3430 N: 1370 L: 1400 HB: 10.8 HTO: 35.1 PQT: 254000 VSG: 46 ALT: 19 AST: 17 PCR: 1.31 -17.08.2021: hemograma GB: 3150 N: 1480 L: 1120 PQT: 248000 PCR: 1.88 hb: 10.5 hto: 34 -14.08.21: Hemograma Hb 11.1 Gb 2840 N 1480 L 0.91 Plt 282000 BT 0.17 BD 0.1 BI 0.06 ALT 13.7 AST 14.3 FA 175 GGT 95 K 3.72 M 2.1 F 4.84 LIPASA 37 PCR 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) IMAGENES 25.08.2021: RNM DE CADERA Y RODILLAS CAMBIOS POSTQUIRÚRGICOS POR OSTEOTOMÍA Y RESECCIÓN DE LA CABEZA Y DEL CUELLO FEMORAL DERECHOS, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS DE LA SUPERFICIE FEMORAL DE LA OSTEOTOMÍA. HAY CAMBIOS CICATRICIALES CRÓNICOS CON SIGNOS DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN LA CÁPSULA ARTICULAR Y EN LOS TEJIDOS PERICAPSULARES DE LA CADERA DERECHA, QUE COMUNICAN CON UNA ESCARA EN LA REGIÓN LATERAL. ESCARA PROFUNDA CON TEJIDO DE GRANULACIÓN Y RODEANDO LA REGIÓN PERI TROCANTÉRICA IZQUIERDA, SIN SIGNOS DE OSTEOMIELITIS NI ARTRITIS ASOCIADA. HALLAZGOS COMPATIBLES CON MÚLTIPLES FOCOS DE OSTEONECROSIS EN EL HUESO SUBCONDAL DE AMBAS RODILLAS. NO HAY CAMBIOS INFLAMATORIOS ÓSEOS O INTRAARTICULARES QUE SUGIERAN UN COMPONENTE INFLAMATORIO/ INFECCIOSO EN RODILLAS.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.08.2021

Hora Registro: 15:26:52

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

Medicina interna -Salas de hospitalización-. Luisa Fernanda Isaza Gonzalez 21 años CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS:

1. Úlcera trocánterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacin FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) Refiere mejoría de dolor. Buen patrón de sueño. Refiere dolor en oído derecho. No refiere ninguna otra sintomatología

A la valoración, paciente en regular estado general, signos vitales: T°: 36.6, FC: 80, FR: 20, TA: 105/70, SatO2: 95 % OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, taquicárdica PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Últimos laboratorios -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143 PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocántérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido, pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Debido a empeoramiento del dolor en cadera y cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo, no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, por lo que se solicitó resonancia magnética en esta sin signos de artritis séptica pero con focos de osteonecrosis, se solicita nuevamente valoración por ortopedia para determinar requerimiento de nuevo procedimiento. Por lo pronto continuamos igual manejo antibiótico y médico establecido. Se explica. Continúa pendiente la valoración por ortopedia para nuevo concepto acerca de la RNM de rodilla.

Revaloración por ortopedia continua manejo instaurado por infectología y clínica del dolor Vigilancia clínica Toma de signos vitales, favor avisar cambios Gracias

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.08.2021

Hora Registro: 15:27:05

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

Medicina interna -Salas de hospitalización-. Luisa Fernanda Isaza Gonzalez 21 años CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS:

1. Úlcera trocántérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021

-Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) Refiere mejoría de dolor. Buen patrón de sueño. Refiere dolor en oído derecho. No refiere ninguna otra sintomatología

A la valoración, paciente en regular estado general, signos vitales: T°: 36.6, FC: 80, FR: 20, TA: 105/70, SatO2: 95 % OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, taquicardica PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Últimos laboratorios -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143 PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocánterica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido, pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Debido a empeoramiento del dolor en cadera y cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo, no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, por lo que se solicitó resonancia magnética en esta sin signos de artritis séptica pero con focos de osteonecrosis, se solicita nuevamente valoración por ortopedia para determinar requerimiento de nuevo procedimiento. Por lo pronto continuamos igual manejo antibiótico y médico establecido. Se explica. Continúa pendiente la valoración por ortopedia para nuevo concepto acerca de la RNM de rodilla.

Revaloración por ortopedia continua manejo instaurado por infectología y clínica del dolor Vigilancia clínica Toma de signos vitales, favor avisar cambios Gracias

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.08.2021

Hora Registro: 15:33:58

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántericas infectadas: Cultivo de secreción trocánterica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE.

EDTA NEGATIVO 2. MÚLTIPLES FOCOS DE OSTEONECROSIS EN EL HUESO SUBCONDAL DE AMBAS RODILLAS 3. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacin FI 30.07.21 -Activo -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -----
----- Paciente refiere sentirse bien, con dolor modulado a nivel de caderas y rodilla, manifiesta otalgia derecha, se encuentra afebril, hemodinamicamente estable, respirando bien, luce tranquila, (T 36,3°C FC 107 TA 112/75 SATO2 94% FiO2 0.21), no tiene paraclínicos para hoy. Paciente con respuesta inflamatoria modulada, se realiza RNM de rodilla con hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas, sin cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas. Tiene pendiente re valoración por Ortopedia. Realizaremos otoscopia y según hallazgos valoración por ORL. Por el momento consideramos continuar igual esquema con Ceftazidima Avibactam + Moxifloxacin (semana 4/6). Revaloraremos en 72 horas. Quedamos atentos a evolución.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria fecha hora t fc fr pas pad pam satO2 27.08.2021 12:00:00 36,30 107,00 19,00 112,00 75,00 87,33 94 27.08.2021 08:00:00 36,20 113,00 19,00 103,00 66,00 78,33 94 OJOS: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, escleras anictéricas. CARA: Eritema malar CUELLO: No masas, no megalias, eritema. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría, sin secreción purulenta. HEMATOLOGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Laboratorios -24.08.2021: HEMOGRAMA: HB 11.4 GB 4330 N 2760 L 1100PLT 299000 BUN 10.9 CREAT 0.37 NA 143 K 4.06 MG 2.0 F 4.95 PCR 1.85 -23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 -19.08.2021: gb: 3620 N: 1770 L: 1290 HB: 11.0 HTO: 36.4 PQT 318000 CREATININA: 0.38 PCR: 0.98 C3: 146.92 C4: 30.46 -18.08.2021: GB: 3430 N: 1370 L: 1400 HB: 10.8 HTO: 35.1 PQT: 254000 VSG: 46 ALT: 19 AST: 17 PCR: 1.31 -17.08.2021: hemograma GB: 3150 N: 1480 L: 1120 PQT: 248000 PCR: 1.88 hb: 10.5 hto: 34 -14.08.21: Hemograma Hb 11.1 Gb 2840 N 1480 L 0.91 Plt 282000 BT 0.17 BD 0.1 BI 0.06 ALT 13.7 AST 14.3 FA 175 GGT 95 K 3.72 M 2.1 F 4.84 LIPASA 37 PCR 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) IMAGENES 25.08.2021: RNM DE CADERA Y RODILLAS CAMBIOS POSTQUIRÚRGICOS POR OSTEOTOMÍA Y RESECCIÓN DE LA CABEZA Y DEL CUELLO FEMORAL DERECHOS, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS DE LA SUPERFICIE FEMORAL DE LA OSTEOTOMÍA. HAY CAMBIOS CICATRICIALES CRÓNICOS CON SIGNOS DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN LA CÁPSULA ARTICULAR Y EN LOS TEJIDOS PERICAPSULARES DE LA CADERA DERECHA, QUE COMUNICAN CON UNA ESCARA EN LA REGIÓN LATERAL. ESCARA PROFUNDA CON TEJIDO DE GRANULACIÓN Y RODEANDO LA REGIÓN PERI TROCANTÉRICA IZQUIERDA, SIN SIGNOS DE OSTEOMIELITIS NI ARTRITIS ASOCIADA. HALLAZGOS COMPATIBLES CON MÚLTIPLES FOCOS DE OSTEONECROSIS EN EL HUESO SUBCONDAL DE AMBAS RODILLAS. NO HAY CAMBIOS INFLAMATORIOS ÓSEOS O INTRAARTICULARES QUE SUGIERAN UN COMPONENTE INFLAMATORIO/ INFECCIOSO EN RODILLAS.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.08.2021

Hora Registro: 16:20:47

Responsable: CARDONA GIRALDO, SALOME

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

Ortopedia Dr Diazgranados Solicitan nueva revaloración por resonancia magnética en la que se evidencia osteonecrosis de rodillas bilaterales. Al examen físico la paciente niega dolor a la palpación. Se evidencia leve edema, no eritema, no derrame articular, no calor local. El manejo para la osteonecrosis articular consistiría en un reemplazo articular el cual, por razones evidentes en esta paciente dados sus problemas inmunológicos, infecciosos y neurológicos, no es procedente realizar en este momento. No se beneficia de ningún otro tipo de intervención quirúrgica por parte de ortopedia. Continúa manejo por tratantes. Se cierra interconsulta.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.08.2021

Hora Registro: 16:46:36

Responsable: HERRERA FIGUEROA, CHRISTIAN

Especialidad: DOLOR Y CUIDADOS PALEATIVOS

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

CLINICA DEL DOLOR. DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocántica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) Subjetivo: En el momento con adecuada modulación del dolor.

EXAMEN FÍSICO: EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocánticas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodilla algo de calor local no dolor con aducción ni con abducción. no déficit neurológico. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de *Proteus*, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con *Pseudomonas aeruginosa* KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y *S. Aureus* R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica, por clínica del dolor no es candidata de momento a manejo intervencional del dolor (bloques, implantes o estimulación.) pendiente rnm para descartar artritis séptica de rodilla. de momento continuar manejo actual atentos a evolución.

.mejoría de dolor se cierra interconsulta.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.08.2021

Hora Registro: 11:38:09

Responsable: GARCIA MAFLA, LINA MARCELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

Medicina interna -Salas de hospitalización-. Luisa Fernanda Isaza Gonzalez 21 años CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS:

1. Úlcera trocántica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) Estable

Paciente en mejores condiciones generales t 36 fc 83 fr 18 ta 120/81 tam 94 so2 95 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocánticas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Últimos laboratorios -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143 PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Leucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter

mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocanterica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido, pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Debido a empeoramiento del dolor en cadera y cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo, no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, por lo que se solicitó resonancia magnética en esta sin signos de artritis séptica pero con focos de osteonecrosis. Ortopedia revalora considera "El manejo para la osteonecrosis articular consistiría en un reemplazo articular el cual, por razones evidentes en esta paciente dados sus problemas inmunológicos, infecciosos y neurológicos, no es procedente realizar en este momento". Dolor controlado. Continuamos manejo instaurado

Seguimiento por ortopedia e infectología

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.08.2021

Hora Registro: 12:06:48

Responsable: BADILLO MORALES, ANGELICA GISELLE

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántericas infectadas: Cultivo de secreción trocánteric izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. MÚLTIPLES FOCOS DE OSTEONECROSIS EN EL HUESO SUBCONDAL DE AMBAS RODILLAS 3. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -----
----- Paciente refiere sentirse bien, con dolor modulado a nivel de caderas y rodilla, se encuentra afebril, hemodinamicamente estable, respirando bien, luce tranquila, no tiene paraclínicos para hoy. Paciente con respuesta inflamatoria modulada, se realiza RNM de rodilla con hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas, sin cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas. Es valorada por Ortopedia quienes indican que dado patología de base y situación actual la paciente no se beneficia de manejo quirúrgico. Por parte de Infectología consideramos continuar igual esquema con Ceftazidima Avibactam + Moxifloxacina (semana 4/6), los cuales podrían continuar en Sede Betania. Quedamos atentos a nuevo llamado.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria fecha hora t fc fr pas pad pam satO2 28.08.2021 04:00:00 36,00 84,00 18,00 101,00 76,00 84,33 97 28.08.2021 00:00:01 36,30 77,00 18,00 117,00 79,00 91,67 97 OJOS: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, escleras anictéricas. CARA: Eritema malar CUELLO: No masas, no megalias, eritema. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales en mejoría, sin secreción purulenta. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado

activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++
 Laboratorios -24.08.2021: HEMOGRAMA: HB 11.4 GB 4330 N 2760 L 1100PLT 299000 BUN 10.9 CREAT 0.37 NA 143 K 4.06 MG 2.0 F 4.95 PCR 1.85 -23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 -19.08.2021: gb: 3620 N: 1770 L: 1290 HB: 11.0 HTO: 36.4 PQT 318000 CREATININA: 0.38 PCR: 0.98 C3: 146.92 C4: 30.46 -18.08.2021: GB: 3430 N: 1370 L: 1400 HB: 10.8 HTO: 35.1 PQT: 254000 VSG: 46 ALT: 19 AST: 17 PCR: 1.31 -17.08.2021: hemograma GB: 3150 N: 1480 L: 1120 PQT: 248000 PCR: 1.88 hb: 10.5 hto: 34 -14.08.21: Hemograma Hb 11.1 Gb 2840 N 1480 L 0.91 Plt 282000 BT 0.17 BD 0.1 BI 0.06 ALT 13.7 AST 14.3 FA 175 GGT 95 K 3.72 M 2.1 F 4.84 LIPASA 37 PCR 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) IMAGENES 25.08.2021: RNM DE CADERA Y RODILLAS CAMBIOS POSTQUIRÚRGICOS POR OSTEOTOMÍA Y RESECCIÓN DE LA CABEZA Y DEL CUELLO FEMORAL DERECHOS, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS DE LA SUPERFICIE FEMORAL DE LA OSTEOTOMÍA. HAY CAMBIOS CICATRICIALES CRÓNICOS CON SIGNOS DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN LA CÁPSULA ARTICULAR Y EN LOS TEJIDOS PERICAPSULARES DE LA CADERA DERECHA, QUE COMUNICAN CON UNA ESCARA EN LA REGIÓN LATERAL. ESCARA PROFUNDA CON TEJIDO DE GRANULACIÓN Y RODEANDO LA REGIÓN PERI TROCANTÉRICA IZQUIERDA, SIN SIGNOS DE OSTEOMIELITIS NI ARTRITIS ASOCIADA. HALLAZGOS COMPATIBLES CON MÚLTIPLES FOCOS DE OSTEONECROSIS EN EL HUESO SUBCONDAL DE AMBAS RODILLAS. NO HAY CAMBIOS INFLAMATORIOS ÓSEOS O INTRAARTICULARES QUE SUGIERAN UN COMPONENTE INFLAMATORIO/ INFECCIOSO EN RODILLAS.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.08.2021

Hora Registro: 16:27:38

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Osteomielitis crónica fistulizada de cuello femoral y acetabulo (RNM 25.07.2021) -Fístulas trocántéricas infectadas: Cultivo de secreción trocántérica izquierda: P. Mirabilis S Ceftriaxona y S. Aureus R Eritromicina. Hemocultivos (22.07.2021) negativos -POP Desbridamiento + Lavado 09.08.21 -POP fistulectomía, lavado, curetaje de fémur derecho + VAC (27.07.21) --Cultivo hueso: Pseudomonas aeruginosa Concentración Inhibitoria Mínima (E-test) 3 UG/ML SENSIBLE. EDTA NEGATIVO 2. MÚLTIPLES FOCOS DE OSTEONECROSIS EN EL HUESO SUBCONDAL DE AMBAS RODILLAS 3. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO -Compromiso inmunológico, hematológico, SNC (Vaculopatía inflamatoria: Realce puntiforme en giro frontal medio derecho y protuberancia). En manejo con Rituximab, Inmunoglobulina. -2021.07.30 PCR SARS COV2: Negativo Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacin FI 30.07.21 -Activo -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -----
 ----- Paciente refiere sentirse bien, con dolor modulado a nivel de caderas y rodilla, se encuentra afebril, hemodinamicamente estable, respirando bien, luce tranquila, no tiene paraclínicos para hoy. Paciente con respuesta inflamatoria modulada, se realiza RNM de rodilla con hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondal de ambas rodillas, sin cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas. Es valorada por Ortopedia quienes indican que dado patología de base y situación actual la paciente no se beneficia de manejo quirúrgico. Por parte de Infectología consideramos continuar igual esquema con Ceftazidima Avibactam + Moxifloxacin (semana 4/6), los cuales podrían continuar en Sede Betania. Quedamos atentos a nuevo llamado.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria fecha hora t fc fr pas pad pam satO2 28.08.2021 04:00:00 36,00 84,00 18,00 101,00 76,00 84,33 97 28.08.2021 00:00:01 36,30 77,00 18,00 117,00 79,00 91,67 97 OJOS: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, escleras anictéricas. CARA: Eritema malar CUELLO: No masas, no megalias, eritema. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría, sin secreción purulenta. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++
 Laboratorios -24.08.2021: HEMOGRAMA: HB 11.4 GB 4330 N 2760 L 1100PLT 299000 BUN 10.9 CREAT 0.37 NA 143 K 4.06 MG 2.0 F 4.95 PCR 1.85 -23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 -19.08.2021: gb: 3620 N: 1770 L: 1290 HB: 11.0 HTO: 36.4 PQT 318000 CREATININA: 0.38 PCR: 0.98 C3: 146.92 C4: 30.46 -18.08.2021: GB: 3430 N: 1370 L: 1400 HB: 10.8 HTO: 35.1 PQT: 254000 VSG:

46 ALT: 19 AST: 17 PCR: 1.31 -17.08.2021: hemograma GB: 3150 N: 1480 L: 1120 PQT: 248000 PCR: 1.88 hb: 10.5 hto: 34 -14.08.21: Hemograma Hb 11.1 Gb 2840 N 1480 L 0.91 Plt 282000 BT 0.17 BD 0.1 BI 0.06 ALT 13.7 AST 14.3 FA 175 GGT 95 K 3.72 M 2.1 F 4.84 LIPASA 37 PCR 1.7 -12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 -10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 -08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 -06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 -04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 -30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) IMAGENES 25.08.2021: RNM DE CADERA Y RODILLAS CAMBIOS POSTQUIRÚRGICOS POR OSTEOTOMÍA Y RESECCIÓN DE LA CABEZA Y DEL CUELLO FEMORAL DERECHOS, CON SIGNOS DE OSTEOMIELITIS DE LA SUPERFICIE FEMORAL DE LA OSTEOTOMÍA. HAY CAMBIOS CICATRICIALES CRÓNICOS CON SIGNOS DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN LA CÁPSULA ARTICULAR Y EN LOS TEJIDOS PERICAPSULARES DE LA CADERA DERECHA, QUE COMUNICAN CON UNA ESCARA EN LA REGIÓN LATERAL. ESCARA PROFUNDA CON TEJIDO DE GRANULACIÓN Y RODEANDO LA REGIÓN PERI TROCANTÉRICA IZQUIERDA, SIN SIGNOS DE OSTEOMIELITIS NI ARTRITIS ASOCIADA. HALLAZGOS COMPATIBLES CON MÚLTIPLES FOCOS DE OSTEONECROSIS EN EL HUESO SUBCONDRA DE AMBAS RODILLAS. NO HAY CAMBIOS INFLAMATORIOS ÓSEOS O INTRAARTICULARES QUE SUGIERAN UN COMPONENTE INFLAMATORIO/ INFECCIOSO EN RODILLAS.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.08.2021

Hora Registro: 11:13:34

Responsable: GARCIA MAFLA, LINA MARCELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

Medicina interna -Salas de hospitalización-. Luisa Fernanda Isaza Gonzalez 21 años CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS:

1. Úlcera trocánterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) tranquila, dolor controlado.

Paciente en mejores condiciones generales t 36.2 fc 101 fr 19 ta 104/67 tam 79 so2 95 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocánterica bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Últimos laboratorios -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVI 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la

región peritrocantérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de *Proteus*, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con *Pseudomonas aeruginosa* KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y *S. Aureus* R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido, pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Debido a empeoramiento del dolor en cadera y cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo, no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, por lo que se solicitó resonancia magnética en esta sin signos de artritis séptica pero con focos de osteonecrosis. Ortopedia revalora considera "El manejo para la osteonecrosis articular consistiría en un reemplazo articular el cual, por razones evidentes en esta paciente dados sus problemas inmunológicos, infecciosos y neurológicos, no es procedente realizar en este momento". Dolor controlado. Sin cambios por ahora.

Seguimiento por ortopedia e infectología

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.08.2021

Hora Registro: 16:32:04

Responsable: MALDONADO LOZANO, JUAN MANUEL

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

Medicina interna -Salas de hospitalización-. Luisa Fernanda Isaza Gonzalez 21 años CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS:

1. Ulcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) tranquila, dolor controlado.

Paciente en mejores condiciones generales t 36.2 fc 118 fr 18 ta 116/83 tam 94 so2 96 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocantéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Últimos laboratorios -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: *Candida Albicans* -30.07.21 *P. aeruginosa* KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo *pseudomonas aeruginosa*, *E. faecalis* sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocantérica derecha e izquierda *P. mirabilis* y *S.aureus* a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: *Pseudomonas aeruginosa* KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVI 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la

región peritrocantérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de *Proteus*, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con *Pseudomonas aeruginosa* KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y *S. Aureus* R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido, pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Debido a empeoramiento del dolor en cadera y cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo, no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, por lo que se solicitó resonancia magnética en esta sin signos de artritis séptica pero con focos de osteonecrosis. Ortopedia revalora considera "El manejo para la osteonecrosis articular consistiría en un reemplazo articular el cual, por razones evidentes en esta paciente dados sus problemas inmunológicos, infecciosos y neurológicos, no es procedente realizar en este momento". En el momento modulando adecuadamente el dolor, por nuestra parte consideramos que la paciente puede continuar manejo antibiótico en sede Betania.

Seguimiento por ortopedia e infectología Se solicita traslado a sede Betania

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.08.2021

Hora Registro: 16:44:54

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

Medicina interna -Salas de hospitalización-. Luisa Fernanda Isaza Gonzalez 21 años CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS:

1. Ulcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) tranquila, dolor controlado.

Paciente en mejores condiciones generales t 36.2 fc 118 fr 18 ta 116/83 tam 94 so2 96 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardiacos rítmicos, no ausculto soplos, PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocantéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Últimos laboratorios -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: *Candida Albicans* -30.07.21 *P. aeruginosa* KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo *pseudomonas aeruginosa*, *E. faecalis* sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda *P. mirabilis* y *S.aureus* a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: *Pseudomonas aeruginosa* KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVI 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera

derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocantérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de *Proteus*, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con *Pseudomonas aeruginosa* KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y *S. Aureus* R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido, pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Debido a empeoramiento del dolor en cadera y cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo, no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, por lo que se solicitó resonancia magnética en esta sin signos de artritis séptica pero con focos de osteonecrosis. Ortopedia revalora considera "El manejo para la osteonecrosis articular consistiría en un reemplazo articular el cual, por razones evidentes en esta paciente dados sus problemas inmunológicos, infecciosos y neurológicos, no es procedente realizar en este momento". En el momento modulando adecuadamente el dolor, por nuestra parte consideramos que la paciente puede continuar manejo antibiótico en sede Betania.

Seguimiento por ortopedia e infectología Se solicita traslado a sede Betania

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.08.2021

Hora Registro: 05:58:12

Responsable: BONILLA ABADIA, FABIO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

REUMATOLOGIA - LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ EDAD: 21 CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS: 1. Ulcera trocanterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomia con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de *Proteus*, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con *Pseudomonas aeruginosa* KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y *S. Aureus* R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Subjetivo: tranquila EXAMEN FÍSICO: SIGNOS VITALES T FC FR TAS TAD 4:00 35 85 18 107 64 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, taquicárdica PULMONAR: Murmullo vesicular normal, no ruidos sobreagregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocantéricas bilaterales. Se evidencia edema en rodillas SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ ANALISIS/PLAN. Paciente con historia de LES en el momento inactivo, usuaria crónica de esteroides y complicaciones de necrosis avascular y osteomielitis en caderas con aislamiento de *Proteus*, entre otros gérmenes resistentes. En el momento hospitalizada nuevamente por osteomielitis bilateral en manejo Qx por Ortopedia y en ATB por Infectología por 6 semanas. Por el momento sin requerimiento de manejos adicionales por Reumatología. Estaremos atentos a evolución.

Laboratorios - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 - 20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT

354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR 25.08.2021 Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocantérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas. Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVI 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos.

Traslado a Betania - seguimiento por Ortopedia e Infectología

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.08.2021

Hora Registro: 11:12:19

Responsable: MALDONADO LOZANO, JUAN MANUEL

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

Medicina interna -Salas de hospitalización-. Luisa Fernanda Isaza Gonzalez 21 años CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS:

1. Úlcera trocánterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) tranquila, dolor controlado.

Paciente en mejores condiciones generales t 36.1 fc 105 fr 18 ta 111/64 tam 79 so2 92 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLOGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Últimos laboratorios -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVI 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocantérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo

osteomielitis en caderas con aislamiento de *Proteus*, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con *Pseudomonas aeruginosa* KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y *S. Aureus* R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido, pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Debido a empeoramiento del dolor en cadera y cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo, no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, por lo que se solicitó resonancia magnética en esta sin signos de artritis séptica pero con focos de osteonecrosis. Ortopedia revalorada considera "El manejo para la osteonecrosis articular consistiría en un reemplazo articular el cual, por razones evidentes en esta paciente dados sus problemas inmunológicos, infecciosos y neurológicos, no es procedente realizar en este momento". En el momento modulando adecuadamente el dolor, por nuestra parte consideramos que la paciente puede continuar manejo antibiótico en sede Betania, revalorada por reumatología quienes consideran que por el momento no requiere manejo adicional por dicha especialidad, pendiente traslado a betania. Se solicitan paraclínicos de control.

Seguimiento por ortopedia e infectología Pendiente traslado a Betania Se solicitan paraclínicos de control para mañana

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.08.2021

Hora Registro: 13:54:57

Responsable: ESPINOSA CARDENAS, DANIELA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

Medicina Interna -Salas de hospitalización-. Luisa Fernanda Isaza Gonzalez 21 años CC: 1107531724 DIAGNÓSTICOS:

1. Ulcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 22/42 -Rifamipicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 22) tranquila, dolor controlado.

Paciente en mejores condiciones generales t 36.1 fc 105 fr 18 ta 111/64 tam 79 so2 92 OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocantéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Últimos laboratorios -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: *Candida Albicans* -30.07.21 *P. aeruginosa* KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo *pseudomonas aeruginosa*, *E. faecalis* sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocantérica derecha e izquierda *P. mirabilis* y *S.aureus* a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: *Pseudomonas aeruginosa* KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVI 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocantérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de *Proteus*, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con *Pseudomonas aeruginosa* KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y *S. Aureus* R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido, pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Debido a empeoramiento del dolor en cadera y cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo, no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, por lo que se solicitó resonancia magnética en esta sin signos de artritis séptica pero con focos de osteonecrosis. Ortopedia revalorada considera "El manejo para la osteonecrosis articular consistiría en un reemplazo articular el cual, por razones evidentes en esta paciente dados sus problemas inmunológicos, infecciosos y neurológicos, no es procedente realizar en este momento". En el momento modulando adecuadamente el dolor, por nuestra parte consideramos que la paciente puede continuar manejo antibiótico en sede Betania, revalorada por reumatología quienes consideran que por el momento debe continuar manejo con prednisolona 10 mg día, sin la azatioprina, sin inmunoglobulina por ahora y control en 1 mes posterior a su egreso por reumatología nivel IV con paraclínicos de control incluyendo antiDNA y complemento. Se entre órdenes y se espera traslado a sede Betania. Se explica.

Pendiente traslado a Betania

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.08.2021

Hora Registro: 22:53:17

Responsable: GALLEGU VILLANUEVA, JAIRO ALONSO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

INGRESO A BETANIA A CARGO DE MEDICINA FAMILIAR LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 años CC: 1107531724 COOMEVA EPS S.A. RC DIAGNÓSTICOS: 1. Ulcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 32/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 33) Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de *Proteus*, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con *Pseudomonas aeruginosa* KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y *S. Aureus* R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas.

T 37 Fc 95 Fr 18 TA 110/74 SAT2 93% CABEZA Y CUELLO OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CARDIO/PULMONAR CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocantéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ Últimos laboratorios -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Leucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 12.08.21 Leucos 2.9 N 1.5 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 261 BUN 8 Cr 0.3 ALT 12 AST 11 FA 164 GGT 77 Na 146 K 3.7 Cl 110 Mg 1.9 Ca 8.8 P 3.9 PCR 3.1 10.08.21 Leucos 3.7 N 2.1 L 0.9 Hb 10.1 HTO 33 PLT 290 PCR 4.0 08.08.21 Leucos 3.8 N 2.0 L 1.1 Hb 11.0 HTO 35 PLT 336 PCR 1.2 06.08.21 Leucos 3.84 N 2.0 L 1.2 Hb 10.4 HTO 35 PLT 360 PCR 2.3 Cr 0.3 BUN 12 04.08.21 Leucos 4.09 N 2.9 L 0.8 M 0.2 E 0.0 Hb 6.2 HTO 21 VCM 70.4 HCM 19 PLT 354 30.07.21 CEFTA-AVIBA IMC 3 mcg/mL Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: *Candida Albicans* -30.07.21 P. *aeruginosa* KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo *pseudomonas aeruginosa*, *E. faecalis* sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. *mirabilis* y *S.aureus* a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1

#2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVI 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocantérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. Paciente sin intervenciones por parte de ortopedia y para manejo de fistula en cadera izquierda, debe ser valorada por cirugía plástica una vez se resuelva proceso infeccioso. Tiene EKG que evidenció ondas T invertidas en V1-V5, inicialmente asociado a hipokalemia, hoy con potasio corregido, pero persistencia de alteración, Se solicitó eco tt sin evidencia de alteraciones en la contractilidad segmentaria ni global, con adecuada función del ventrículo izquierdo y sin dilatación del derecho. Debido a empeoramiento del dolor en cadera y cambios inflamatorios en rodillas, se solicitó complemento y antiDNA para detectar posible actividad lúpica, sin embargo, no hay alteración, también valorada por reumatología, no consideran se trate de actividad lúpica y se sospecha más una posible artritis séptica de rodilla, por lo que se solicitó resonancia magnética en esta sin signos de artritis séptica pero con focos de osteonecrosis. Ortopedia revalorada considera "El manejo para la osteonecrosis articular consistiría en un reemplazo articular el cual, por razones evidentes en esta paciente dados sus problemas inmunológicos, infecciosos y neurológicos, no es pertinente realizar en este momento". En el momento modulando adecuadamente el dolor. Se cosndeira por parte de especialidades tratantes que la paciente puede continuar manejo antibiótico en sede Betania, revalorada por reumatología quienes consideran que por el momento debe cotninar manejo con prednisolona 10 mg día, sin la azatioprina, sin inmunoglobulina por ahora y control en 1 mes posterior a su egreso por reumatología nivel IV con paraclínicos de control incluyendo antiDNA y complemento.

HOSPITALIZAR A CARGO DE MEDICINA FAMILIAR VIGILANCIA CLÍNICA Y PARACLÍNICA MANEJO MEDICO INTEGRAL MANEJO DE DOLOR CONTINUAR MANEJO ANTIBIÓTICO SEGÚN INDICACIÓN DE INFECTOLOGIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.09.2021

Hora Registro: 10:43:09

Responsable: CONDINES CHICUREL, MARIA XIMENA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR UCE BETANIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 años CC: 1107531724 COOMEVA EPS S.A. RC DIAGNÓSTICOS: 1. Ulcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y sequestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 32/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 33) Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. SUBJETIVO: PACIENTE AFEBRIL, SIN DOLOR, TOLERANDO INGESTA ORAL, MICCION Y DEPOSICIONES PRESENTES.

EXAMEN FISICO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES, ALERTA Y ORIENTADA, SIN SOPORTE DE OXIGENO, PARAPLEJIA EEII. ULCERA TROCANTERICA DERECHA. SIGNOS VITALES: HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 21:00:00 35,50 75,00 21,00 0,00 104,00 55,00 71,33 97,00 00:02:00 35,00 94,00 20,00 0,00 99,00 60,00 73,00 95,00 04:00:00 35,80 86,00 20,00 0,00 107,00 70,00 82,33 97,00 CABEZA Y CUELLO OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CARDIO/PULMONAR CORAZÓN: Ruidos Cardiacos rítmicos, no ausculto soplos, PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha,

con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas
 HEMATOLOGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ PARACLINICOS: - 01.09.2021: HB 11.1, LEUCOS 3790, N 1440, PLAQ 31600, PCR 1.41 BUN 9.8, CREA 0.35, NA 144.1, K 3.85, MG 2.1, P 4.8 -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocánterica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE LES EN EL MOMENTO INACTIVO, CON COMPROMISO HEMATOLOGICO, INMUNOLOGICO Y SNC, USUARIA CRÓNICA DE ESTEROIDES, CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA HASTA FEBRERO 2021, TUVO OSTEOMIELITIS EN CADERAS CON AISLAMIENTO DE PROTEUS, ENTRE OTROS GÉRMENES RESISTENTES. AHORA HOSPITALIZADA NUEVAMENTE EN CONTEXTO DE OSTEOMIELITIS BILATERAL YA LLEVADA A PROCEDIMIENTO POR ORTOPEDIA EN CADERA DERECHA EL 27.07.2021. TIENE REPORTE DE CULTIVO DE HUESO CON PSEUDOMONAS AERUGINOSA KPC, EDTA (-) SOLO SENSIBLE A LEVOFLOXACINA Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y S. AUREUS R ERITROMICINA. EN MANEJO CON INFECTOLOGÍA QUIENES ESTABLECE PAUTA ANTIBIÓTICA CON CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA QUE DEBE COMPLETAR POR 6 SEMANAS. PACIENTE SIN NECESIDAD DE NUEVAS INTERVENCIONES POR PARTE DE ORTOPEDIA, DEBE SER VALORADA POR CIRUGÍA PLÁSTICA UNA VEZ SE RESUELVA PROCESO INFECCIOSO. TIENE EKG QUE EVIDENCIÓ ONDAS T INVERTIDAS EN V1-V5, INICIALMENTE ASOCIADO A HIPOKALEMIA, LA CUAL YA ESTA CORREGIDA. SE SOLICITÓ ECO TT SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES EN LA CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA NI GLOBAL, CON ADECUADA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y SIN DILATACIÓN DEL DERECHO. DEBIDO A EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN CADERA Y CAMBIOS INFLAMATORIOS EN RODILLAS, SE SOLICITÓ COMPLEMENTO Y ANTIDNA PARA DETECTAR POSIBLE ACTIVIDAD LÚPICA, SIN EMBARGO, NO HAY ALTERACIÓN. VALORADA POR REUMATOLOGÍA, NO CONSIDERAN SE TRATE DE ACTIVIDAD LÚPICA Y SE SOSPECHA MÁS UNA POSIBLE ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA, POR LO QUE SE SOLICITÓ RESONANCIA MAGNÉTICA SIN SIGNOS DE ARTRITIS SÉPTICA PERO CON FOCOS DE OSTEONECROSIS. ORTOPEDIA REVALORA CONSIDERA "EL MANEJO PARA LA OSTEONECROSIS ARTICULAR CONSISTIRÍA EN UN REEMPLAZO ARTICULAR EL CUAL, POR RAZONES EVIDENTES EN ESTA PACIENTE DADOS SUS PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS, INFECCIOSOS Y NEUROLÓGICOS, NO ES PERTINENTE REALIZAR EN ESTE MOMENTO. REUMATOLOGÍA CONSIDERA QUE POR EL MOMENTO DEBE CONTINUAR MANEJO CON PREDNISOLONA 10 MG DÍA, SIN LA AZATIOPRINA, SIN INMUNOGLOBULINA POR AHORA Y CONTROL EN 1 MES POSTERIOR A SU EGRESO POR REUMATOLOGÍA NIVEL IV CON PARACLÍNICOS DE CONTROL INCLUYENDO ANTIDNA Y COMPLEMENTO. INGRESA A BETANIA EN ADECUADAS CONDICIONES, AFEBRIL, CON DOLOR MODULADO. TIENE PARACLINICOS DE HOY EN RANGO DE NORMALIDAD. REQUIERE CONTINUAR CON TRATAMIENTO ATB, ADEMÁS DE CURACIONES DE LA HERIDA POR TEO, Y TERAPIA FÍSICA POR SU ESTADO DE POSTRACIÓN.

- A CARGO DE MEDICINA FAMILIAR - DIETA ORAL - TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL - CURACIONES HERIDA POR TEO - CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA DÍA 33/42 TRATAMIENTO: ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG VIA ORAL C/8H CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G INTRAVENOS C/8H CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 G TOPICA C/8H CLOZAPINA 25MG TAB 25 MG VIA ORAL C/24H ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG SUBCUTANEA C/24H MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 MG VIA ORAL C/24H OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG VIA ORAL C/24H OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML 4 MG INTRAVENOS C/6H PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG VIA ORAL C/24H SERTRALINA 50 MG. TAB 50 MG VIA ORAL C/24H

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.09.2021

Hora Registro: 12:51:59

Responsable: CONDINES CHICUREL, MARIA XIMENA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR UCE BETANIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 años CC: 1107531724 COOMEVA EPS S.A.

RC DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocánterica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado +

desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 32/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 33) Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de *Proteus*, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con *Pseudomonas aeruginosa* KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y *S. Aureus* R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. **SUBJETIVO:** PACIENTE AFEBRIL, TOLERANDO INGESTA ORAL, MICCIÓN Y DEPOSICIONES PRESENTES. REFIERE PRESENTAR DOLOR EN REGION DORSAL IZQUIERDA, LOCALIZADO, NO IRRADIADO.

EXAMEN FISICO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES, ALERTA Y ORIENTADA, SIN SOPORTE DE OXIGENO, PARAPLEJIA EEII. ÚLCERA TROCANTERICA DERECHA CUBIERTA, SIN SANGRADO. ÚLCERA TROCANTERICA IZQUIERDA CUBIERTA, SIN SANGRADO. **SIGNOS VITALES:** HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 05:00:00 35,40 78,00 20,00 83,00 55,00 64,33 93,00 00:00:01 35,80 65,00 20,00 88,00 51,00 63,33 97,00 20:00:00 35,50 74,00 20,00 122,00 71,00 88,00 98,00 16:00:00 35,00 88,00 20,00 104,00 62,00 76,00 95,00 11:00:00 34,20 96,00 19,00 118,00 61,00 80,00 98,00 04:00:00 35,80 86,00 20,00 107,00 70,00 82,33 97,00 00:02:00 35,00 94,00 20,00 99,00 60,00 73,00 95,00 **CABEZA Y CUELLO OJOS:** Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. **CUELLO:** No masas, no megalias. **CARDIO/PULMONAR CORAZÓN:** Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, **PULMONAR:** ruidos respiratorios normales, sin agregados. **ABDOMEN:** distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. **EXTREMIDADES:** limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas **HEMATOLÓGICOS:** Sin evidencia de sangrado activo **INFECCIOSO:** Afebril **SNC:** Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ **PARACLINICOS:** - 01.09.2021: HB 11.1, LEUCOS 3790, N 1440, PLAQ 31600, PCR 1.41 BUN 9.8, CREA 0.35, NA 144.1, K 3.85, MG 2.1, P 4.8 -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 **Microbiológicos:** -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: *Candida Albicans* -30.07.21 *P. aeruginosa* KPC (+) *CARBANP* (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo *pseudomonas aeruginosa*, *E. faecalis* sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda *P. mirabilis* y *S.aureus* a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: *Pseudomonas aeruginosa* KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: **RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR** Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocánterica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE LES EN EL MOMENTO INACTIVO, CON COMPROMISO HEMATOLÓGICO, INMUNOLÓGICO Y SNC, USUARIA CRÓNICA DE ESTEROIDES, CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA HASTA FEBRERO 2021, TUVO OSTEOMIELITIS EN CADERAS CON AISLAMIENTO DE PROTEUS, ENTRE OTROS GÉRmenes RESISTENTES. AHORA HOSPITALIZADA NUEVAMENTE EN CONTEXTO DE OSTEOMIELITIS BILATERAL YA LLEVADA A PROCEDIMIENTO POR ORTOPEDIA EN CADERA DERECHA EL 27.07.2021. TIENE REPORTE DE CULTIVO DE HUESO CON PSEUDOMONAS AERUGINOSA KPC, EDTA (-) SOLO SENSIBLE A LEVOFLOXACINA Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y S. AUREUS R ERITROMICINA. EN MANEJO CON INFECTOLOGÍA QUIENES ESTABLECEN PAUTA ANTIBIÓTICA CON CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA QUE DEBE COMPLETAR POR 6 SEMANAS. PACIENTE SIN NECESIDAD DE NUEVAS INTERVENCIONES POR PARTE DE ORTOPEDIA, DEBE SER VALORADA POR CIRUGÍA PLÁSTICA UNA VEZ SE RESUELVA PROCESO INFECCIOSO. TIENE EKG QUE EVIDENCIÓ ONDAS T INVERTIDAS EN V1-V5, INICIALMENTE ASOCIADO A HIPOKALEMIA, LA CUAL YA ESTÁ CORREGIDA. SE SOLICITÓ ECO TT SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES EN LA CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA NI GLOBAL, CON ADECUADA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y SIN DILATACIÓN DEL DERECHO. DEBIDO A EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN CADERA Y CAMBIOS INFLAMATORIOS EN RODILLAS, SE SOLICITÓ COMPLEMENTO Y ANTIDNA PARA DETECTAR POSIBLE ACTIVIDAD LÚPICA, SIN EMBARGO, NO HAY ALTERACIÓN. VALORADA POR REUMATOLOGÍA, NO CONSIDERAN SE TRATE DE ACTIVIDAD LÚPICA Y SE SOSPECHA MÁS UNA POSIBLE ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA, POR LO QUE SE SOLICITÓ RESONANCIA MAGNÉTICA SIN SIGNOS DE ARTRITIS SÉPTICA PERO CON FOCOS DE OSTEONECROSIS. ORTOPEDIA REVALORA CONSIDERA "EL MANEJO PARA LA OSTEONECROSIS ARTICULAR CONSISTIRÍA EN UN REEMPLAZO ARTICULAR EL CUAL, POR RAZONES EVIDENTES EN ESTA PACIENTE

DADOS SUS PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS, INFECCIOSOS Y NEUROLÓGICOS, NO ES PERTINENTE REALIZAR EN ESTE MOMENTO. REUMATOLOGÍA CONSIDERA QUE POR EL MOMENTO DEBE CONTINUAR MANEJO CON PREDNISOLONA 10 MG DÍA, SIN LA AZATIOPRINA, SIN INMUNOGLOBULINA POR AHORA Y CONTROL EN 1 MES POSTERIOR A SU EGRESO POR REUMATOLOGÍA NIVEL IV CON PARACLÍNICOS DE CONTROL INCLUYENDO ANTIDNA Y COMPLEMENTO. EN EL MOMENTO PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES, AFEBRIL, CON DOLOR DE CADERA MODULADO. REFIERE PRESENTAR DORSALGIA IZQUIERDA ASOCIADO A POSICIÓN Y MOVIMIENTO, DE CARACTERÍSTICAS MUSCULARES POR SE DECIDE INICIAR MANEJO CON TIZANIDINA Y SE ROTA LA OXICODONA EV A ORAL. SE SOLICITA VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA REVALORAR TRATAMIENTO CON CLOZAPINA Y SERTRALINA DADO QUE TIENE PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS CONTROLADAS. REQUIERE CONTINUAR CON TRATAMIENTO ATB, ADEMÁS DE CURACIONES DE LA HERIDA POR TEO, Y TERAPIA FÍSICA POR SU ESTADO DE POSTRACIÓN.

- A CARGO DE MEDICINA FAMILIAR - DIETA ORAL - TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL - CURACIONES HERIDA POR TEO - CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINO DÍA 34/42 - INICIAR: TIZANIDINA 2MG CADA 24 HORAS- DAR DOSIS EN LA NOCHE - CAMBIO DE OXICODONA ENDOVENOSA A OXICODONA ORAL A 10MG CADA 24 HORAS. - VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA PARA AJUSTE EN EL TTO TRATAMIENTO: TIZANIDINA 2MG TAB 2 MG C/24H VIA ORAL SERTRALINA 50 MG. TAB 50 MG C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H VIA ORAL OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA 10MG C/24H VIA ORAL OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/24H VIA ORAL MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 MG C/24H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA CLOZAPINA 25MG TAB 25 MG C/24H VIA ORAL CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 G C/8H TOPICA CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/8H INTRAVENOS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/8H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.09.2021

Hora Registro: 18:35:09

Responsable: POTES CRUZ, LAURA ISABEL

Especialidad: PSIQUIATRÍA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Psiquiatría Luisa Fernanda Isaza 21 años Vive con padres En el momento cesante, antes trabajaba en un almacén Bachillerato completo Paciente hospitalizada con los siguientes diagnósticos registrados en su historia clínica: 1. Úlcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Se responde interconsulta solicitada para evaluar uso de sertralina y clozapina. Subjetivo: La paciente refiere que inició manejo con sertralina y clozapina desde hace más de un año. La madre al respecto refiere que se inició manejo durante hospitalización por actividad de su enfermedad reumatológica: "fue cuando estuvo mal, veía cosas, no hablaba, mantenía en la cama". Comentan que una vez el lupus estuvo más controlado los síntomas psicóticos y afectivos cesaron, y que continuó con clozapina 150mg hasta hace unos meses, cuando iniciaron descenso gradual en consulta externa. La paciente refiere que toma la actual dosis de clozapina (25mg) desde hace unos 2 meses, teme suspenderla abruptamente porque en el pasado cuando se le ha acabado ha tenido insomnio global y se ha sentido ansiosa. Niega alucinaciones, la madre niega conductas desorganizadas. En cuanto al estado de ánimo comenta que se siente bien, a veces se pone triste cuando piensa en su enfermedad y limitaciones pero en general disfruta de las cosas, se siente optimista frente al futuro. La madre niega síntomas depresivos en los últimos seis meses. La paciente agrega que a veces tiene molestias gástricas que asocia al uso de sertralina y preferiría no tomarla. Por otro lado refiere que siempre ha sido tímida, le daba temor hablar en público en el colegio, ahora que ha estado tanto tiempo en hospitalizaciones nota que le da temor pensar en ir a un lugar con muchas personas. Niega dificultad usual para relajarse, niega preocupaciones constantes y otros síntomas ansiosos.

Encuentro paciente en cama en compañía de su madre. En el momento sin fascies algica. Realiza contacto visual espontáneo, colabora con la entrevista. Actitud de interés. Alerta, orientado, sin fallas evidentes en la memoria, euproséxico, inteligencia impresiona promedio, calcula y abstrae. Euquinético, no observo movimientos anormales. Afecto modulado, eutímico, congruencia ideoafectiva Lenguaje: Volumen de voz sin alteraciones, comprende, nombra, repite. Pensamiento: Coherencia externa e interna. Producción ideoverbal conservada. Deseos de suspender sertralina, preocupación de aparición de síntomas ante suspensión de clozapina. Negó ideas de muerte, auto y de heteroagresión. No identifico delirios. Lógico. Sensopercepción: No refiere alucinaciones ni ilusiones. No observo conducta alucinatoria. Juicio y raciocinio: no comprometidos

Paciente de 21 años quien al parecer empezó a usar clozapina y sertralina por síntomas psicóticos en relación a aparentes manifestaciones neuropsiquiátricas de su LES. Dado que niega síntomas psicóticos y depresivos en el último año y teniendo en cuenta los riesgos asociados al uso de clozapina considero suspender. La paciente refiere temor a la suspensión de la clozapina, por lo que se acuerda dejar por ahora dosis mpas baja en la noche si la necesita para que el retiro sea más gradual. Para disminuir riesgo de síntomas de retirada a sertralina sugiero disminuir dosis antes de suspender. Por otro lado describe síntomas sugestivos de ansiedad social, dado la preferencia de la paciente por no usar ISRS y que al parecer no genera en el momento interferencia marcada solicito evaluación por Psicología, acompañar además en proceso de adaptación a limitaciones por su condición. Hoy se inició tizanidina que puede generar somnolencia, se difiere inicio de hipnótico.

Valoración por Psicología Suspender clozapina, en caso de insomnio y ansiedad dar 6.25mg d clozapina dosis única (para retiro gradual) Disminuir sertralina a 25mg en la mañana (disminución para suspender) Medidas de higiene del sueño Seguimiento por Psiquiatría Riesgo de agitación: bajo Riesgo de evasión: bajo Riesgo de suicidio: bajo

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.09.2021

Hora Registro: 12:27:42

Responsable: POTES CRUZ, LAURA ISABEL

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Psiquiatría - Seguimiento a interconsulta Luisa Fernanda Isaza 21 años Vive con padres En el momento cesante, antes trabajaba en un almacén Bachillerato completo Paciente hospitalizada con los siguientes diagnósticos registrados en su historia clínica: 1. Ulcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Medicación actual: - Sertralina 25mg (inicio 2019, disminución 2-septiembre) Medicamentos suspendidos: Clozapina 25mg (suspendido 2-sep-2021), en el pasado recibió más de 100mg de dicho medicamentos en relación a manifestaciones neuropsiquiátricas de lupus Subjetivo: Refiere que ayer durmió más de dos horas en la tarde, y en la noche se despidió de una paciente con quien había entablado una relación. Pudo conciliar el sueño inicialmente pero se despertó en la madrugada y no pudo dormir más. Niega aumento de ansiedad con retiro de clozapina. No describe síntomas depresivos ni psicóticos.

Semisentada en cama, en compañía de su madre. En el momento sin fascies algica. Realiza contacto visual espontáneo, colabora con la entrevista. Actitud de interés. Alerta, orientado, sin fallas evidentes en la memoria, euproséxico, inteligencia impresiona promedio, calcula y abstrae. Euquinético, no observo movimientos anormales. Afecto modulado, eutímico, congruencia ideoafectiva Lenguaje: Volumen de voz sin alteraciones, comprende, nomina, repite. Pensamiento: Coherencia externa e interna. Producción ideoverbal conservada. Ideas de preocupación acerca de su recuperación física. Negó ideas de muerte, auto y de heteroagresión. No identifico delirios. Lógico. Sensopercepción: No refiere alucinaciones ni ilusiones. No observo conducta alucinatoria. Juicio y raciocinio: no comprometidos

Luisa es una mujer de 21 años quien usaba clozapina y sertralina desde hace más de un año al parecer por episodio de manifestaciones neuropsiquiátricas de lupus. Dado la ausencia de síntomas psicóticos y depresivos en el momento se decidió suspender la clozapina y Para disminuir riesgo de síntomas de retirada a sertralina reducir dosis antes de suspender. La paciente describe insomnio de despertar temprano anoche que considero puede estar más asociado a factores externos a la medicación (pobre higiene del sueño, estresor puntual); se acuerda con la paciente y con su madre implementar medidas de higiene del sueño, en caso de insomnio dar trazodona como hipnótico. Pendiente valoración por Psicología.

Pendiente valoración por Psicología Clozapina suspendida En caso de insomnio, dar 25mg de trazodona, en caso de no lograr conciliar el sueño una hora después, dar 25mg adicionales antes de medianoche. Sertralina 25mg en la mañana (disminución para suspender) Medidas de higiene del sueño Seguimiento por Psiquiatría Riesgo de agitación: bajo Riesgo de evasión: bajo Riesgo de suicidio: bajo

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.09.2021

Hora Registro: 12:40:23

Responsable: CONDINES CHICUREL, MARIA XIMENA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR UCE BETANIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 años CC: 1107531724 COOMEVA EPS S.A. RC DIAGNÓSTICOS: 1. Ulcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacin FI 30.07.21 -Activo Día 32/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 33) Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacin y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacin que debe completar por 6 semanas. SUBJETIVO: PACIENTE AFEBRIL, TOLERANDO VIA ORAL, MICCION Y DEPOSICIONES POSITIVAS.

REFIERE DISMINUCION DE DOLOR EN REGION DORSAL IZQUIERDA. MANIFIESTA DOLOR EN RODILLA DERECHA.

EXAMEN FISICO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES, ALERTA Y ORIENTADA, SIN SOPORTE DE OXIGENO, PARAPLEJIA EEII. ULCERA TROCANTERICA DERECHA CUBIERTA, SIN SANGRADO. ULCERA TROCANTERICA IZQUIERDA CUBIERTA, SIN SANGRADO. SIGNOS VITALES: HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 04:00:00 36,30 82,00 20,00 92,00 54,00 66,67 95,00 19:56:33 36,20 101,00 20,00 103,00 68,00 79,67 97,00 16:19:22 36,80 110,00 19,00 97,00 66,00 76,33 95,00 11:00:00 35,80 110,00 19,00 97,00 70,00 79,00 97,00 05:00:00 35,40 78,00 20,00 83,00 55,00 64,33 93,00 00:00:01 35,80 65,00 20,00 88,00 51,00 63,33 97,00 20:00:00 35,50 74,00 20,00 122,00 71,00 88,00 98,00 CABEZA Y CUELLO OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CARDIO/PULMONAR CORAZÓN: Ruidos Cardiacos rítmicos, no ausculto soplos, PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ PARACLINICOS: - 01.09.2021: HB 11.1, LEUCOS 3790, N 1440, PLAQ 31600, PCR 1.41 BUN 9.8, CREA 0.35, NA 144.1, K 3.85, MG 2.1, P 4.8 -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocánterica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE LES EN EL MOMENTO INACTIVO, CON COMPROMISO HEMATOLÓGICO, INMUNOLÓGICO Y SNC, USUARIA CRÓNICA DE ESTEROIDES, CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA HASTA FEBRERO 2021, TUVO OSTEOMIELITIS EN CADERAS CON AISLAMIENTO DE PROTEUS, ENTRE OTROS GÉRMESES RESISTENTES. AHORA HOSPITALIZADA NUEVAMENTE EN CONTEXTO DE OSTEOMIELITIS BILATERAL YA LLEVADA A PROCEDIMIENTO POR ORTOPEDIA EN CADERA DERECHA EL 27.07.2021. TIENE REPORTE DE CULTIVO DE HUESO CON PSEUDOMONAS AERUGINOSA KPC, EDTA (-) SOLO SENSIBLE A LEVOFLOXACINA Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y S. AUREUS R ERITROMICINA. EN MANEJO CON INFECTOLOGÍA QUIENES ESTABLECEN PAUTA ANTIBIÓTICA CON CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA QUE DEBE COMPLETAR POR 6 SEMANAS. PACIENTE SIN NECESIDAD DE NUEVAS INTERVENCIONES POR PARTE DE ORTOPEDIA, DEBE SER VALORADA POR CIRUGÍA PLÁSTICA UNA VEZ SE RESUELVA PROCESO INFECCIOSO. TIENE EKG QUE EVIDENCIÓ ONDAS T INVERTIDAS EN V1-V5, INICIALMENTE ASOCIADO A HIPOKALEMIA, LA CUAL YA ESTÁ CORREGIDA. SE SOLICITÓ ECO TT SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES EN LA CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA NI GLOBAL, CON ADECUADA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y SIN DILATACIÓN DEL DERECHO. DEBIDO A EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN CADERA Y CAMBIOS INFLAMATORIOS EN RODILLAS, SE SOLICITÓ COMPLEMENTO Y ANTIDNA PARA DETECTAR POSIBLE ACTIVIDAD LÚPICA, SIN EMBARGO, NO HAY ALTERACIÓN. VALORADA POR REUMATOLOGÍA, NO CONSIDERAN SE TRATE DE ACTIVIDAD LÚPICA Y SE SOSPECHA MÁS UNA POSIBLE ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA, POR LO QUE SE SOLICITÓ RESONANCIA MAGNÉTICA SIN SIGNOS DE ARTRITIS SÉPTICA PERO CON FOCOS DE OSTEONECROSIS. ORTOPEDIA REVALORA CONSIDERA "EL MANEJO PARA LA OSTEONECROSIS ARTICULAR CONSISTIRÍA EN UN REEMPLAZO ARTICULAR EL CUAL, POR RAZONES EVIDENTES EN ESTA PACIENTE DADOS SUS PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS, INFECCIOSOS Y NEUROLÓGICOS, NO ES PERTINENTE REALIZAR EN ESTE MOMENTO. REUMATOLOGÍA CONSIDERA QUE POR EL MOMENTO DEBE CONTINUAR MANEJO CON PREDNISOLONA 10 MG DÍA, SIN LA AZATIOPRINA, SIN INMUNOGLOBULINA POR AHORA Y CONTROL EN 1 MES POSTERIOR A SU EGRESO POR REUMATOLOGÍA NIVEL IV CON PARACLÍNICOS DE CONTROL INCLUYENDO ANTIDNA Y COMPLEMENTO. ACTUALMENTE PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES, AFEBRIL, CON DOLOR DE CADERA MODULADO. REFIERE PRESENTAR DORSALGIA IZQUIERDA ASOCIADO A POSICIÓN Y MOVIMIENTO, DE CARACTERÍSTICAS MUSCULARES POR SE DECIDE INICIAR MANEJO CON TIZANIDINA Y SE ROTA LA OXICODONA EV A ORAL CON ADECUADA MODULACIÓN. REFIERE ADEMÁS PRESENTAR DOLOR EN RODILLA DERECHA POR LO QUE SE AJUSTARÁ DOSIS DE OXICODONA ORAL. FUE VALORADA POR PSIQUIATRÍA QUIENES VAN A SUSPENDER CLOZAPINA DE MANERA GRADUAL, JUNTO CON SERTRALINA. ADEMÁS DE ESTO SE INICIARÁ CLONIDINA. DEBE CONTINUAR EN SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRÍA Y POR PSICOLOGÍA. REQUIERE CONTINUAR CON TRATAMIENTO ATB, ADEMÁS DE CURACIONES DE LA HERIDA POR TEO, Y TERAPIA FÍSICA POR SU ESTADO DE POSTRACIÓN.

- A CARGO DE MEDICINA FAMILIAR - DIETA ORAL - TERAPIA FISICA Y OCUPACIONAL - CURACIONES HERIDA POR TEO - CEFTAZIDIMA/AVIBACTAN + MOXIFLOXACINO DIA 35/42 - CONTINUAR TIZANIDINA 2MG CADA 24 HORAS- DAR DOSIS EN LA NOCHE - AJUSTAR OXICODONA ORAL A 10MG CADA 12 HORAS. - INICIAR CLONIDINA 75MG CADA 24 HORAS. - VALORACION POR PSIQUIATRIA PARA AJUSTE EN EL TTO TRATAMIENTO: TIZANIDINA 2MG TAB 2 MG C/24H VIA ORAL SERTRALINA 50 MG. TAB 25 MG C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H VIA ORAL OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA 10 MG C/12H VIA ORAL OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/24H VIA ORAL MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 MG C/24H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 G C/8H TOPICA CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/8H INTRAVENOS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/8H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.09.2021

Hora Registro: 12:33:05

Responsable: POTES CRUZ, LAURA ISABEL

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Psiquiatría - Seguimiento a interconsulta Luisa Fernanda Isaza 21 años Vive con padres En el momento cesante, antes trabajaba en un almacén Bachillerato completo Paciente hospitalizada con los siguientes diagnósticos registrados en su historia clínica: 1. Ulcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomia con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Medicación actual: - Sertralina 25mg (inicio 2019, disminución 2-septiembre) Medicamentos suspendidos: Clozapina 25mg (suspendido 2-sep-2021), en el pasado recibió más de 100mg de dicho medicamentos en relación a manifestaciones neuropsiquiátricas de lupus Subjetivo: Anoche sintió sueño después de hacer el rosario con la mamá, estuvo activa en el día y se sentía cansada pero luego empezó a mirar la televisión hasta después de las once de la noche y luego no pudo conciliar el sueño. A pesar de lo discutido en cuanto a hipnótico de refuerzo comenta que le dio vergüenza llamar a solicitarlo.

La encontré semisentada en cama, con su madre. En el momento sin fascies algica. Realiza contacto visual espontáneo, colabora con la entrevista. Actitud de interés. Alerta, orientado, sin fallas evidentes en la memoria, euproséxico, inteligencia impresiona promedio, calcula y abstrae. Euquinético, no observo movimientos anormales. Afecto modulado, eutímico, congruencia ideoafectiva Lenguaje: Volumen de voz sin alteraciones, comprende, nombra, repite. Pensamiento: Coherencia externa e interna. Producción ideoverbal conservada. Ideas de preocupación acerca de su recuperación física. Negó ideas de muerte, auto y de heteroagresión. No identifico delirios. Lógico. Sensopercepción: No refiere alucinaciones ni ilusiones. No observo conducta alucinatoria. Juicio y raciocinio: no comprometidos

Paciente con suspensión reciente de clozapina y sertralina, en el momento con insomnio de conciliación que considero principalmente mantenido por aspectos de su higiene del sueño, a veces duerme en la tarde, ancohe uso de pantallas hasta casi la medianoche. Le expliqué a la paciente los efectos de las pantallas sobre el sueño, la razón por la cual se sugiere apagarla idealmente dos horas pero al menos una hora antes de dormir; la paciente refiere comprender y dice que contemplará adherirse a esa recomendación; sí ha sido adherente a otras recomendaciones. Síntomas de ansiedad social dificultaron que solicitara hipnótico formulado a necesidad - está pendiente valoración por Psicología ya solicitada.

Pendiente valoración por Psicología Iniciar 25mg de trazodona, en caso de no lograr conciliar el sueño una hora después, dar 25mg adicionales antes de medianoche. Sertralina 25mg en la mañana (suspender el lunes) Medidas de higiene del sueño Seguimiento por Psiquiatría Riesgo de agitación: bajo Riesgo de evasión: bajo Riesgo de suicidio: bajo

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.09.2021

Hora Registro: 13:33:11

Responsable: CONDINES CHICUREL, MARIA XIMENA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR UCE BETANIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 años CC: 1107531724 COOMEVA EPS S.A. RC DIAGNÓSTICOS: 1. Ulcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomia con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 32/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 33) Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros

gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con *Pseudomonas aeruginosa* KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y *S. Aureus* R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. **SUBJETIVO:** PACIENTE AFEBRIL, TOLERANDO VIA ORAL, MICCIÓN Y DEPOSICIONES POSITIVAS. **MANIFIESTA PRESENTAR SUDORACION TRAS ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, SIN OTRO SINTOMA ASOCIADO. REFIERE DOLOR EN RODILLA DERECHA.**

EXAMEN FISICO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES, ALERTA Y ORIENTADA, SIN SOPORTE DE OXIGENO, PARAPLEJIA EEII. ULCERA TROCANTERICA DERECHA CUBIERTA, SIN SANGRADO. ULCERA TROCANTERICA IZQUIERDA CUBIERTA, SIN SANGRADO. **SIGNOS VITALES:** HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 04:11:02 36,60 81,00 19,00 101,00 66,00 77,67 97,00 21:42:24 35,80 109,00 20,00 96,00 64,00 74,67 98,00 16:00:00 36,10 100,00 20,00 113,00 71,00 85,00 97,00 09:32:24 36,20 104,00 20,00 83,00 44,00 57,00 98,00 04:00:00 36,30 82,00 20,00 92,00 54,00 66,67 95,00 19:56:33 36,20 101,00 20,00 103,00 68,00 79,67 97,00 16:19:22 36,80 110,00 19,00 97,00 66,00 76,33 95,00 **CABEZA Y CUELLO OJOS:** Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. **CUELLO:** No masas, no megalias. **CARDIO/PULMONAR CORAZÓN:** Ruidos Cardiacos rítmicos, no ausculto soplos, **PULMONAR:** ruidos respiratorios normales, sin agregados. **ABDOMEN:** distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. **EXTREMIDADES:** limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántericas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas. **RODILLA DERECHA CON LEVE ERITEMA, CON MINICO CALOR AL TACTO, SIN COMPROMISO DE AMAS. HEMATOLÓGICOS:** Sin evidencia de sangrado activo **INFECCIOSO:** Afebril **SNC:** Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ **PARACLINICOS:** - 01.09.2021: HB 11.1, LEUCOS 3790, N 1440, PLAQ 31600, PCR 1.41 BUN 9.8, CREA 0.35, NA 144.1, K 3.85, MG 2.1, P 4.8 -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 **Microbiológicos:** -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: *Candida Albicans* -30.07.21 *P. aeruginosa* KPC (+) **CARBANP (+) EDTA (-)** -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo *pseudomonas aeruginosa*, *E. faecalis* sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda *P. mirabilis* y *S.aureus* a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: *Pseudomonas aeruginosa* KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: **RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR** Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocántérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE LES EN EL MOMENTO INACTIVO, CON COMPROMISO HEMATOLÓGICO, INMUNOLÓGICO Y SNC, USUARIA CRÓNICA DE ESTEROIDES, CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA HASTA FEBRERO 2021, TUVO OSTEOMIELITIS EN CADERAS CON AISLAMIENTO DE PROTEUS, ENTRE OTROS GÉRMEENES RESISTENTES. AHORA HOSPITALIZADA NUEVAMENTE EN CONTEXTO DE OSTEOMIELITIS BILATERAL YA LLEVADA A PROCEDIMIENTO POR ORTOPEDIA EN CADERA DERECHA EL 27.07.2021. TIENE REPORTE DE CULTIVO DE HUESO CON PSEUDOMONAS AERUGINOSA KPC, EDTA (-) SOLO SENSIBLE A LEVOFLOXACINA Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y S. AUREUS R ERITROMICINA. EN MANEJO CON INFECTOLOGÍA QUIENES ESTABLECEN PAUTA ANTIBIÓTICA CON CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA QUE DEBE COMPLETAR POR 6 SEMANAS. PACIENTE SIN NECESIDAD DE NUEVAS INTERVENCIONES POR PARTE DE ORTOPEDIA, DEBE SER VALORADA POR CIRUGÍA PLÁSTICA UNA VEZ SE RESUELVA PROCESO INFECCIOSO. TIENE EKG QUE EVIDENCIA ONDAS T INVERTIDAS EN V1-V5, INICIALMENTE ASOCIADO A HIPOKALEMIA, LA CUAL YA ESTA CORREGIDA. SE SOLICITÓ ECO TT SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES EN LA CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA NI GLOBAL, CON ADECUADA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y SIN DILATACIÓN DEL DERECHO. DEBIDO A EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN CADERA Y CAMBIOS INFLAMATORIOS EN RODILLAS, SE SOLICITÓ COMPLEMENTO Y ANTIDNA PARA DETECTAR POSIBLE ACTIVIDAD LÚPICA, SIN EMBARGO, NO HAY ALTERACIÓN. VALORADA POR REUMATOLOGÍA, NO CONSIDERAN SE TRATE DE ACTIVIDAD LÚPICA Y SE SOSPECHA MÁS UNA POSIBLE ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA, POR LO QUE SE SOLICITÓ RESONANCIA MAGNÉTICA SIN SIGNOS DE ARTRITIS SÉPTICA PERO CON FOCOS DE OSTEONECROSIS. ORTOPEDIA REVALORA CONSIDERA "EL MANEJO PARA LA OSTEONECROSIS ARTICULAR CONSISTIRÍA EN UN REEMPLAZO ARTICULAR EL CUAL, POR RAZONES EVIDENTES EN ESTA PACIENTE DADOS SUS PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS, INFECCIOSOS Y NEUROLÓGICOS, NO ES PERTINENTE REALIZAR EN ESTE MOMENTO. REUMATOLOGÍA CONSIDERA QUE POR EL MOMENTO DEBE CONTINUAR MANEJO CON PREDNISOLONA 10 MG DÍA, SIN LA AZATIOPRINA, SIN INMUNOGLOBULINA POR AHORA Y CONTROL EN 1 MES POSTERIOR A SU EGRESO POR REUMATOLOGÍA NIVEL IV CON PARACLÍNICOS DE CONTROL INCLUYENDO ANTIDNA Y COMPLEMENTO. ACTUALMENTE PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES, AFEBRIL, CON DOLOR DE CADERA MODULADO Y MEJORIA DE LA DORSALGIA PERO CONTINUA CON DOLOR EN RODILLA DERECHA LEVEMENTE

INFLAMADA, POR LO QUE SE AÑADE AINE. FUE VALORADA POR PSIQUIATRIA QUIENES SUSPENDEN CLOZAPINA Y DEJAN TRAZODONA PARA EL MANEJO DEL DINSOMNIO. REQUIERE CONTINUAR CON TRATAMIENTO ATB, ADEMÁS DE CURACIONES DE LA HERIDA POR TEO, Y TERAPIA FISICA POR SU ESTADO DE POSTRACION.

- A CARGO DE MEDICINA FAMILIAR - DIETA ORAL - TERAPIA FISICA Y OCUPACIONAL - CURACIONES HERIDA POR TEO - CEFTAZIDIMA/AVIBACTAN + MOXIFLOXACINO DIA 36/42 - INICIAR NAPROXENO 500MG CADA 12 HORAS POR 3 DIAS. - VALORACION POR PSIQUIATRIA PARA AJUSTE EN EL TTO. TRATAMIENTO: TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TAB 25 MG C/24H VIA ORAL TIZANIDINA 2MG TAB 2 MG C/24H VIA ORAL SERTRALINA 50 MG. TAB 25 MG C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H VIA ORAL OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA 10 MG C/12H VIA ORAL OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/24H VIA ORAL NAPROXENO 250 MG COMPRIMIDOS 500 MG C/12H VIA ORAL MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 MG C/24H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 G C/8H TOPICA CLONIDINA 150 MCG TAB 75 MCG C/24H VIA ORAL CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/8H INTRAVENOS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/8H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.09.2021

Hora Registro: 12:26:20

Responsable: NIÑO, JUAN PABLO

Especialidad: PSICOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta Sicología

Psicología. se responde interconsulta por solicitud de médico tratante. paciente de 21 años. soltera. vive con sus padres. sin antecedentes familiares de enfermedad mental. ha requerido valoración y seguimiento por psiquiatría. expresa malestar por su enfermedad y su condición de limitación física. tiene expectativas de poder recuperar la movilidad y vuelve a caminar pero también menciona que es algo que podría no suceder, lo que le genera angustia y tristeza. su mamá es la acompañante principal y expresa agotamiento relacionado al cuidado exclusivo de su hija, dice que no hay más personas que puedan ayudarle con ello. está en espera que pueda recibir cuidado en casa.

paciente en cama, alerta, lógica, coherente, orientada en tiempo y espacio, sin alteraciones sensorio-perceptivas, sin ideas de muerte al momento de la consulta, hipoquinética, eufórica, afecto fondo triste, juicio de realidad conservado, introspección y prospección parcial.

Paciente con diagnósticos anotados "1. Úlcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra". Paciente con respuesta afectiva de tipo depresiva de tipo adaptativa asociada a patología de base y limitación física. se observa signos de agotamiento en cuidador principal. se brinda contención y validación emocional orientado a proceso de afrontamiento. se realiza psicoeducación.

seguimiento.

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.09.2021

Hora Registro: 12:35:42

Responsable: CONDINES CHICUREL, MARIA XIMENA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR UCE BETANIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 años CC: 1107531724 COOMEVA EPS S.A. RC DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 32/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 33) Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. SUBJETIVO: PACIENTE AFEBRIL, TOLERANDO VIA ORAL, MICCIÓN Y DEPOSICIONES POSITIVAS. MANIFIESTA PRESENTAR SUDORACION TRAS ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, SIN OTRO SINTOMA ASOCIADO. REFIERE MEJORIA DEL DOLOR EN LA RODILLA DERECHA

EXAMEN FISICO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES, ALERTA Y ORIENTADA, SIN SOPORTE DE OXIGENO,

PARAPLEJIA EEII. ULCERA TROCANTERICA DERECHA CUBIERTA, SIN SANGRADO. ULCERA TROCANTERICA IZQUEIRDA CUBIERTA, SIN SANGRADO. SIGNOS VITALES: HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 04:00:18 35,70 101,00 19,00 88,00 49,00 62,00 95,00 00:16:28 36,00 84,00 19,00 81,00 59,00 66,33 96,00 20:08:35 35,20 101,00 18,00 111,00 62,00 78,33 98,00 16:00:02 35,00 83,00 19,00 97,00 67,00 77,00 96,00 11:00:00 36,40 92,00 21,00 100,00 66,00 77,33 95,00 CABEZA Y CUELLO OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CARDIO/PULMONAR CORAZÓN: Ruidos Cardiacos rítmicos, no ausculto soplos, PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas. RODILLA DERECHA CON LEVE ERITEMA, CON MINICO CALOR AL TACTO, SIN COMPROMISO DE AMAS. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ PARACLINICOS: - 01.09.2021: HB 11.1, LEUCOS 3790, N 1440, PLAQ 31600, PCR 1.41 BUN 9.8, CREA 0.35, NA 144.1, K 3.85, MG 2.1, P 4.8 -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 Microbiológicos: -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocántérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE LES EN EL MOMENTO INACTIVO, CON COMPROMISO HEMATOLÓGICO, INMUNOLÓGICO Y SNC, USUARIA CRÓNICA DE ESTEROIDES, CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA HASTA FEBRERO 2021, TUVO OSTEOMIELITIS EN CADERAS CON AISLAMIENTO DE PROTEUS, ENTRE OTROS GÉRMEENES RESISTENTES. AHORA HOSPITALIZADA NUEVAMENTE EN CONTEXTO DE OSTEOMIELITIS BILATERAL YA LLEVADA A PROCEDIMIENTO POR ORTOPEDIA EN CADERA DERECHA EL 27.07.2021. TIENE REPORTE DE CULTIVO DE HUESO CON PSEUDOMONAS AERUGINOSA KPC, EDTA (-) SOLO SENSIBLE A LEVOFLOXACINA Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y S. AUREUS R ERITROMICINA. EN MANEJO CON INFECTOLOGÍA QUIENES ESTABLECEN PAUTA ANTIBIÓTICA CON CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA QUE DEBE COMPLETAR POR 6 SEMANAS. PACIENTE SIN NECESIDAD DE NUEVAS INTERVENCIONES POR PARTE DE ORTOPEDIA, DEBE SER VALORADA POR CIRUGÍA PLÁSTICA UNA VEZ SE RESUELVA PROCESO INFECCIOSO. TIENE EKG QUE EVIDENCIA ONDAS T INVERTIDAS EN V1-V5, INICIALMENTE ASOCIADO A HIPOKALEMIA, LA CUAL YA ESTA CORREGIDA. SE SOLICITÓ ECO TT SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES EN LA CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA NI GLOBAL, CON ADECUADA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y SIN DILATACIÓN DEL DERECHO. DEBIDO A EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN CADERA Y CAMBIOS INFLAMATORIOS EN RODILLAS, SE SOLICITÓ COMPLEMENTO Y ANTIDNA PARA DETECTAR POSIBLE ACTIVIDAD LÚPICA, SIN EMBARGO, NO HAY ALTERACIÓN. VALORADA POR REUMATOLOGÍA, NO CONSIDERAN SE TRATE DE ACTIVIDAD LÚPICA Y SE SOSPECHA MÁS UNA POSIBLE ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA, POR LO QUE SE SOLICITÓ RESONANCIA MAGNÉTICA SIN SIGNOS DE ARTRITIS SÉPTICA PERO CON FOCOS DE OSTEONECROSIS. ORTOPEDIA REVALORA CONSIDERA "EL MANEJO PARA LA OSTEONECROSIS ARTICULAR CONSISTIRÍA EN UN REEMPLAZO ARTICULAR EL CUAL, POR RAZONES EVIDENTES EN ESTA PACIENTE DADOS SUS PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS, INFECCIOSOS Y NEUROLÓGICOS, NO ES PERTINENTE REALIZAR EN ESTE MOMENTO. REUMATOLOGÍA CONSIDERA QUE POR EL MOMENTO DEBE CONTINUAR MANEJO CON PREDNISOLONA 10 MG DÍA, SIN LA AZATIOPRINA, SIN INMUNOGLOBULINA POR AHORA Y CONTROL EN 1 MES POSTERIOR A SU EGRESO POR REUMATOLOGÍA NIVEL IV CON PARACLÍNICOS DE CONTROL INCLUYENDO ANTIDNA Y COMPLEMENTO. ACTUALMENTE PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES, AFEBRIL, CON DOLOR DE CADERA MODULADO Y MEJORA DE LA DORSALGIA PERO CONTINUA CON DOLOR EN RODILLA DERECHA LEVEMENTE INFLAMADA, POR LO QUE SE AÑADE AINE CON FRANCA MEJORA. FUE VALORADA POR PSIQUIATRÍA QUIENES SUSPENDEN CLOZAPINA Y DEJAN TRAZODONA PARA EL MANEJO DEL INOSMNIO. REQUIERE CONTINUAR CON TRATAMIENTO ATB, ADEMÁS DE CURACIONES DE LA HERIDA POR TEO, Y TERAPIA FÍSICA POR SU ESTADO DE POSTRACION.

- A CARGO DE MEDICINA FAMILIAR - DIETA ORAL - TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL - CURACIONES HERIDA POR TEO - CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA DÍA 37/42 - SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRÍA TRATAMIENTO: TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TAB 25 MG C/24H VIA ORAL TIZANIDINA 2MG TAB 2 MG C/24H VIA ORAL SERTRALINA 50 MG. TAB 25 MG C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H VIA ORAL OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA 10 MG C/12H VIA ORAL OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/24H VIA ORAL

NAPROXENO 250 MG COMPRIMIDOS 500 MG C/12H VIA ORAL MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 MG C/24H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 G C/8H TOPICA CLONIDINA 150 MCG TAB 75 MCG C/24H VIA ORAL CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/8H INTRAVENOS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/8H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.09.2021

Hora Registro: 13:09:12

Responsable: POTES CRUZ, LAURA ISABEL

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Psiquiatría - Seguimiento a interconsulta Luisa Fernanda Isaza 21 años Vive con padres En el momento cesante, antes trabajaba en un almacén Bachillerato completo Paciente hospitalizada con los siguientes diagnósticos registrados en su historia clínica: 1. Úlcera trocántica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Medicación actual: - Sertralina 25mg (inicio 2019, disminución 2-septiembre) Medicamentos suspendidos: Clozapina 25mg (suspendido 2-sep-2021), en el pasado recibió más de 100mg de dicho medicamentos en relación a manifestaciones neuropsiquiátricas de lupus Subjetivo: Durmió un poco mejor anoche, pero estuvo mirando la televisión de nuevo hasta tarde lo que reconoce pudo haber contribuido; sin embargo refiere que le gustaría tomar algo para dormir mejor. No alucinaciones, no aumento de ansiedad con disminución de sertralina.

La encontré sentada en cama, mirando la misa en televisión con su madre. En el momento sin fascies algica. Realiza contacto visual espontáneo, colabora con la entrevista. Actitud de interés. Alerta, orientado, sin fallas evidentes en la memoria, euproséxico, inteligencia impresiona promedio, calcula y abstrae. Euquinético, no observo movimientos anormales. Afecto modulado, eutímico, congruencia ideoafectiva Lenguaje: Volumen de voz sin alteraciones, comprende, nomina, repite. Pensamiento: Coherencia externa e interna. Producción ideoverbal conservada. Ideas de preocupación acerca de su recuperación física. Negó ideas de muerte, auto y de heteroagresión. No identifico delirios. Lógico. Sensopercepción: No refiere alucinaciones ni ilusiones. No observo conducta alucinatoria. Juicio y raciocinio: no comprometidos

Paciente quien no ha tenido aumento de síntomas ansiosos con la disminución de la sertralina, considero suspender mañana. Con insomnio al que considero contribuyen principalmente factores conductuales por lo que se ha reforzado información en cuanto a higiene del sueño; ajusto dosis de hipnótico. Ya tuvo primera valoración por Psicología.

Seguimiento por Psicología Aumentar trazodona a 50mg en la noche ** NUEVO*** Suspende sertralina ** NUEVO*** Medidas de higiene del sueño Seguimiento por Psiquiatría Riesgo de agitación: bajo Riesgo de evasión: bajo Riesgo de suicidio: bajo

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.09.2021

Hora Registro: 12:56:58

Responsable: CONDINES CHICUREL, MARIA XIMENA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR UCE BETANIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 años CC: 1107531724 COOMEVA EPS S.A. RC DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocántica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 32/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 33) Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. SUBJETIVO: PACIENTE AFEBRIL, TOLERANDO VIA ORAL, MICCIÓN Y DEPOSICIONES POSITIVAS. REFIERE MEJORA DEL DOLOR EN LA RODILLA DERECHA

EXAMEN FISICO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES, ALERTA Y ORIENTADA, SIN SOPORTE DE OXIGENO, PARAPLEJIA EEII. ÚLCERA TROCANTERICA DERECHA CUBIERTA, SIN SANGRADO. ÚLCERA TROCANTERICA IZQUIERDA CUBIERTA, SIN SANGRADO. SIGNOS VITALES: HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 04:40:19 35,90 101,00 20,00 86,00 40,00 55,33 92,00 00:21:53 36,60 92,00 20,00 100,00 61,00 74,00 94,00 20:50:20 36,30 101,00

20,00 106,00 48,00 67,33 95,00 16:00:00 36,40 105,00 19,00 143,00 115,00 124,33 97,00 CABELLA Y CUELLO OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CARDIO/PULMONAR CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas. RODILLA DERECHA CON LEVE ERITEMA, CON MINICO CALOR AL TACTO, SIN COMPROMISO DE AMAS. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ PARACLÍNICOS: - 01.09.2021: HB 11.1, LEUCOS 3790, N 1440, PLAQ 31600, PCR 1.41 BUN 9.8, CREA 0.35, NA 144.1, K 3.85, MG 2.1, P 4.8 -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143 PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Leucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 Microbiológicos: -17.08.2021: Se obtuvo crecimiento abundante de bacilos Gram negativos (*Escherichia coli* (RESISTENTE A CEFEPIME, CEFTAZIDIMA, CEFTRIAXONA, CIPROFLOXACINA) y *Proteus mirabilis* RESISTENTE A: AMPI-SULBACTAM, GENTAMICINA, IMIPENEM.) y *Staphylococcus aureus* RESISTENTE A GENTAMICINA, LEVOFLOXACINA, OXACILINA, PENICILINA, TETRACICLINA, TOBRAMICINA, a las 24 y 48 horas de incubación. -14.08.2021: HEMOCULTIVO: NEGATIVO HASTA LA FECHA. -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: *Candida Albicans* -30.07.21 *P. aeruginosa* KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo *Pseudomonas aeruginosa*, *E. faecalis* sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda *P. mirabilis* y *S. aureus* a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: *Pseudomonas aeruginosa* KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVI 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocántérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE LES EN EL MOMENTO INACTIVO, CON COMPROMISO HEMATOLÓGICO, INMUNOLÓGICO Y SNC, USUARIA CRÓNICA DE ESTEROIDES, CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA HASTA FEBRERO 2021, TUVO OSTEOMIELITIS EN CADERAS CON AISLAMIENTO DE *PROTEUS*, ENTRE OTROS GÉRMEENES RESISTENTES. AHORA HOSPITALIZADA NUEVAMENTE EN CONTEXTO DE OSTEOMIELITIS BILATERAL YA LLEVADA A PROCEDIMIENTO POR ORTOPEDIA EN CADERA DERECHA EL 27.07.2021. TIENE REPORTE DE CULTIVO DE HUESO CON *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* KPC, EDTA (-) SOLO SENSIBLE A LEVOFLOXACINA Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y *S. AUREUS* R ERITROMICINA. EN MANEJO CON INFECTOLOGÍA QUIENES ESTABLECEN PAUTA ANTIBIÓTICA CON CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA QUE DEBE COMPLETAR POR 6 SEMANAS. PACIENTE SIN NECESIDAD DE NUEVAS INTERVENCIONES POR PARTE DE ORTOPEDIA, DEBE SER VALORADA POR CIRUGÍA PLÁSTICA UNA VEZ SE RESUELVA PROCESO INFECCIOSO. TIENE EKG QUE EVIDENCIÓ ONDAS T INVERTIDAS EN V1-V5, INICIALMENTE ASOCIADO A HIPOKALEMIA, LA CUAL YA ESTÁ CORREGIDA. SE SOLICITÓ ECO TT SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES EN LA CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA NI GLOBAL, CON ADECUADA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y SIN DILATACIÓN DEL DERECHO. DEBIDO A EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN CADERA Y CAMBIOS INFLAMATORIOS EN RODILLAS, SE SOLICITÓ COMPLEMENTO Y ANTIDNA PARA DETECTAR POSIBLE ACTIVIDAD LÚPICA, SIN EMBARGO, NO HAY ALTERACIÓN. VALORADA POR REUMATOLOGÍA, NO CONSIDERAN SE TRATE DE ACTIVIDAD LÚPICA Y SE SOSPECHA MÁS UNA POSIBLE ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA, POR LO QUE SE SOLICITÓ RESONANCIA MAGNÉTICA SIN SIGNOS DE ARTRITIS SÉPTICA PERO CON FOCOS DE OSTEONECROSIS. ORTOPEDIA REVALORA CONSIDERA "EL MANEJO PARA LA OSTEONECROSIS ARTICULAR CONSISTIRÍA EN UN REEMPLAZO ARTICULAR EL CUAL, POR RAZONES EVIDENTES EN ESTA PACIENTE DADOS SUS PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS, INFECCIOSOS Y NEUROLÓGICOS, NO ES PERTINENTE REALIZAR EN ESTE MOMENTO. REUMATOLOGÍA CONSIDERA QUE POR EL MOMENTO DEBE CONTINUAR MANEJO CON PREDNISOLONA 10 MG DÍA, SIN LA AZATIOPRINA, SIN INMUNOGLOBULINA POR AHORA Y CONTROL EN 1 MES POSTERIOR A SU EGRESO POR REUMATOLOGÍA NIVEL IV CON PARACLÍNICOS DE CONTROL INCLUYENDO ANTIDNA Y COMPLEMENTO. ACTUALMENTE PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES, AFEBRIL, CON DOLOR DE CADERA MODULADO, CON DOLOR INFLAMACION EN RODILLA DERECHA EN MANEJO CON AINES Y TERAPIA DE FRÍO LOCAL CON MEJORÍA. FUE VALORADA POR PSIQUIATRÍA QUIENES SUSPENDEN CLOZAPINA Y DEJAN TRAZODONA PARA EL MANEJO DEL INOSMNIO. ADEMÁS SUSPENDEN SERTRALINA. AVANZA EN MANEJO ATB, MAÑANA TIENE CURACIÓN POR TEO Y ENVIAREMOS FOTOS DE LA HERIDA A CIRUGÍA PLÁSTICA. AL COMPLETAR ATB DAREMOS EGRESO.

- A CARGO DE MEDICINA FAMILIAR - DIETA ORAL - TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL - CURACIONES HERIDA POR TEO - CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA DÍA 38/42 - SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRÍA - NAPROXENO DÍA 3/4 - FRÍO LOCAL EN RODILLA DERECHA TRATAMIENTO: TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TAB 50 MG C/24H VIA ORAL TIZANIDINA 2MG TAB 2 MG C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H VIA ORAL OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA 10 MG C/12H VIA ORAL OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG

C/24H VIA ORAL NAPROXENO 250 MG COMPRIMIDOS 500 MG C/12H VIA ORAL MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 MG C/24H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 G C/8H TOPICA CLONIDINA 150 MCG TAB 75 MCG C/24H VIA ORAL CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/8H INTRAVENOS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/8H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.09.2021

Hora Registro: 14:16:30

Responsable: POTES CRUZ, LAURA ISABEL

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Psiquiatría - Seguimiento a interconsulta Luisa Fernanda Isaza 21 años Vive con padres En el momento cesante, antes trabajaba en un almacén Bachillerato completo Paciente hospitalizada con los siguientes diagnósticos registrados en su historia clínica: 1. Ulcera trocántica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Medicación actual: - Trazodona 50mg en la noche Medicamentos suspendidos: Clozapina 25mg (suspendido 2-sep-2021), en el pasado recibió más de 100mg de dicho medicamentos en relación a manifestaciones neuropsiquiátricas de lupus. Sertralina (sus 04-sep-2021) Subjetivo: Durmió mucho mejor anoche con sueño reparador, posterior a recibir la medicación instaurada. Tolera vía oral, con un poco de náuseas. Niega alucinaciones. Niega aumento de ansiedad.

Paciente acostada en cama. En el momento sin fascies algica. Realiza contacto visual espontáneo, colabora con la entrevista. Actitud de interés. Alerta, orientada, sin fallas evidentes en la memoria, euproséica, inteligencia impresiona promedio, calcula y abstrae. Euquinética, no observo movimientos anormales. Afecto modulado, eutímico, congruente. Lenguaje: Eulalica. Volumen de voz sin alteraciones, comprende, nomina, repite. Pensamiento: Coherencia externa e interna. Producción ideoverbal adecuado. No verbaliza ideas de preocupación. Negó ideas de muerte, auto y de heteroagresión. No identifico delirios. Lógico. Sensopercepción: No refiere alucinaciones ni ilusiones. No observo conducta alucinatoria. Juicio y raciocinio: no comprometidos. Instrospección: presente Prospección: positiva

Paciente con posible trastorno de ansiedad social de baja severidad, en seguimiento de psiquiatría en relación a retiro de antipsicóticos e ISRS, además por insomnio y síntomas adaptativos. Actualmente en manejo con trazodona como hipnótico con adecuada tolerancia y respuesta. Ya se suspendió sertralina sin síntomas de retirada. Dada evolución favorable, sugerimos continuar hipnótico a dosis instaurada. Seguimiento a solicitud de médico tratante. Estephania Ordoñez - Interna Universidad Icesi Dra. Laura Isabel Potes - Psiquiatra

Seguimiento por Psicología Continuar trazodona 50mg en la noche Medidas de higiene del sueño Seguimiento por Psiquiatría a solicitud de servicio tratante. Riesgo de agitación: bajo Riesgo de evasión: bajo Riesgo de suicidio: bajo

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 06.09.2021

Hora Registro: 15:25:52

Responsable: PEREA RODRIGUEZ, LEIDY DAHYANA

INDICACIONES A ENFERMERIA:

NUTRICION 1. DIETA BLANDA. REFRIGERIOS MAÑANA Y TARDE CON FRUTA + GELATINA. REFRIGERIO NOCHE: YOGURT O AVENA+HARINA. NO FRUTAS ASTRINGENTES. NO CARNES EN SALSAS. NO CAFE. NO GRANADILLA. VARIAS BEBIDA CALIENTE. EN DESAYUNO HUEVO (5 VECES/SEMANA) +RESTO IGUAL. NO MANGO. CAMBIAR VERDURA POR FRUTA. 2. VIA ORAL, PROWHEY 20 GRAMOS A LAS 9 HORAS

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.09.2021

Hora Registro: 19:41:40

Responsable: PAZ MUÑOZ, JUAN ESTEBAN

Especialidad: PSICOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta Psicología

PSICOLOGÍA CLÍNICA Atiendo a paciente por interconsulta de médico tratante. Paciente de 21 años, bachiller, soltera. Vive con ambos padres. Dos hermanos mayores viven con sus respectivas esposas. Encuentro a paciente en habitación, acompañada por su madre. Paciente con los siguientes diagnósticos anotados: 1. Ulcera trocántica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Refiere que acude a

hospitalización porque presentó dolor en articulación de la cadera, encontraron infección, y está en tratamiento antibiótico. Está a la expectativa de los resultados del proceso para determinar continuidad en la institución. Niega otros antecedentes personales o familiares de trastorno mental.

EXAMEN MENTAL Adecuado cuidado personal. Actitud colaboradora. Eulálica. Hipoquinética por condición de base. Afecto de fondo depresivo, adecuadamente modulado. Sin presencia de delirios o ideas de suicidio/muerte, ni ideas de auto/heteroagresión durante la entrevista. Pensamiento lógico, dirigido a un objetivo. Sin alteraciones en la percepción al momento de la entrevista. Alerta, orientada, euproséica. Memoria e inteligencia conservadas. Introspección adecuada, prospección en construcción. Juicio de realidad adecuado.

Paciente con los siguientes diagnósticos anotados: 1. Úlcera trocántica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Se propone espacio de exploración afectiva, identificando que a pesar de la tendencia a la eutimia, presenta preocupación por los resultados del proceso antibiótico, ya que espera salir de hospitalización para regresar a su casa y evitar generar trabajos extra a su madre. Se favorece reflexión sobre expectativas sobre diagnóstico y pronóstico, y se concreta la posibilidad de mantener seguimiento durante hospitalización. Se brinda espacio de validación afectiva, y se provee psicoeducación sobre manejo integral en salud mental. La valoración se realizó siguiendo los protocolos institucionales de bioprotección para disminuir los riesgos de infección teniendo en cuenta la pandemia por SARS-CoV-2, previo y posterior lavado de manos. Durante la evaluación no se realiza contacto físico con el paciente.

Continuar proceso psicológico durante su estancia en hospitalización.

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.09.2021

Hora Registro: 12:01:36

Responsable: CONDINES CHICUREL, MARIA XIMENA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR UCE BETANIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 años CC: 1107531724 COOMEVA EPS S.A.

RC DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocántica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 32/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 33) Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de *Proteus*, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con *Pseudomonas aeruginosa* KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y *S. Aureus* R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completarse por 6 semanas. **SUBJETIVO:** PACIENTE AFEBRIL, TOLERANDO VIA ORAL, MICCIÓN Y DEPOSICIONES POSITIVAS. REFIERE MEJORA DEL DOLOR EN LA RODILLA DERECHA. REFEIRE SÍNTOMAS DISPEPTICOS Y REFLUJO.

EXAMEN FÍSICO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES, ALERTA Y ORIENTADA, SIN SOPORTE DE OXÍGENO, PARAPLEJIA EEII. ÚLCERA TROCANTERICA DERECHA CUBIERTA, SIN SANGRADO. ÚLCERA TROCANTERICA IZQUIERDA CUBIERTA, SIN SANGRADO. **SIGNOS VITALES:** HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 04:00:00 35,50 74,00 20,00 91,00 61,00 71,00 94,00 00:02:00 35,70 69,00 20,00 104,00 62,00 76,00 95,00 20:00:00 35,90 65,00 20,00 116,00 80,00 92,00 97,00 16:48:12 36,20 58,00 20,00 111,00 69,00 83,00 98,00 12:09:51 36,00 74,00 20,00 97,00 63,00 74,33 96,00 04:00:09 36,00 91,00 20,00 98,00 69,00 78,67 95,00 **CABEZA Y CUELLO** OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. **CUELLO:** No masas, no megalias. **CARDIO/PULMONAR** CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, **PULMONAR:** ruidos respiratorios normales, sin agregados. **ABDOMEN:** distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. **EXTREMIDADES:** limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocánticas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas. **RODILLA DERECHA** CON LEVE ERITEMA, CON MINICO CALOR AL TACTO, SIN COMPROMISO DE AMAS. **HEMATOLÓGICOS:** Sin evidencia de sangrado activo **INFECCIOSO:** Afebril **SNC:** Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ **PARACLÍNICOS:** - 01.09.2021: HB 11.1, LEUCOS 3790, N 1440, PLAQ 31600, PCR 1.41 BUN 9.8, CREA 0.35, NA 144.1, K 3.85, MG 2.1, P 4.8 -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175,

GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 Microbiológicos: -17.08.2021: Se obtuvo crecimiento abundante de bacilos Gram negativos (Escherichia coli (RESISTENTE A CEFEPIME, CEFTAZIDIMA, CEFTRIAXONA, CIPROFLOXACINA) y Proteus mirabilis RESISTENTE A: AMPI-SULBACTAM, GENTAMICINA, IMIPENEM.) y Staphylococcus aureus RESISTENTE A GENTAMICINA, LEVOFLOXACINA, OXACILINA, PENICILINA, TETRACICLINA, TOBRAMICINA, a las 24 y 48 horas de incubación. -14.08.2021: HEMOCULTIVO: NEGATIVO HASTA LA FECHA. -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocantérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE LES EN EL MOMENTO INACTIVO, CON COMPROMISO HEMATOLÓGICO, INMUNOLÓGICO Y SNC, USUARIA CRÓNICA DE ESTEROIDES, CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA HASTA FEBRERO 2021, TUVO OSTEOMIELITIS EN CADERAS CON AISLAMIENTO DE PROTEUS, ENTRE OTROS GÉRMEENES RESISTENTES. AHORA HOSPITALIZADA NUEVAMENTE EN CONTEXTO DE OSTEOMIELITIS BILATERAL YA LLEVADA A PROCEDIMIENTO POR ORTOPEDIA EN CADERA DERECHA EL 27.07.2021. TIENE REPORTE DE CULTIVO DE HUESO CON PSEUDOMONAS AERUGINOSA KPC, EDTA (-) SOLO SENSIBLE A LEVOFLOXACINA Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y S. AUREUS R ERITROMICINA. EN MANEJO CON INFECTOLOGÍA QUIENES ESTABLECEN PAUTA ANTIBIÓTICA CON CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA QUE DEBE COMPLETAR POR 6 SEMANAS. PACIENTE SIN NECESIDAD DE NUEVAS INTERVENCIONES POR PARTE DE ORTOPEDIA, DEBE SER VALORADA POR CIRUGÍA PLÁSTICA UNA VEZ SE RESUELVA PROCESO INFECCIOSO. TIENE EKG QUE EVIDENCIÓ ONDAS T INVERTIDAS EN V1-V5, INICIALMENTE ASOCIADO A HIPOKALEMIA, LA CUAL YA ESTÁ CORREGIDA. SE SOLICITÓ ECO TT SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES EN LA CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA NI GLOBAL, CON ADECUADA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y SIN DILATACIÓN DEL DERECHO. DEBIDO A EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN CADERA Y CAMBIOS INFLAMATORIOS EN RODILLAS, SE SOLICITÓ COMPLEMENTO Y ANTIDNA PARA DETECTAR POSIBLE ACTIVIDAD LÚPICA, SIN EMBARGO, NO HAY ALTERACIÓN. VALORADA POR REUMATOLOGÍA, NO CONSIDERAN SE TRATE DE ACTIVIDAD LÚPICA Y SE SOSPECHA MÁS UNA POSIBLE ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA, POR LO QUE SE SOLICITÓ RESONANCIA MAGNÉTICA SIN SIGNOS DE ARTRITIS SÉPTICA PERO CON FOCOS DE OSTEONECROSIS. ORTOPEDIA REVALORA CONSIDERA "EL MANEJO PARA LA OSTEONECROSIS ARTICULAR CONSISTIRÍA EN UN REEMPLAZO ARTICULAR EL CUAL, POR RAZONES EVIDENTES EN ESTA PACIENTE DADOS SUS PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS, INFECCIOSOS Y NEUROLÓGICOS, NO ES PERTINENTE REALIZAR EN ESTE MOMENTO. REUMATOLOGÍA CONSIDERA QUE POR EL MOMENTO DEBE CONTINUAR MANEJO CON PREDNISOLONA 10 MG DÍA, SIN LA AZATIOPRINA, SIN INMUNOGLOBULINA POR AHORA Y CONTROL EN 1 MES POSTERIOR A SU EGRESO POR REUMATOLOGÍA NIVEL IV CON PARACLÍNICOS DE CONTROL INCLUYENDO ANTIDNA Y COMPLEMENTO. EN EL MOMENTO PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES, AFEBRIL, CON DOLOR MODERADO, PERO CON DISPEPSIA Y SÍNTOMAS DE REFLUJO ESOFÁGICO POR LO QUE SE SUSPENDE AINES Y SE INICIA PROTECCIÓN GÁSTRICA. AVANZA EN MANEJO ATB, TIENE HOY CURACIÓN POR TEO Y ENVIAREMOS FOTOS DE LA HERIDA A CIRUGÍA PLÁSTICA.

- A CARGO DE MEDICINA FAMILIAR - DIETA ORAL - TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL - CURACIONES HERIDA POR TEO - CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA DÍA 39/42 - SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRÍA - **SUSPENDER NAPROXENO - FRÍO LOCAL EN RODILLA DERECHA - INICIO DE SUCRALFATO VÍA ORAL, INICIO DE OMEPRAZOL EV - SOLICITAR PARACLÍNICOS CONTROL EL JUEVES TRATAMIENTO: TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TAB 50 MG C/24H VÍA ORAL TIZANIDINA 2MG TAB 2 MG C/24H VÍA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H VÍA ORAL OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA 10 MG C/12H VÍA ORAL OMEPRAZOL 40 MG VI 40 MG DOUNICA INTRAVENOS OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/24H VÍA ORAL MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 MG C/24H VÍA ORAL METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP. 10 MG DOUNICA INTRAVENOS ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTÁNEA CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 G C/8H TOPICA CLONIDINA 150 MCG TAB 75 MCG C/24H VÍA ORAL CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/8H INTRAVENOS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/8H VÍA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.09.2021

Hora Registro: 10:19:10

Responsable: CONDINES CHICUREL, MARIA XIMENA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR UCE BETANIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 años CC: 1107531724 COOMEVA EPS S.A.

RC DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado +

desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 32/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 33) Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de *Proteus*, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con *Pseudomonas aeruginosa* KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y *S. Aureus* R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. SUBJETIVO: REFIERE MEJORIA DE LA EPIGASTRALGIA PERO AHORA CON NAUSEAS, NO VOMITOS.

EXAMEN FISICO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES, ALERTA Y ORIENTADA, SIN SOPORTE DE OXIGENO, PARAPLEJIA EEII. ULCERA TROCANTERICA DERECHA CUBIERTA, SIN SANGRADO. ULCERA TROCANTERICA IZQUIERDA CUBIERTA, SIN SANGRADO. SIGNOS VITALES: HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 04:00:00 35,50 74,00 20,00 91,00 61,00 71,00 94,00 00:02:00 35,70 69,00 20,00 104,00 62,00 76,00 95,00 20:00:00 35,90 65,00 20,00 116,00 80,00 92,00 97,00 16:48:12 36,20 58,00 20,00 111,00 69,00 83,00 98,00 12:09:51 36,00 74,00 20,00 97,00 63,00 74,33 96,00 04:00:09 36,00 91,00 20,00 98,00 69,00 78,67 95,00 CABEZA Y CUELLO OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CARDIO/PULMONAR CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocantéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas. RODILLA DERECHA CON LEVE ERITEMA, CON MINICO CALOR AL TACTO, SIN COMPROMISO DE AMAS. HEMATOLOGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ PARACLINCOS: - 01.09.2021: HB 11.1, LEUCOS 3790, N 1440, PLAQ 31600, PCR 1.41 BUN 9.8, CREA 0.35, NA 144.1, K 3.85, MG 2.1, P 4.8 -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 Microbiológicos: -17.08.2021: Se obtuvo crecimiento abundante de bacilos Gram negativos (*Escherichia coli* (RESISTENTE A CEFEPIME, CEFTAZIDIMA, CEFTRIAXONA, CIPROFLOXACINA) y *Proteus mirabilis* RESISTENTE A: AMPI-SULBACTAM, GENTAMICINA, IMIPENEM.) y *Staphylococcus aureus* RESISTENTE A GENTAMICINA, LEVOFLOXACINA, OXACILINA, PENICILINA, TETRACICLINA, TOBRAMICINA, a las 24 y 48 horas de incubación. -14.08.2021: HEMOCULTIVO: NEGATIVO HASTA LA FECHA. -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: *Candida Albicans* -30.07.21 *P. aeruginosa* KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo *pseudomonas aeruginosa*, *E. faecalis* sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda *P. mirabilis* y *S.aureus* a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: *Pseudomonas aeruginosa* KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVI 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocantérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE LES EN EL MOMENTO INACTIVO, CON COMPROMISO HEMATOLOGICO, INMUNOLOGICO Y SNC, USUARIA CRÓNICA DE ESTEROIDES, CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA HASTA FEBRERO 2021, TUVO OSTEOMIELITIS EN CADERAS CON AISLAMIENTO DE *PROTEUS*, ENTRE OTROS GÉRmenes RESISTENTES. AHORA HOSPITALIZADA NUEVAMENTE EN CONTEXTO DE OSTEOMIELITIS BILATERAL YA LLEVADA A PROCEDIMIENTO POR ORTOPEDIA EN CADERA DERECHA EL 27.07.2021. TIENE REPORTE DE CULTIVO DE HUESO CON *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* KPC, EDTA (-) SOLO SENSIBLE A LEVOFLOXACINA Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y *S. AUREUS* R ERITROMICINA. EN MANEJO CON INFECTOLOGÍA QUIENES ESTABLECEN PAUTA ANTIBIÓTICA CON CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA QUE DEBE COMPLETAR POR 6 SEMANAS. PACIENTE SIN NECESIDAD DE NUEVAS INTERVENCIONES POR PARTE DE ORTOPEDIA, DEBE SER VALORADA POR CIRUGÍA PLÁSTICA UNA VEZ SE RESUELVA PROCESO INFECCIOSO. TIENE EKG QUE EVIDENCIÓ ONDAS T INVERTIDAS EN V1-V5, INICIALMENTE ASOCIADO A HIPOKALEMIA, LA CUAL YA ESTA CORREGIDA. SE SOLICITÓ ECO TT SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES EN LA CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA NI GLOBAL, CON ADECUADA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y SIN DILATACIÓN DEL DERECHO. DEBIDO A EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN CADERA Y CAMBIOS INFLAMATORIOS EN RODILLAS, SE SOLICITÓ COMPLEMENTO Y ANTIDNA PARA DETECTAR POSIBLE ACTIVIDAD LÚPICA, SIN EMBARGO, NO HAY ALTERACIÓN. VALORADA POR

REUMATOLOGÍA, NO CONSIDERAN SE TRATE DE ACTIVIDAD LÚPICA Y SE SOSPECHA MÁS UNA POSIBLE ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA, POR LO QUE SE SOLICITÓ RESONANCIA MAGNÉTICA SIN SIGNOS DE ARTRITIS SÉPTICA PERO CON FOCOS DE OSTEONECROSIS. ORTOPEDIA REVALORA CONSIDERA "EL MANEJO PARA LA OSTEONECROSIS ARTICULAR CONSISTIRÍA EN UN REEMPLAZO ARTICULAR EL CUAL, POR RAZONES EVIDENTES EN ESTA PACIENTE DADOS SUS PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS, INFECCIOSOS Y NEUROLÓGICOS, NO ES PERTINENTE REALIZAR EN ESTE MOMENTO. REUMATOLOGÍA CONSIDERA QUE POR EL MOMENTO DEBE CONTINUAR MANEJO CON PREDNISOLONA 10 MG DÍA, SIN LA AZATIOPRINA, SIN INMUNOGLOBULINA POR AHORA Y CONTROL EN 1 MES POSTERIOR A SU EGRESO POR REUMATOLOGÍA NIVEL IV CON PARACLÍNICOS DE CONTROL INCLUYENDO ANTIDNA Y COMPLEMENTO. EN EL MOMENTO PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES, AFEBRIL, CON DOLOR MODULADO, PERO DISPEPSIA Y NAUSEAS, POR LO QUE SE AJUSTA MANEJO ANTIEMETICO. AVANZA EN MANEJO ATB, AYER SE REALIZÓ CURACIÓN POR TEO, SE ENVIARON FOTOS DE LA HERIDA A CIRUGIA PLASTICA Y ESTAMOS PENDIENTES DE CONCEPTO. SE SOLICITAN PARACLÍNICOS SEGUIMIENTO.

- A CARGO DE MEDICINA FAMILIAR - DIETA ORAL - TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL - CURACIONES HERIDA POR TEO - CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINO DÍA 40/42 - SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRIA - FRIJO LOCAL EN RODILLA DERECHA - INICIO PLASIL - SS PARACLÍNICOS TRATAMIENTO: TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TAB 50 MG C/24H VIA ORAL TIZANIDINA 2MG TAB 2 MG C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H VIA ORAL OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA 10 MG C/12H VIA ORAL OMEPRAZOL 40 MG VI 40 MG DOUNICA INTRAVENOS OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/24H VIA ORAL MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 MG C/24H VIA ORAL METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP. 10 MG DOUNICA INTRAVENOS ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 G C/8H TOPICA CLONIDINA 150 MCG TAB 75 MCG C/24H VIA ORAL CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/8H INTRAVENOS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/8H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.09.2021

Hora Registro: 16:29:51

Responsable: PAZ MUÑOZ, JUAN ESTEBAN

Especialidad: PSICOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta Sicología

PSICOLOGÍA CLÍNICA Atiendo a paciente en seguimiento a interconsulta de médico tratante. Paciente de 21 años, bachiller, soltera. Vive con ambos padres. Dos hermanos mayores viven con sus respectivas esposas. Encuentro a paciente en habitación, acompañada por su madre. Paciente con los siguientes diagnósticos anotados: 1. Úlcera trocántica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Refiere que desde ayer ha tenido dolor por presunta gastritis, lo que ha afectado su disposición para comer. Sin embargo, persiste buen estado de ánimo y expectativa por la evaluación del viernes para determinar su posible salida de hospitalización. Antecedentes: Manifiesta que acude a hospitalización porque presentó dolor en articulación de la cadera, encontraron infección, y está en tratamiento antibiótico. Está a la expectativa de los resultados del proceso para determinar continuidad en la institución. Niega otros antecedentes personales o familiares de trastorno mental.

EXAMEN MENTAL Adecuado cuidado personal. Actitud colaboradora. Eulálica. Hipoquinética por condición de base. Afecto de fondo depresivo, adecuadamente modulado. Sin presencia de delirios o ideas de suicidio/muerte, ni ideas de auto/heteroagresión durante la entrevista. Pensamiento lógico, dirigido a un objetivo. Sin alteraciones en la percepción al momento de la entrevista. Alerta, orientada, euproséica. Memoria e inteligencia conservadas. Introspección adecuada, prospección en construcción. Juicio de realidad adecuado.

Paciente con los siguientes diagnósticos anotados: 1. Úlcera trocántica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Se propone espacio de exploración afectiva, identificando que, a pesar del buen estado de ánimo, persiste preocupación por el riesgo de que se alargue su estancia en hospitalización, a pesar de que conoce ya los procesos y procedimientos que se deben llevar a cabo, y cuenta con adecuadas estrategias de afrontamiento. Se brinda entonces espacio de validación afectiva, y se retoma psicoeducación sobre manejo integral en salud mental. La valoración se realizó siguiendo los protocolos institucionales de bioprotección para disminuir los riesgos de infección teniendo en cuenta la pandemia por SARS-CoV-2, previo y posterior lavado de manos. Durante la evaluación no se realiza contacto físico con el paciente.

Continuar proceso psicológico durante su estancia en hospitalización.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 09.09.2021

Hora Registro: 11:34:41

Responsable: PEREA RODRIGUEZ, LEIDY DAHYANA

INDICACIONES A ENFERMERIA:

NUTRICION 1. DIETA BLANDA. REFRIGERIOS MAÑANA Y TARDE CON FRUTA + GELATINA. REFRIGERIO NOCHE: YOGURT O AVENA+HARINA. NO FRUTAS ASTRINGENTES. NO ACIDOS, NO CAFE. 2. VIA ORAL, PROWHEY 20 GRAMOS A LAS 9 HORAS

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.09.2021

Hora Registro: 12:35:46

Responsable: CONDINES CHICUREL, MARIA XIMENA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR UCE BETANIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 años CC: 1107531724 COOMEVA EPS S.A. RC DIAGNÓSTICOS: 1. Ulcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 32/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 33) Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. SUBJETIVO: REFIERE MEJORIA DE LA EPIGASTRALGIA PERO AHORA CON NAUSEAS, NO VOMITOS. SIN EPISODIOS DE DIARREA.

EXAMEN FISICO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES, ALERTA Y ORIENTADA, SIN SOPORTE DE OXIGENO, PARAPLEJIA EEII. ULCERA TROCANTERICA DERECHA CUBIERTA, SIN SANGRADO. ULCERA TROCANTERICA IZQUIERDA CUBIERTA, SIN SANGRADO. SIGNOS VITALES: HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 04:00:00 36,00 71,00 18,00 87,00 56,00 66,33 94,00 00:06:07 35,60 71,00 19,00 110,00 68,00 82,00 97,00 20:00:00 36,30 99,00 20,00 96,00 71,00 79,33 96,00 16:02:30 36,20 84,00 19,00 104,00 63,00 76,67 98,00 12:00:06 36,10 77,00 18,00 103,00 75,00 84,33 94,00 CABEZA Y CUELLO OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras anictéricas. CUELLO: No masas, no megalias. CARDIO/PULMONAR CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocantéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas. RODILLA DERECHA CON LEVE ERITEMA, CON MINIMO CALOR AL TACTO, SIN COMPROMISO DE AMAS. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ PARACLINCOS: -09.09.2021: LEUCOCITOS: 3000, NEUTROFILOS: 1080, LINFOCITOS: 1460, HB: 10.5, HTO: 34.9, PLAQUETAS:244000, BUN: 5.6, CR: 0.35, NA:143.4, K: 3.65, CL: 107.3, PCR: 1.22 - 01.09.2021: HB 11.1, LEUCOS 3790, N 1440, PLAQ 31600, PCR 1.41 BUN 9.8, CREA 0.35, NA 144.1, K 3.85, MG 2.1, P 4.8 -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 Microbiológicos: -17.08.2021: Se obtuvo crecimiento abundante de bacilos Gram negativos (Escherichia coli (RESISTENTE A CEFEPIME, CEFTAZIDIMA, CEFTRIAXONA, CIPROFLOXACINA) y Proteus mirabilis RESISTENTE A: AMPI-SULBACTAM, GENTAMICINA, IMIPENEM.) y Staphylococcus aureus RESISTENTE A GENTAMICINA, LEVOFLOXACINA, OXACILINA, PENICILINA, TETRACICLINA, TOBRAMICINA, a las 24 y 48 horas de incubación. -14.08.2021: HEMOCULTIVO: NEGATIVO HASTA LA FECHA. -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocantérica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con

tejido de granulación y rodeando la región peritrocantérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE LES EN EL MOMENTO INACTIVO, CON COMPROMISO HEMATOLÓGICO, INMUNOLÓGICO Y SNC, USUARIA CRÓNICA DE ESTEROIDES, CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA HASTA FEBRERO 2021, TUVO OSTEOMIELITIS EN CADERAS CON AISLAMIENTO DE PROTEUS, ENTRE OTROS GÉRMEENES RESISTENTES. AHORA HOSPITALIZADA NUEVAMENTE EN CONTEXTO DE OSTEOMIELITIS BILATERAL YA LLEVADA A PROCEDIMIENTO POR ORTOPEDIA EN CADERA DERECHA EL 27.07.2021. TIENE REPORTE DE CULTIVO DE HUESO CON PSEUDOMONAS AERUGINOSA KPC, EDTA (-) SOLO SENSIBLE A LEVOFLOXACINA Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y S. AUREUS R ERITROMICINA. EN MANEJO CON INFECTOLOGÍA QUIENES ESTABLECEN PAUTA ANTIBIÓTICA CON CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA QUE DEBE COMPLETAR POR 6 SEMANAS. PACIENTE SIN NECESIDAD DE NUEVAS INTERVENCIONES POR PARTE DE ORTOPEDIA, DEBE SER VALORADA POR CIRUGÍA PLÁSTICA UNA VEZ SE RESUELVA PROCESO INFECCIOSO. TIENE EKG QUE EVIDENCIÓ ONDAS T INVERTIDAS EN V1-V5, INICIALMENTE ASOCIADO A HIPOKALEMIA, LA CUAL YA ESTÁ CORREGIDA. SE SOLICITÓ ECO TT SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES EN LA CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA NI GLOBAL, CON ADECUADA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y SIN DILATACIÓN DEL DERECHO. DEBIDO A EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN CADERA Y CAMBIOS INFLAMATORIOS EN RODILLAS, SE SOLICITÓ COMPLEMENTO Y ANTIDNA PARA DETECTAR POSIBLE ACTIVIDAD LÚPICA, SIN EMBARGO, NO HAY ALTERACIÓN. VALORADA POR REUMATOLOGÍA, NO CONSIDERAN SE TRATE DE ACTIVIDAD LÚPICA Y SE SOSPECHA MÁS UNA POSIBLE ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA, POR LO QUE SE SOLICITÓ RESONANCIA MAGNÉTICA SIN SIGNOS DE ARTRITIS SÉPTICA PERO CON FOCOS DE OSTEONECROSIS. ORTOPEDIA REVALORA CONSIDERA "EL MANEJO PARA LA OSTEONECROSIS ARTICULAR CONSISTIRÍA EN UN REEMPLAZO ARTICULAR EL CUAL, POR RAZONES EVIDENTES EN ESTA PACIENTE DADOS SUS PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS, INFECCIOSOS Y NEUROLÓGICOS, NO ES PERTINENTE REALIZAR EN ESTE MOMENTO. REUMATOLOGÍA CONSIDERA QUE POR EL MOMENTO DEBE CONTINUAR MANEJO CON PREDNISOLONA 10 MG DÍA, SIN LA AZATIOPRINA, SIN INMUNOGLOBULINA POR AHORA Y CONTROL EN 1 MES POSTERIOR A SU EGRESO POR REUMATOLOGÍA NIVEL IV CON PARACLÍNICOS DE CONTROL INCLUYENDO ANTIDNA Y COMPLEMENTO. EN EL MOMENTO PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES, AFEBRIL, CON DOLOR MODULADO, PERO DISPEPSIA Y NAUSEAS, POR LO QUE SE AJUSTA MANEJO FARMACOLÓGICO ANTIEMÉTICO Y SE SOLICITA VALORACIÓN POR NUTRICIÓN PARA DAR DIETA DE PROTECCIÓN GÁSTRICA. AVANZA EN MANEJO ATB, CON PARACLÍNICOS DE CONTROL CON MODULACIÓN DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA. FUE VALORADA POR CIRUGÍA PLÁSTICA QUIEN INDICA NO REQUIERE MÁS PROCEDIMIENTOS,. AL EGRESO SE DARÁ CITA CON ORTOPEDIA.

- A CARGO DE MEDICINA FAMILIAR - DIETA ORAL - TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL - CURACIONES HERIDA POR TEO - CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA DÍA 41/42 - SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRÍA - FRÍO LOCAL EN RODILLA DERECHA - VALORACIÓN POR NUTRICIÓN PARA DETERMINAR DIETA DE PROTECCIÓN GÁSTRICA - INICIAR ONDANSERTRON. - A SU EGRESO DAR CITA CON: ORTOPEDIA, CIRUGÍA PLÁSTICA Y ORDEN PARA EVDA. TRATAMIENTO: TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TAB 50 MG C/24H VÍA ORAL TIZANIDINA 2MG TAB 2 MG C/24H VÍA ORAL SUCRALFATO 20G/100ML SUSPENSIÓN FCO 240ML 1000 MG C/8H VÍA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H VÍA ORAL OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA 10MG C/12H VÍA ORAL ONDANSERTRON 8 MG/4ML AMP 4ML 8 MG C/8H INTRAVENOS OMEPRAZOL 40 MG VI 40 MG DOUNICA INTRAVENOS MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 MG C/24H VÍA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTÁNEA CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 G C/8H TOPICA CLONIDINA 150 MCG TAB 75 MCG C/24H VÍA ORAL CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/8H INTRAVENOS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/8H VÍA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.09.2021

Hora Registro: 20:10:50

Responsable: GALLEGU VILLANUEVA, JAIRO ALONSO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA GENERAL SE ATIENDE LLAMADO DE ENFERMERÍA PACIENTE CON MÚLTIPLES EPISODIOS DE EMESIS SE VALORA PACIENTE EN CAMA EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, PACIENTE REFIERE EPISODIO DE EMESIS EN ABUNDANTE CANTIDAD NO FÉTIDO PERO PACIENTE REFIERE SI AMARGO, REFIERE QUE HACE 3 DÍAS ESTÁ PRESENTANDO DISMINUCIÓN SIGNIFICATIVA DE APETITO ADEMÁS SENSACIÓN DE MALESTAR ESTOMACAL, NO HABÍA PRESENTADO EMESIS, REFIERE HABITO INTESTINAL NORMAL SIGNOS VITALES T 37°C FC 80 FR 20 TA 110/70 SAT 98% CABEZA Y CUELLO MUCOSAS HUMEDAS CONJUNTIVAS ROSADAS CUELLO MOVIL CARDIO/PULMONAR RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS NO AUSCULTO SOPLOS MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAgregados ABDOMEN ABUNDANTE TEJIDO ADIPOSITO, LEVE DISTENDIDO, NO DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN DE EPIGASTRIO SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL EXT LIMITACIÓN FUNCIONAL EN CADERA DERECHA, CON AMAS SEVERAMENTE COMPROMETIDOS. ESCARAS TROCANTÉRICAS BILATERALES EN MEJORÍA. SE EVIDENCIA EDEMA EN RODILLAS. RODILLA DERECHA CON LEVE ERITEMA, CON MÍNIMO CALOR AL TACTO, SIN COMPROMISO DE AMAS. HEMATOLÓGICOS: SIN EVIDENCIA DE SANGRADO ACTIVO EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE SIN DOLOR ABDOMINAL AGUDO, CON EPIGASTRALGIA LO QUE HACE SOPECHAR CUADRO DE POSIBLE GASTRITIS SE DEJA GASTROPROTECTOR ENDOVENOSO ADEMÁS SE DEJA DOSIS DE ANTI EMÉTICO PARA CONTROL DE SÍNTOMAS Y PROQUINETICO PARA MEJORAR SÍNTOMAS ABDOMINALES ESTAREMOS ATENTOS A SU EVOLUCIÓN CLÍNICA

*
*
*

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.09.2021

Hora Registro: 10:32:14

Responsable: MOSQUERA SALAS, LAURA MARCELA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA GENERAL SE ATIENDE LLAMADO DE ENFERMERIA PACIENTE SIN RESPUESTA SE VALORA PACIENTE EN CAMA EN COMPAÑIA DE SU ESPOSO NELSON PACIENTE SIN RESPUESTA A ESTIMULOS, SIN ESFUERZO RESPIRATORIO SIN RESPUESTA AL DOLOR, PUPILAS NO REACTIVAS. SE CONECTA MONITOR SIN RESPUESTA DE SIGNOS VITALES A LA AUSCULTACION SILENCIO UNIVERSAL SE DECLARA PACIENTE FALLECIDA EL DIA 10/09/2021 A LAS 09:48 AM SE INFORMA A FAMILIARES SE LLENA CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN # 727872987

-
-
-

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.09.2021

Hora Registro: 10:33:59

Responsable: MOSQUERA SALAS, LAURA MARCELA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA DE CORRECCIÓN LA ANTERIOR NOTA NO CORRESPONDE A ESTA PACIENTE!!

-
-
-

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.09.2021

Hora Registro: 11:57:54

Responsable: CONDINES CHICUREL, MARIA XIMENA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR UCE BETANIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 años CC: 1107531724 COOMEVA EPS S.A.

RC DIAGNÓSTICOS: 1. Ulcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomia con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra 5. Otitis Externa Izquierda Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 32/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 33) Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. SUBJETIVO: REFIERE MEJORIA DE LA EPIGASTRALGIA PERO AHORA CON NAUSEAS, REFIERE UN EPISODIO EMÉTICO DE CARACTERÍSTICAS BILIOSAS, ADEMÁS REFIERE DOLOR EN OÍDO IZQUIERDO, DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES.

EXAMEN FISICO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES, ALERTA Y ORIENTADA, SIN SOPORTE DE OXIGENO, PARAPLEJIA EEII. ULCERA TROCANTERICA DERECHA CUBIERTA, SIN SANGRADO. ULCERA TROCANTERICA IZQUIERDA CUBIERTA, SIN SANGRADO. SIGNOS VITALES: HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 05:49:47 36,00

73,00 18,00 114,00 69,00 84,00 97,00 00:48:56 36,10 61,00 18,00 102,00 60,00 74,00 93,00 20:51:22 36,00 76,00 18,00 100,00 65,00 76,67 96,00 16:00:34 35,40 68,00 18,00 102,00 70,00 80,67 98,00 CABELLA Y CUELLO OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, escleras Anictéricas, dolor a la movilización de oído izquierdo, a la otoscopia se encuentra eritema y signo del trago positivo. CUELLO: No masas, no megalias. CARDIO/PULMONAR CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, no ausculto soplos, PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: distendido, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocántéricas bilaterales en mejoría. Se evidencia edema en rodillas. RODILLA DERECHA CON LEVE ERITEMA, CON MINIMO CALOR AL TACTO, SIN COMPROMISO DE AMAS. HEMATOLÓGICOS: Sin evidencia de sangrado activo INFECCIOSO: Afebril SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ PARACLÍNICOS: -09.09.2021: LEUCOCITOS: 3000, NEUTROFILOS: 1080, LINFOCITOS: 1460, HB: 10.5, HTO: 34.9, PLAQUETAS:244000, BUN: 5.6, CR: 0.35, NA:143.4, K: 3.65, CL: 107.3, PCR: 1.22 - 01.09.2021: HB 11.1, LEUCOS 3790, N 1440, PLAQ 31600, PCR 1.41 BUN 9.8, CREA 0.35, NA 144.1, K 3.85, MG 2.1, P 4.8 -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 Microbiológicos: -17.08.2021: Se obtuvo crecimiento abundante de bacilos Gram negativos (*Escherichia coli* (RESISTENTE A CEFEPIME, CEFTAZIDIMA, CEFTRIAXONA, CIPROFLOXACINA) y *Proteus mirabilis* RESISTENTE A: AMPI-SULBACTAM, GENTAMICINA, IMIPENEM.) y *Staphylococcus aureus* RESISTENTE A GENTAMICINA, LEVOFLOXACINA, OXACILINA, PENICILINA, TETRACICLINA, TOBRAMICINA, a las 24 y 48 horas de incubación. -14.08.2021: HEMOCULTIVO: NEGATIVO HASTA LA FECHA. -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: *Candida Albicans* -30.07.21 *P. aeruginosa* KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo *pseudomonas aeruginosa*, *E. faecalis* sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocánterica derecha e izquierda *P. mirabilis* y *S.aureus* a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: *Pseudomonas aeruginosa* KPC EDTA (-) ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVI 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocánterica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

ANÁLISIS: PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE LES EN EL MOMENTO INACTIVO, CON COMPROMISO HEMATOLÓGICO, INMUNOLÓGICO Y SNC, USUARIA CRÓNICA DE ESTEROIDES, CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA HASTA FEBRERO 2021, TUVO OSTEOMIELITIS EN CADERAS CON AISLAMIENTO DE *PROTEUS*, ENTRE OTROS GÉRMEENES RESISTENTES. AHORA HOSPITALIZADA NUEVAMENTE EN CONTEXTO DE OSTEOMIELITIS BILATERAL YA LLEVADA A PROCEDIMIENTO POR ORTOPEDIA EN CADERA DERECHA EL 27.07.2021. TIENE REPORTE DE CULTIVO DE HUESO CON *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* KPC, EDTA (-) SOLO SENSIBLE A LEVOFLOXACINA Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y *S. AUREUS* R ERITROMICINA. EN MANEJO CON INFECTOLOGÍA QUIENES ESTABLECEN PAUTA ANTIBIÓTICA CON CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA QUE DEBE COMPLETAR POR 6 SEMANAS. PACIENTE SIN NECESIDAD DE NUEVAS INTERVENCIONES POR PARTE DE ORTOPEDIA, DEBE SER VALORADA POR CIRUGÍA PLÁSTICA UNA VEZ SE RESUELVA PROCESO INFECCIOSO. TIENE EKG QUE EVIDENCIÓ ONDAS T INVERTIDAS EN V1-V5, INICIALMENTE ASOCIADO A HIPOKALEMIA, LA CUAL YA ESTÁ CORREGIDA. SE SOLICITÓ ECO TT SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES EN LA CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA NI GLOBAL, CON ADECUADA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y SIN DILATACIÓN DEL DERECHO. DEBIDO A EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN CADERA Y CAMBIOS INFLAMATORIOS EN RODILLAS, SE SOLICITÓ COMPLEMENTO Y ANTIDNA PARA DETECTAR POSIBLE ACTIVIDAD LÚPICA, SIN EMBARGO, NO HAY ALTERACIÓN. VALORADA POR REUMATOLOGÍA, NO CONSIDERAN SE TRATE DE ACTIVIDAD LÚPICA Y SE SOSPECHA MÁS UNA POSIBLE ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA, POR LO QUE SE SOLICITÓ RESONANCIA MAGNÉTICA SIN SIGNOS DE ARTRITIS SÉPTICA PERO CON FOCOS DE OSTEONECROSIS. ORTOPEDIA REVALORA CONSIDERA "EL MANEJO PARA LA OSTEONECROSIS ARTICULAR CONSISTIRÍA EN UN REEMPLAZO ARTICULAR EL CUAL, POR RAZONES EVIDENTES EN ESTA PACIENTE DADOS SUS PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS, INFECCIOSOS Y NEUROLÓGICOS, NO ES PERTINENTE REALIZAR EN ESTE MOMENTO. ACTUALMENTE PACIENTE ESTABLE, HOY COMPLETA PAUTA ATB. DESDE HACE 2 DÍAS QUE ESTÁ CON EPIGASTRALGIA NAUSEAS Y PIROSIS. SE INICIO MANEJO CON IBP Y ANTHEMETICOS CON MEJORIA PARCIAL. NO HA PRESENTADO FIEBRE NI ELEVACION DE RFA. AL EXAMEN FÍSICO ABDOMEN DURO, DOLOROSO EN HEMIABDOMEN SUPERIOR. HOY HA PRESENTADO EPISODIO EMÉTICO DE CARACTERÍSTICAS BILIOSAS, POR LO QUE SE DECIDE SOLICITAR EOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL. ADEMÁS CONTROL PARACLÍNICOS CON VSG, PCR Y HEMOGRAMA PARA DEFINIR ACTIVIDAD DE SU ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA. ESTÁ CON OTITIS EXTERNA IZQUIERDA POR LO QUE SE INICIA CIPROFLOXACINO OTICO.

PLAN: - A CARGO DE MEDICINA FAMILIAR - DIETA ORAL - TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL - CURACIONES HERIDA POR TEO - CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINO DÍA 42/42 - SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRÍA - FRÍO

LOCAL EN RODILLA DRECHA - CONTROL HEMOGRAMA, VSG Y PCR - CIPROFLOXACINO GOTAS OTICAS - SE SOLICITA ECOGRAFÍA ABDOMINAL TOTAL TRATAMIENTO: TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TAB 50 MG C/24H VIA ORAL TIZANIDINA 2MG TAB 2 MG C/24H VIA ORAL SUCRALFATO 20G/100ML SUSPENSION FCO 240ML 1000 MG C/8H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H VIA ORAL OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA 10MG C/12H VIA ORAL ONDANSETRON 8 MG/4ML AMP 4ML 8 MG C/8H INTRAVENOS OMEPRAZOL 40 MG VI 40 MG DOUNICA INTRAVENOS MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 MG C/24H VIA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTANEA CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 G C/8H TOPICA CLONIDINA 150 MCG TAB 75 MCG C/24H VIA ORAL CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL 2,5 G C/8H INTRAVENOS ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/8H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.09.2021

Hora Registro: 19:39:42

Responsable: PAZ MUÑOZ, JUAN ESTEBAN

Especialidad: PSICOLOGÍA

Tipo de Evolución: Interconsulta Sicología

PSICOLOGÍA CLÍNICA Atiendo a paciente en seguimiento a interconsulta de médico tratante. Paciente de 21 años, bachiller, soltera. Vive con ambos padres. Dos hermanos mayores viven con sus respectivas esposas. Encuentro a paciente en habitación, acompañada por su madre. Paciente con los siguientes diagnósticos anotados: 1. Úlcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Refiere que se encuentra con molestias por vómito constante el día de ayer, por lo que ha procurado no comer mucho. Está expectante de los resultados del tratamiento antibiótico. Antecedentes: Manifiesta que acude a hospitalización porque presentó dolor en articulación de la cadera, encontraron infección, y está en tratamiento antibiótico. Está a la expectativa de los resultados del proceso para determinar continuidad en la institución. Niega otros antecedentes personales o familiares de trastorno mental.

EXAMEN MENTAL Adecuado cuidado personal. Actitud colaboradora. Eulálica. Hipoquinética por condición de base. Afecto de fondo depresivo, adecuadamente modulado. Sin presencia de delirios o ideas de suicidio/muerte, ni ideas de auto/heteroagresión durante la entrevista. Pensamiento lógico, dirigido a un objetivo. Sin alteraciones en la percepción al momento de la entrevista. Alerta, orientada, euproséica. Memoria e inteligencia conservadas. Introspección adecuada, prospección en construcción. Juicio de realidad adecuado.

Paciente con los siguientes diagnósticos anotados: 1. Úlcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra Se propone espacio de exploración afectiva, identificando que, a pesar del malestar por situaciones de índole orgánico, persiste expectativa positiva por los resultados del tratamiento antibiótico, ya que espera salir prontamente de hospitalización. Por lo anterior, se brinda espacio de validación afectiva, se retoma la reflexión sobre posibles estrategias de afrontamiento ante los resultados del tratamiento, y se retoma psicoeducación sobre manejo integral en salud mental. La valoración se realizó siguiendo los protocolos institucionales de bioprotección para disminuir los riesgos de infección teniendo en cuenta la pandemia por SARS-CoV-2, previo y posterior lavado de manos. Durante la evaluación no se realiza contacto físico con el paciente.

Continuar proceso psicológico durante su estancia en hospitalización.

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.09.2021

Hora Registro: 20:27:45

Responsable: GALLEGO VILLANUEVA, JAIRO ALONSO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA GENERAL REPROTE DE ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑON ES BAZO Técnica Con transductor convexo se realiza exploración ecográfica transabdominal. Datos clínicos: Dolor abdominal asociado a pirosis y emesis. Tomografía computada abdomen del 15/01/2021. Hallazgos El hígado es de tamaño, contornos y segmentación normal. No se definen lesiones focales sólidas ni quísticas en los segmentos evaluados. El lóbu lo hepático derecho mide 15,1 cm. Vena porta y venas suprahepáticas permeables. Vesícula distendida de paredes delgadas sin observar cálculos en su interior. No hay dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. El páncreas se visualiza de manera parcial, en la porción de cabeza y cuerpo no presenta alteraciones. El bazo es de configuración y ecogenicidad normal midiendo 10,8 cm. Ambos riñones tienen forma, tamaño, contornos y ecogenicidad normales. No se observan lesiones focales en su parénquima ni dilatación de sus sistemas calicales. Su diferenciación cortico-medular se encuentra conservada. El riñón derecho mide 10,5 x 4,0 x 5,0 cm. El riñón izquierdo mide 10,1 x 5,2 x 5,0 cm. No se observan cálculos mayores a 3mm, masas ni colecciones perirrenales. Vejiga pobremente distendida, lo que limita su valoración sin embargo presenta trabeculación y engrosamiento de

hasta 6 mm de sus paredes, asociado a material móvil de baja ecogenicidad en su interior que sugiere detritus. No se define líquido libre intra-abdominal. Opinión 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales con detritus intravesical. 2. Resto del estudio dentro de límites normales.

*

*/

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.09.2021

Hora Registro: 13:16:47

Responsable: DIAZ DIAZ, ALVARO

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR UCE BETANIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 años CC: 1107531724 COOMEVA EPS S.A. RC VIVE EN BARRIO SILOE CON PADRES DIAGNÓSTICOS: 1. Úlcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Úlcera sacra 5. Otitis Externa Izquierda Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 32/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 33) Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de *Proteus*, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con *Pseudomonas aeruginosa* KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y *S. Aureus* R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. SUBJETIVO: Paciente refiere persistencia de epigastralgia asociado a náuseas, niega nuevos episodios eméticos. Refiere desde hace 6 días sin vía oral. Niega dolor abdominal y refiere mejoría de dolor ótico. Diuresis y deposiciones positivas, sin alteraciones. Niega picos febriles.

EXAMEN FISICO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADA Y COLABORADORA, SIN SOPORTE DE OXIGENO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, PARAPLEJIA EEII. SIGNOS VITALES: HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 11.09.2021 04:36:07 36,40 66,00 18,00 105,00 53,00 70,33 96,00 11.09.2021 00:35:42 36,20 92,00 18,00 110,00 80,00 90,00 94,00 10.09.2021 20:35:16 36,00 72,00 18,00 112,00 73,00 86,00 96,00 CABEZA Y CUELLO OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, MUCOSAS: húmedas, escleras Anictéricas CUELLO: No masas, no megalias. CARDIO/PULMONAR CORAZÓN: Ruidos Cardiacos rítmicos, sin soplos. PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: sin distensión abdominal, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocantéricas bilaterales cubiertas por apósitos limpios y secos sin estigmas de sangrado. edema en rodilla derecha, sin compromiso en arcos de movilidad. SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ PARACLÍNICOS: - 11.09.2021: LEUCOCITOS 3680, NEUTROFILOS 1760, LINFOCITOS 1430, HB 11.5, HTO 38.5 PLAQUETAS 254000, PCR 1.15, VSG 38. -09.09.2021: LEUCOCITOS: 3000, NEUTROFILOS: 1080, LINFOCITOS: 1460, HB: 10.5, HTO: 34.9, PLAQUETAS:244000, BUN: 5.6, CR: 0.35, NA:143.4, K: 3.65, CL: 107.3, PCR: 1.22 - 01.09.2021: HB 11.1, LEUCOS 3790, N 1440, PLAQ 31600, PCR 1.41 BUN 9.8, CREA 0.35, NA 144.1, K 3.85, MG 2.1, P 4.8 -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 Microbiológicos: -17.08.2021: Se obtuvo crecimiento abundante de bacilos Gram negativos (*Escherichia coli* (RESISTENTE A CEFEPIME, CEFTAZIDIMA, CEFTRIAXONA, CIPROFLOXACINA) y *Proteus mirabilis* RESISTENTE A: AMPI-SULBACTAM, GENTAMICINA, IMIPENEM.) y *Staphylococcus aureus* RESISTENT A GENTAMICINA, LEVOFLOXACINA, OXACILINA, PENICILINA, TETRACICLINA, TOBRAMICINA, a las 24 y 48 horas de incubación. -14.08.2021: HEMOCULTIVO: NEGATIVO HASTA LA FECHA. -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: *Candida Albicans* -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo *pseudomonas aeruginosa*, *E. faecalis* sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y *S.aureus* a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: *Pseudomonas aeruginosa* KPC EDTA (-) **10.09.2021 ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑON ES BAZO** El hígado es de tamaño, contornos y segmentación normal. No se definen lesiones focales sólidas ni quísticas en los segmentos evaluados. El lóbulo hepático derecho mide 15,1 cm. Vesícula distendida de paredes delgadas sin observar

cálculos en su interior. No hay dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. El páncreas se visualiza de manera parcial, en la porción de cabeza y cuerpo no presenta alteraciones. El bazo es de configuración y ecogenicidad normal midiendo 10,8 cm. Ambos riñones tienen forma, tamaño, contornos y ecogenicidad normales. No se observan lesiones focales en su parénquima ni dilatación de sus sistemas calicales. Su diferenciación cortico-medular se encuentra conservada. El riñón derecho mide 10,5 x 4,0 x 5,0 cm. El riñón izquierdo mide 10,1 x 5,2 x 5,0 cm. No se observan cálculos mayores a 3mm, masas ni colecciones perirrenales. Vejiga pobremente distendida, lo que limita su valoración sin embargo presenta trabeculación y engrosamiento de hasta 6 mm de sus paredes, asociado a material móvil de baja ecogenicidad en su interior que sugiere detritus. No se define líquido libre intra-abdominal. Opinión 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales con detritus intravesical. 2. Resto del estudio dentro de límites normales. ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. Hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. Escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocantérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. Hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. No hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/infeccioso en rodillas.

ANÁLISIS: PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE LES EN EL MOMENTO INACTIVO, CON COMPROMISO HEMATOLÓGICO, INMUNOLÓGICO Y SNC, USUARIA CRÓNICA DE ESTEROIDES, CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA HASTA FEBRERO 2021, TUVO OSTEOMIELITIS EN CADERAS CON AISLAMIENTO DE PROTEUS, ENTRE OTROS GÉRMENES RESISTENTES. AHORA HOSPITALIZADA NUEVAMENTE EN CONTEXTO DE OSTEOMIELITIS BILATERAL YA LLEVADA A PROCEDIMIENTO POR ORTOPEDIA EN CADERA DERECHA EL 27.07.2021. TIENE REPORTE DE CULTIVO DE HUESO CON PSEUDOMONAS AERUGINOSA KPC, EDTA (-) SOLO SENSIBLE A LEVOFLOXACINA Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y S. AUREUS R ETRITROMICINA. EN MANEJO CON INFECTOLOGÍA QUIENES ESTABLECEN PAUTA ANTIBIÓTICA CON CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA POR 6 SEMANAS LOS CUALES CULMINO EL DÍA DE AYER 10.09.2021. PACIENTE SIN NECESIDAD DE NUEVAS INTERVENCIONES POR PARTE DE ORTOPEDIA, DEBE SER VALORADA POR CIRUGÍA PLÁSTICA UNA VEZ SE RESUELVA PROCESO INFECCIOSO. TIENE EKG QUE EVIDENCIÓ ONDAS T INVERTIDAS EN V1-V5, INICIALMENTE ASOCIADO A HIPOKALEMIA, LA CUAL YA ESTÁ CORREGIDA. SE SOLICITÓ ECO TT SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES EN LA CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA NI GLOBAL, CON ADECUADA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y SIN DILATACIÓN DEL DERECHO. DEBIDO A EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN CADERA Y CAMBIOS INFLAMATORIOS EN RODILLAS, SE SOLICITÓ COMPLEMENTO Y ANTIDNA PARA DETECTAR POSIBLE ACTIVIDAD LÚPICA, SIN EMBARGO, NO HAY ALTERACIÓN. VALORADA POR REUMATOLOGÍA, NO CONSIDERAN SE TRATE DE ACTIVIDAD LÚPICA Y SE SOSPECHA MÁS UNA POSIBLE ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA, POR LO QUE SE SOLICITÓ RESONANCIA MAGNÉTICA SIN SIGNOS DE ARTRITIS SÉPTICA PERO CON FOCOS DE OSTEONECROSIS. ORTOPEDIA REVALORA CONSIDERA "EL MANEJO PARA LA OSTEONECROSIS ARTICULAR CONSISTIRÍA EN UN REEMPLAZO ARTICULAR EL CUAL, POR RAZONES EVIDENTES EN ESTA PACIENTE DADOS SUS PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS, INFECCIOSOS Y NEUROLÓGICOS, NO ES PERTINENTE REALIZAR EN ESTE MOMENTO. ACTUALMENTE PACIENTE REFIERE PERSISTENCIA DE EPIGASTRALGIA Y NÁUSEAS, SIN NUEVOS EPISODIOS EMÉTICOS. AL EXAMEN FÍSICO ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA Y SIN ALTERACIONES AL EXAMEN FÍSICO ABDOMINAL. SE SOLICITÓ ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL (10.09.2021) PARA ESTUDIO DE DOLOR ABDOMINAL Y EPISODIO EMÉTICO PREVIO DE CARACTERÍSTICAS BILIARES LA CUAL REPORTA ENGROSAMIENTO Y TRABECULACIÓN DE LAS PAREDES VESICALES CON DETRITUS SIN EVIDENCIA DE OTRAS ALTERACIONES INTRA ABDOMINALES. PARA CLÍNICOS DE CONTROL, CON VSG LEVEMENTE ELEVADA, HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS, ANEMIA LEVE Y PCR LIGERAMENTE ELEVADA EN DESCENSO. SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO CON CIPROFLOXACINA GOTAS ÓTICAS POR OTITIS EXTERNA. POR EL MOMENTO DEBE CONTINUAR HOSPITALIZADA PARA CONTROL SINTOMÁTICO, SE DEFINIRÁ POSIBLE SALIDA CON HOMECARE. PACIENTE VIVE EN SILOE CON PADRES Y REFIERE PREVIAMENTE CONTABA CON HOMECARE CON CURACIONES Y TERAPIA FÍSICA. CONTINUAR MANEJO CON IBP E INICIO DE VÍA ORAL PARA VALORAR TOLERANCIA. SE ROTAN MEDICAMENTOS VÍA ORAL. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

PLAN: - A CARGO DE MEDICINA FAMILIAR - DIETA VÍA ORAL SEGÚN TOLERANCIA - CURACIONES HERIDAS POR TEO - SEGUIMIENTO POR TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL - SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRÍA - DE ACUERDO A EVOLUCIÓN Y AJUSTE DE MEDICACIÓN ORAL SE INICIARÁ TRÁMITE DE HOMECARE CONTINUAR MANEJO ASÍ: TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TAB 50 MG C/24H VÍA ORAL TIZANIDINA 2MG TAB 2 MG C/24H VÍA ORAL SUCRALFATO 20G/100ML SUSPENSIÓN FCO 240ML 1000 MGC/8H VÍA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H VÍA ORAL OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA 10 MGC/12HVIA ORAL ONDANSETRON 8 MG/4ML AMP 4ML 8 MG C/8H INTRAVENOS SOLO SI VÓMITO OMEPRAZOL 40 MG VI 40 MG C/24H INTRAVENOS MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA 400 MG C/24H VÍA ORAL ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H SUBCUTÁNEA CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 G C/8H TOPICA CLONIDINA 150 MCG TAB 75 MCG C/24H VÍA ORAL CIPROFLOXACINA 3MG/ML 10ML FCO OTICA GOTAS 2GTAC/12H OTICA ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/8H VÍA ORAL HIOSCINA 10 MG TAB 10 MG C/12H VÍA ORAL CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 G C/8H TOPICA

Alta Médica

Fecha Registro: 12.09.2021

Hora Registro: 09:01:41
 Responsable: MOSQUERA SALAS, LAURA MARCELA
 Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Tipo Alta

Tratamiento Ambulatorio

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

SIGNOS DE ALARMA GENERAL DOLOR, SANGRADO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, CONVULSIONES, FIEBRE, VÓMITO INCOERCIBLE, ORINA FÉTIDA SIGNOS DE ALARMA PSIQUIATRIA IDEACIÓN SUICIDA, IDEAS DE MUERTE, INTENTO SUICIDA, LLANTO FÁCIL, SOMNOLENCIA, INSOMNIO, HIPOREXIA, ANOREXIA

Recomendaciones

ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR SIGNOS O SINTOMAS DE ALARMA

Diagnóstico Alta

M329 - LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ES

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.09.2021
 Hora Registro: 10:27:05
 Responsable: DIAZ DIAZ, ALVARO
 Especialidad: MEDICINA INTERNA
 Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR UCE BETANIA LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ 21 años CC: 1107531724 COOMEVA EPS S.A. RC VIVE EN BARRIO SILOE CON PADRES DIAGNÓSTICOS: 1. Ulcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomía con colocación de dispositivo VAC (03.08.21) 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021) 2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central. 3. Fístula cadera izquierda 4. Ulcera sacra 5. Otitis Externa Izquierda Antimicrobianos -Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021 -Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021 -Cefta-Avibac + Moxifloxacina FI 30.07.21 -Activo Día 32/42 -Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021 -Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 33) Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacina y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacina que debe completar por 6 semanas. SUBJETIVO: Se siente bien, sin dolor, sin emesis, come bien. Sin fiebre

EXAMEN FÍSICO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADA Y COLABORADORA, SIN SOPORTE DE OXIGENO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, PARAPLEJIA EEII. SIGNOS VITALES: Fecha TEMP FC FR TAS TAD SAT 12.09.2021 35,70 04:00:00 67,00 20,00 91,00 56,00 97,00 CABEZA Y CUELLO OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas, MUCOSAS: húmedas, escleras Anictéricas CUELLO: No masas, no megalias. CARDIO/PULMONAR CORAZÓN: Ruidos Cardíacos rítmicos, sin soplos. PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados. ABDOMEN: sin distensión abdominal, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocantéricas bilaterales cubiertas por apósitos limpios y secos sin estigmas de sangrado. edema en rodilla derecha, sin compromiso en arcos de movilidad. SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos OTS +++/+++ PARACLINICOS: - 11.09.2021: LEUCOCITOS 3680, NEUTROFILOS 1760, LINFOCITOS 1430, HB 11.5, HTO 38.5 PLAQUETAS 254000, PCR 1.15, VSG 38. -09.09.2021: LEUCOCITOS: 3000, NEUTROFILOS: 1080, LINFOCITOS: 1460, HB: 10.5, HTO: 34.9, PLAQUETAS:244000, BUN: 5.6, CR: 0.35, NA:143.4, K: 3.65, CL: 107.3, PCR: 1.22 - 01.09.2021: HB 11.1, LEUCOS 3790, N 1440, PLAQ 31600, PCR 1.41 BUN 9.8, CREA 0.35, NA 144.1, K 3.85, MG 2.1, P 4.8 -24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN: 10.9, potasio: 4.06, sodio: 143PCR - 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109 -20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46, CRS 0.37 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11 - 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38, BUN 0.98 k 3.8 -18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46, ALT 19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2 -14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17, BD 0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8 Lipasa 37, PCR 1.7 Microbiológicos: -17.08.2021: Se obtuvo crecimiento abundante de bacilos Gram negativos (Escherichia coli (RESISTENTE A CEFEPIME, CEFTAZIDIMA, CEFTRIAXONA, CIPROFLOXACINA) y Proteus mirabilis RESISTENTE A: AMPI-SULBACTAM, GENTAMICINA, IMIPENEM.) y Staphylococcus aureus RESISTENT A GENTAMICINA,

LEVOFLOXACINA, OXACILINA, PENICILINA, TETRACICLINA, TOBRAMICINA, a las 24 y 48 horas de incubación. -14.08.2021: HEMOCULTIVO: NEGATIVO HASTA LA FECHA. -05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda: Candida Albicans -30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-) -23.07.2021 hisopado rectal negativo -22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma -22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y S.aureus a las 24 horas sin antibiograma -22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha -27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-) **10.09.2021 ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑON ES BAZO** El hígado es de tamaño, contornos y segmentación normal. No se definen lesiones focales sólidas ni quísticas en los segmentos evaluados. El lóbullo hepático derecho mide 15,1 cm. Vesícula distendida de paredes delgadas sin observar cálculos en su interior. No hay dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. El páncreas se visualiza de manera parcial, en la porción de cabeza y cuerpo no presenta alteraciones. El bazo es de configuración y ecogenicidad normal midiendo 10,8 cm. Ambos riñones tienen forma, tamaño, contornos y ecogenicidad normales. No se observan lesiones focales en su parénquima ni dilatación de sus sistemas caliciales. Su diferenciación cortico-medular se encuentra conservada. El riñón derecho mide 10,5 x 4,0 x 5,0 cm. El riñón izquierdo mide 10,1 x 5,2 x 5,0 cm. No se observan cálculos mayores a 3mm, masas ni colecciones perirrenales. Vejiga pobremente distendida, lo que limita su valoración sin embargo presenta trabeculación y engrosamiento de hasta 6 mm de sus paredes, asociado a material móvil de baja ecogenicidad en su interior que sugiere detritus. No se define líquido libre intra-abdominal. Opinión 1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales con detritus intravesical. 2. Resto del estudio dentro de límites normales. ** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVI 60-65% sin trastornos de la contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos. *25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. Hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. Escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocantérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. Hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. No hay cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

ANALISIS: PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE LES EN EL MOMENTO INACTIVO, CON COMPROMISO HEMATOLÓGICO, INMUNOLÓGICO Y SNC, USUARIA CRÓNICA DE ESTEROIDES, CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA HASTA FEBRERO 2021, TUVO OSTEOMIELITIS EN CADERAS CON AISLAMIENTO DE PROTEUS, ENTRE OTROS GÉRMEEN RESISTENTES. AHORA HOSPITALIZADA NUEVAMENTE EN CONTEXTO DE OSTEOMIELITIS BILATERAL YA LLEVADA A PROCEDIMIENTO POR ORTOPEDIA EN CADERA DERECHA EL 27.07.2021. TIENE REPORTE DE CULTIVO DE HUESO CON PSEUDOMONAS AERUGINOSA KPC, EDTA (-) SOLO SENSIBLE A LEVOFLOXACINA Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y S. AUREUS R ETRITROMICINA. EN MANEJO CON INFECTOLOGÍA QUIENES ESTABLECEN PAUTA ANTIBIÓTICA CON CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA POR 6 SEMANAS LOS CUALES CULMINO EL DÍA DE AYER 10.09.2021. PACIENTE SIN NECESIDAD DE NUEVAS INTERVENCIONES POR PARTE DE ORTOPEDIA, DEBE SER VALORADA POR CIRUGÍA PLÁSTICA UNA VEZ SE RESUELVA PROCESO INFECCIOSO. TIENE EKG QUE EVIDENCIÓ ONDAS T INVERTIDAS EN V1-V5, INICIALMENTE ASOCIADO A HIPOKALEMIA, LA CUAL YA ESTÁ CORREGIDA. SE SOLICITÓ ECO TT SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES EN LA CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA NI GLOBAL, CON ADECUADA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y SIN DILATACIÓN DEL DERECHO. DEBIDO A EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN CADERA Y CAMBIOS INFLAMATORIOS EN RODILLAS, SE SOLICITÓ COMPLEMENTO Y ANTIDNA PARA DETECTAR POSIBLE ACTIVIDAD LÚPICA, SIN EMBARGO, NO HAY ALTERACIÓN. VALORADA POR REUMATOLOGÍA, NO CONSIDERAN SE TRATE DE ACTIVIDAD LÚPICA Y SE SOSPECHA MÁS UNA POSIBLE ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA, POR LO QUE SE SOLICITÓ RESONANCIA MAGNÉTICA SIN SIGNOS DE ARTRITIS SÉPTICA PERO CON FOCOS DE OSTEONECROSIS. ORTOPEDIA REVALORA CONSIDERA "EL MANEJO PARA LA OSTEONECROSIS ARTICULAR CONSISTIRÍA EN UN REEMPLAZO ARTICULAR EL CUAL, POR RAZONES EVIDENTES EN ESTA PACIENTE DADOS SUS PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS, INFECCIOSOS Y NEUROLÓGICOS, NO ES PERTINENTE REALIZAR EN ESTE MOMENTO. ACTUALMENTE PACIENTE REFIERE PERSISTENCIA DE EPIGASTRALGIA Y NÁUSEAS, SIN NUEVOS EPISODIOS EMÉTICOS. AL EXAMEN FÍSICO ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA Y SIN ALTERACIONES AL EXAMEN FÍSICO ABDOMINAL. SE SOLICITÓ ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL (10.09.2021) PARA ESTUDIO DE DOLOR ABDOMINAL Y EPISODIO EMÉTICO PREVIO DE CARACTERÍSTICAS BILIOSAS LA CUAL REPORTA ENGROSAMIENTO Y TRABECULACIÓN DE LAS PAREDES VESICALES CON DETRITUS SIN EVIDENCIA DE OTRAS ALTERACIONES INTRA ABDOMINALES. PARACLÍNICOS DE CONTROL, CON VSG LEVEMENTE ELEVADA, HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS, ANEMIA LEVE Y PCR LIGERAMENTE ELEVADA EN DESCENSO. SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO CON CIPROFLOXACINO GOTAS ÓTICAS POR OTITIS EXTERNA. EN BUENAS CONDICIONES, SE DECIDE DAR EGRESO. LA MADRE ME DICE QUE TIENE YA AUTORIZADAS UNAS TERAPIAS EN CASA, SE DAN INDICACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

PLAN: - EGRESO - CITAS DE CONTROL: INFECTO, REUMATOLOGIA, ORTOPEDIA, CIRUGIA PLASTICA - CURACIONES POR TEO Y TERAPIA FISICA EN DOMICILIO PLAN DE MEDICACION ACTUAL TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TAB 50 MG C/24H VIA ORAL TIZANIDINA 2MG TAB 2 MG C/24H VIA ORAL SUCRALFATO 20G/100ML SUSPENSION FCO 240ML 1000 MG C/8H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H VIA ORAL OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA 10 MG C/12H VIA ORAL ONDANSETRON 8MG TAB 8 MG C/8H VIA ORAL OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20 MG C/24H VIA ORAL HIOSCINA 10 MG TAB 10 MG C/12H VIA ORAL CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO 5 G C/8H TOPICA CLONIDINA 150 MCG TAB 75 MCG C/24H VIA ORAL CIPROFLOXACINA 3MG/ML 10ML

FCO OTICA GOTAS 2 GTA C/12H OTICA ACETAMINOFEN 500MG TAB 1000 MG C/8H VIA ORAL

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 8408792

| Fecha | Código | Nombre | U. Organizativa | Responsable |
|------------|-----------|--|--------------------------------|----------------------------------|
| 22.07.2021 | 906908 | COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 903833 | FOSFATASA ALCALINA | UT Limonar Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Limonar Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARATO AMINO TRANSFERASA] | UT Limonar Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | UT Limonar Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | UT Limonar Microbiología | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | UT Limonar Microbiología | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECE | UT Limonar Microbiología | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECE | UT Limonar Microbiología | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 906417 | DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Limonar Inmunología e inmun | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 901236 | UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) | UT Limonar Microbiología | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 872002 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE | UT Limonar Rayos X convenciona | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 873412 | RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA | UT Limonar Rayos X convenciona | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 873411 | RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COX O-FEMORAL (AP LATERAL) | UT Limonar Rayos X convenciona | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 871121 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL) | UT Limonar Rayos X convenciona | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 906906 | COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 890701 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | UE Limonar Urgencias adulto | DANIEL FERNANDO BOLAÑOS MARTINEZ |
| 22.07.2021 | 903859-33 | LOCAL POTASIO ARTERIAL GEM 5000 | UT Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 903864-33 | LOCAL SODIO ARTERIAL GEM 5000 | UT Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 903839-33 | LOCAL GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO GEM 5000 | UT Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 903813-33 | LOCAL CLORO ARTERIAL GEM 5000 | UT Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 903841-33 | LOCAL GLUCOSA ARTERIAL EN SUERO LCR U OTROS FLUIDOS DIFERENTE A ORINA GEM 5000 | UT Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 903111 | ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA | UT Limonar Microbiología | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 901221-3 | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO | UT Limonar Microbiología | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS) | UT Limonar Hematología | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 903803 | ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 902204 | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL | UT Limonar Hematología | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquímica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 903810 | CALCIO SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquímica | |

| | | | | |
|------------|------------|--|--------------------------------|---------------------------------------|
| | | | | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 903813 | CLORO | UT Limonar Bioquimica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 23.07.2021 | 906417 | DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Limonar Inmunologia e inmun | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 23.07.2021 | 903111 | ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 23.07.2021 | 895100-31 | ELECTROCARDIOGRAMA URGENCIAS DE RITMO O DE SUPERFICIE | UE Limonar Proced. Urg Adulto | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 23.07.2021 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENFERMERIA | UT Limonar Valoraciones Asiste | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 23.07.2021 | 901217-31 | CULTIVO RASTREO EN HISOPADO RECTAL | UT Limonar Microbiologia | ISABELA ALVAREZ VALDES |
| 24.07.2021 | 905410-3 | VANCOMICINA CUANTITATIVA NIVEL VALLE | UT Limonar Bioquimica | MARIA ALEJANDRA CUARTAS OSORIO |
| 25.07.2021 | 883440 | RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS | UT Limonar Resonancia | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 25.07.2021 | MEDIOCONTR | MEDIO DE CONTRASTE | UT Limonar Resonancia | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 25.07.2021 | 541233 | EXAMENES DE RESONANCIA MAGNETICA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO | UQ Limonar Anestesia apoyo dx | MARIA ALEJANDRA CUARTAS OSORIO |
| 25.07.2021 | 890402-72 | INTERCONSULTA DE URGENCIAS | UT Limonar Reumatologia | DANIEL CAMILO LOPEZ RINCON |
| 25.07.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 25.07.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | DANIEL CAMILO LOPEZ RINCON |
| 25.07.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematologia | DANIEL CAMILO LOPEZ RINCON |
| 25.07.2021 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Limonar Infectologia | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 26.07.2021 | 906829 | INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO | UT Limonar Inmuno y P. Especia | VANESSA BEDOYA JOAQUI |
| 26.07.2021 | 906832 | INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO | UT Limonar Inmuno y P. Especia | VANESSA BEDOYA JOAQUI |
| 26.07.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 26.07.2021 | 990104-81 | VALORACION POR ENFERMERA PROGRAMA PICC | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | FRANCIA ASTRID ORTIZ ORDOÑEZ |
| 26.07.2021 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Limonar Ortopedia | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 26.07.2021 | 890408 | INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA | UT Limonar Psicologia | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 26.07.2021 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA | UT Limonar Banco de Sangre | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 26.07.2021 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA | UT Limonar Banco de Sangre | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 26.07.2021 | 911003 | ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COombs INDIRECTO RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA | UT Limonar Banco de Sangre | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 26.07.2021 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Limonar Infectologia | VANESSA BEDOYA JOAQUI |
| 27.07.2021 | 898201 | ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO | UT Limonar Patologia | FAUSTO ALONSO DIAZGRANADOS SUAREZ |
| 27.07.2021 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Limonar Microbiologia | FAUSTO ALONSO DIAZGRANADOS SUAREZ |
| 27.07.2021 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | UT Limonar Microbiologia | FAUSTO ALONSO DIAZGRANADOS SUAREZ |
| 27.07.2021 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Limonar Microbiologia | FAUSTO ALONSO DIAZGRANADOS SUAREZ |
| 27.07.2021 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | UT Limonar Microbiologia | FAUSTO ALONSO DIAZGRANADOS SUAREZ |
| 27.07.2021 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Limonar Microbiologia | FAUSTO ALONSO DIAZGRANADOS SUAREZ |
| 27.07.2021 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | UT Limonar Microbiologia | FAUSTO ALONSO DIAZGRANADOS SUAREZ |
| 27.07.2021 | 778501-01 | FIJACION EXTERNA BASICA Y/O ERRADICACION DE INFECCIONES UNILATERAL | UQ Limonar Quirófano | JUAN SEBASTIAN RENDON OCAMPO |
| 27.07.2021 | 890606 | ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Limonar Nutricion | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 27.07.2021 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENFERMERIA | | |

| | | | | |
|------------|------------|---|--------------------------------|---------------------------------------|
| | | | UT Limonar Valoraciones Asiste | ROSA MARGARITA PRATO HERNANDEZ |
| 27.07.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 27.07.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematología | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 28.07.2021 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Limonar Fisiatria | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 28.07.2021 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Limonar Cirugia Plastica | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 28.07.2021 | 901221-3 | SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO | UT Limonar Microbiología | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 28.07.2021 | 906829 | INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquímica | JUAN DIEGO VELEZ LONDOÑO |
| 28.07.2021 | 901221 | HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA | UT Limonar Microbiología | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 28.07.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 28.07.2021 | 990204-47 | EDUCACION CUIDADOS DE PIEL | UT Limonar Valoraciones Asiste | FAISULY MELO ESPINOSA |
| 28.07.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 28.07.2021 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] CU | UT Limonar De enfermería | LAURA MELISSA SANABRIA LEIVA |
| 28.07.2021 | 389103-23 | CANALIZACION DE VENAS DIFICILES POR ENFERMERA PICC | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | DIANA MILENA DE LA CRUZ CAICEDO |
| 28.07.2021 | 990104-81 | VALORACION POR ENFERMERA PROGRAMA PICC | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | DIANA MILENA DE LA CRUZ CAICEDO |
| 28.07.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | SALOME CARDONA GIRALDO |
| 28.07.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematología | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 29.07.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematología | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 30.07.2021 | 901009-004 | DETECCION DE CARBAPENEMASAS - EDTA | UT Limonar Microbiología | JAIME ALBERTO LOPEZ VARGAS |
| 30.07.2021 | 901009-001 | DETECCION DE CARBAPENEMASAS (CARBAPEN) | UT Limonar Microbiología | JAIME ALBERTO LOPEZ VARGAS |
| 30.07.2021 | 901009-003 | DETECCION DE CARBAPENEMASAS (GENES DE RESISTENCIA) | UT Limonar Microbiología | JAIME ALBERTO LOPEZ VARGAS |
| 30.07.2021 | 901003-003 | ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM | UT Limonar Microbiología | JAIME ALBERTO LOPEZ VARGAS |
| 30.07.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 30.07.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 30.07.2021 | 908856 | IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES | UT Limonar Microbiología | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 30.07.2021 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENFERMERIA | UT Limonar Valoraciones Asiste | ROSA MARGARITA PRATO HERNANDEZ |
| 30.07.2021 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Limonar Nutricion | ANGIE LORENA PARRA |
| 30.07.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 31.07.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 31.07.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | LINA MARCELA GARCIA MAFLA |
| 31.07.2021 | 890402-001 | VALORACION POR ENFERMERIA CLINICA DEL DOLOR | UT Limonar Valoraciones Asiste | LEIDY MARIAN TIBADUIZA FLOR |
| 31.07.2021 | 890402-007 | INTERCONSULTA DEL DOLOR CON FORMULACION ESPECIAL | UT Limonar Clínica del dolor | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 31.07.2021 | 902204 | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL | UT Limonar Hematología | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 31.07.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquímica | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 31.07.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 31.07.2021 | 902210 | | UT Limonar Hematología | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |

| | | | | |
|------------|------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| | | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | | |
| 01.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 02.08.2021 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA | UT Limonar Nutricion | ANGIE LORENA PARRA |
| 02.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 02.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR M EDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 02.08.2021 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENF ERMERIA | UT Limonar Valoraciones Asiste | DIANA MARCELA VARGAS GIRALDO |
| 03.08.2021 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE R MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Limonar Microbiologia | FAUSTO ALONSO DIAZGRANADOS SUAREZ |
| 03.08.2021 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | UT Limonar Microbiologia | FAUSTO ALONSO DIAZGRANADOS SUAREZ |
| 03.08.2021 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE R MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES | UT Limonar Microbiologia | FAUSTO ALONSO DIAZGRANADOS SUAREZ |
| 03.08.2021 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | UT Limonar Microbiologia | FAUSTO ALONSO DIAZGRANADOS SUAREZ |
| 03.08.2021 | 770501 | SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO D E FEMUR VIA ABIERTA | UQ Limonar Quirófano | FAUSTO ALONSO DIAZGRANADOS SUAREZ |
| 03.08.2021 | 862601 | DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSI TIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA | UQ Limonar Quirófano | FAUSTO ALONSO DIAZGRANADOS SUAREZ |
| 04.08.2021 | 911107 | PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRAD O DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS | UT Limonar Banco de Sangre | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 04.08.2021 | 911090 | BOLSAS RECOLECCION CON FILTRO BANCO DE S ANGRE | UT Limonar Banco de Sangre | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 04.08.2021 | 912002 | TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJ OS O ERITROCITOS | UT Limonar Banco de Sangre | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 04.08.2021 | 965901-27 | SEGUIMIENTO CATETER PICC | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | MARIA LUISA CRUZ VASCO |
| 04.08.2021 | 912002 | TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJ OS O ERITROCITOS | UT Limonar Banco de Sangre | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 04.08.2021 | 911090 | BOLSAS RECOLECCION CON FILTRO BANCO DE S ANGRE | UT Limonar Banco de Sangre | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 04.08.2021 | 911107 | PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRAD O DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS | UT Limonar Banco de Sangre | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 04.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 04.08.2021 | 911015 | HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO R h D] POR MICROTECNICA | UT Limonar Inmunohemat e Infec | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 04.08.2021 | 911019 | HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [H EMOCCLASIFICACION SERICA] POR MICROTECNIC A | UT Limonar Inmunohemat e Infec | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 04.08.2021 | 911017 | HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [H EMOCCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECN ICA | UT Limonar Inmunohemat e Infec | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 04.08.2021 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR M ICROTECNICA | UT Limonar Banco de Sangre | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 04.08.2021 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR M ICROTECNICA | UT Limonar Banco de Sangre | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 04.08.2021 | 911003 | ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMB S INDIRECTO RASTREO ANTICUERPOS IRREGULA RES PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA | UT Limonar Banco de Sangre | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 04.08.2021 | 965901-31 | CURACION DE CATETER DE LINEA MEDIA | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | MARIA LUISA CRUZ VASCO |
| 04.08.2021 | 965901-27 | SEGUIMIENTO CATETER PICC | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | MARIA LUISA CRUZ VASCO |
| 04.08.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO | UT Limonar Terapia Ocupacional | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 04.08.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematologia | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 05.08.2021 | 903883-001 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U | UT Limonar De enfermeria | PAOLA ANDREA CHAQUEA MARTINEZ |
| 05.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 05.08.2021 | 965901-27 | SEGUIMIENTO CATETER PICC | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | MARIA LUISA CRUZ VASCO |
| 05.08.2021 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENF ERMERIA | UT Limonar Valoraciones Asiste | DIANA MARCELA VARGAS GIRALDO |

| | | | | |
|------------|-----------|---|--------------------------------|---------------------------------------|
| 05.08.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 06.08.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematologia | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 06.08.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 06.08.2021 | 990207 | EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR TRABAJO SOCIAL | UT Limonar Valoraciones Asiste | VILEIDY DAYANA TORRES BENAVIDES |
| 06.08.2021 | 965901-27 | SEGUIMIENTO CATETER PICC | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | MARIA LUISA CRUZ VASCO |
| 06.08.2021 | 965901-31 | CURACION DE CATETER DE LINEA MEDIA | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | MARIA LUISA CRUZ VASCO |
| 06.08.2021 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Limonar Nutricion | ANGIE LORENA PARRA |
| 06.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 06.08.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 07.08.2021 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Limonar Bioquimica | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 07.08.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 08.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 08.08.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 08.08.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematologia | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 09.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 09.08.2021 | 808051 | DESBRIDAMIENTO LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CADERA VIA ABIERTA | UQ Limonar Quirófano | FAUSTO ALONSO DIAZGRANADOS SUAREZ |
| 09.08.2021 | 770501 | SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA | UQ Limonar Quirófano | FAUSTO ALONSO DIAZGRANADOS SUAREZ |
| 10.08.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematologia | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 10.08.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 10.08.2021 | 965901-27 | SEGUIMIENTO CATETER PICC | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | SANDRA MILENA CASTRILLON MURILLO |
| 11.08.2021 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Limonar Nutricion | ANGIE LORENA PARRA |
| 11.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 12.08.2021 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENTERERIA | UT Limonar Valoraciones Asiste | ROSA MARGARITA PRATO HERNANDEZ |
| 12.08.2021 | 903838 | GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.08.2021 | 903833 | FOSFATASA ALCALINA | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.08.2021 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.08.2021 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.08.2021 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.08.2021 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.08.2021 | 903810 | CALCIO SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.08.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.08.2021 | 903813 | COLOR | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.08.2021 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.08.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |

| | | | | |
|------------|------------|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 12.08.2021 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.08.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 12.08.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematología | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 13.08.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 13.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | SALOME CARDONA GIRALDO |
| 13.08.2021 | 965901-31 | CURACION DE CATETER DE LINEA MEDIA | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | MAIRA ALEJANDRA FERNANDEZ VICTORIA |
| 14.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | SALOME CARDONA GIRALDO |
| 14.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | CARLOS MAURICIO MURIEL HURTADO |
| 14.08.2021 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Limonar Medicina Interna | DAVID ALEJANDRO AGUIRRE VALENCIA |
| 14.08.2021 | 903847 | LIPASA | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 14.08.2021 | 903838 | GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 14.08.2021 | 903833 | FOSFATASA ALCALINA | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 14.08.2021 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 14.08.2021 | 903809 | BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 14.08.2021 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 14.08.2021 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 14.08.2021 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 14.08.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 14.08.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 14.08.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematología | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 15.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | CARLOS MAURICIO MURIEL HURTADO |
| 15.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | SALOME CARDONA GIRALDO |
| 16.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | CARLOS MAURICIO MURIEL HURTADO |
| 16.08.2021 | 895100-3 | ELECTROCARDIOGRAMA EN PISO | UT Limonar De enfermería | RICARDO ADOLFO GIL FLOREZ |
| 17.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | SALOME CARDONA GIRALDO |
| 17.08.2021 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENFERMERIA | UT Limonar Valoraciones Asiste | DIANA MARCELA VARGAS GIRALDO |
| 17.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 17.08.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquímica | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 17.08.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematología | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 17.08.2021 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | UT Limonar Bioquímica | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 17.08.2021 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] | UT Limonar Bioquímica | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 17.08.2021 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 17.08.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquímica | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 17.08.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 17.08.2021 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Limonar Bioquímica | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 17.08.2021 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |

| | | | | |
|------------|------------|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 17.08.2021 | 903838 | GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA | UT Limonar Bioquimica | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 17.08.2021 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 17.08.2021 | 903833 | FOSFATASA ALCALINA | UT Limonar Bioquimica | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 17.08.2021 | 903828 | DESHIDROGENASA LACTICA | UT Limonar Bioquimica | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 17.08.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 17.08.2021 | 903809 | BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA | UT Limonar Bioquimica | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 17.08.2021 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Limonar Ortopedia | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 18.08.2021 | 990204-47 | EDUCACION CUIDADOS DE PIEL | UT Limonar Valoraciones Asiste | SANDRA MILENA ARIAS GUTIERREZ |
| 18.08.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 18.08.2021 | 965901-31 | CURACION DE CATETER DE LINEA MEDIA | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | MAIRA ALEJANDRA FERNANDEZ VICTORIA |
| 18.08.2021 | 965901-27 | SEGUIMIENTO CATETER PICC | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | MAIRA ALEJANDRA FERNANDEZ VICTORIA |
| 18.08.2021 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Limonar Nutricion | ANGIE LORENA PARRA |
| 18.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 18.08.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 18.08.2021 | 902204 | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL | UT Limonar Hematologia | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 18.08.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS) | UT Limonar Hematologia | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 18.08.2021 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 18.08.2021 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 18.08.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 19.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | SALOME CARDONA GIRALDO |
| 19.08.2021 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENFERMERIA | UT Limonar Valoraciones Asiste | ROSA MARGARITA PRATO HERNANDEZ |
| 19.08.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 19.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 19.08.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 19.08.2021 | 895100-3 | ELECTROCARDIOGRAMA EN PISO | UT Limonar De enfermeria | FRANCIA ASTRID ORTIZ ORDOÑEZ |
| 19.08.2021 | 906417 | DNA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | UT Limonar Inmunologia e inmun | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 19.08.2021 | 906418 | DNA ANTICUERPOS MANUAL | UT Limonar Inmunologia e inmun | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 19.08.2021 | 906908 | COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 19.08.2021 | 906906 | COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 19.08.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquimica | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 19.08.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquimica | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 19.08.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS) | UT Limonar Hematologia | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 20.08.2021 | 890402 | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS | UT Reumatologia | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 20.08.2021 | 881202-3 | PORTATIL PARA ECOCARDIOGRAFIA O DUPLEX VASCULAR EN HABITACION | UT Limonar Ecocardiografia | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 20.08.2021 | 881202 | ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO | UT Limonar Ecocardiografia | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 20.08.2021 | 903874-001 | PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL - OCASIONAL | UT Limonar Bioquimica | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |

| | | | | |
|------------|------------|---|--------------------------------|---------------------------------------|
| 20.08.2021 | 903876 | CREATININA EN ORINA PARCIAL | UT Limonar Bioquímica | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 20.08.2021 | 902204 | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL | UT Limonar Hematología | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 20.08.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 20.08.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematología | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 21.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 22.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | SALOME CARDONA GIRALDO |
| 23.08.2021 | 890402-7 | INTERCONSULTA DEL DOLOR | UT Limonar Clínica del dolor | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 23.08.2021 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENFERMERIA | UT Limonar Valoraciones Asiste | SIMENA DEL PILAR QUIMBAY FALLA |
| 23.08.2021 | 389103-006 | SEGUIMIENTO CATETER VENOSO PERIFERICO | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | ANGIE MELISSA CALERO SEPULVEDA |
| 23.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 23.08.2021 | 903813 | COLOR | UT Limonar Bioquímica | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 23.08.2021 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 23.08.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 24.08.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 24.08.2021 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 24.08.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 24.08.2021 | 903856 | NITROGENO UREA | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 24.08.2021 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 24.08.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 24.08.2021 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Limonar Bioquímica | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 24.08.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Limonar Hematología | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 24.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 25.08.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | UT Limonar Terapia Ocupacional | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 25.08.2021 | 965901-31 | CURACION DE CATETER DE LINEA MEDIA | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | ANGIE MELISSA CALERO SEPULVEDA |
| 25.08.2021 | S41237 | SERVICIOS PROFESIONALES DE ANESTESIOLOGO PARA APOYOS DIAGNOSTICOS | UQ Anestesia apoyo diagnostico | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 25.08.2021 | S41233 | EXAMENES DE RESONANCIA MAGNETICA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO | UQ Anestesia apoyo diagnostico | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 25.08.2021 | ANESIMAGEN | ANESTESIA PARA EL SERVICIO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS | UQ Anestesia apoyo diagnostico | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 25.08.2021 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA | UT Limonar Nutricion | ANGIE LORENA PARRA |
| 25.08.2021 | 883522 | RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECIFICO) | UT Resonancia | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 25.08.2021 | 883522 | RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECIFICO) | UT Resonancia | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 25.08.2021 | MEDIOCONTR | MEDIO DE CONTRASTE | UT Resonancia | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 25.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 26.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 26.08.2021 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENFERMERIA | UT Limonar Valoraciones Asiste | ROSA MARGARITA PRATO HERNANDEZ |
| 26.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | SALOME CARDONA GIRALDO |
| 26.08.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO | | |

| | | | | |
|------------|------------|---|--------------------------------|--------------------------------|
| | | | UT Limonar Terapia Ocupacional | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 27.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR M EDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 28.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR M EDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | LINA MARCELA GARCIA MAFLA |
| 29.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR M EDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | LINA MARCELA GARCIA MAFLA |
| 30.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR M EDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 30.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | SALOME CARDONA GIRALDO |
| 30.08.2021 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENF ERMERIA | UT Limonar Valoraciones Asiste | SIMENA DEL PILAR QUIMBAY FALLA |
| 30.08.2021 | 965901-31 | CURACION DE CATETER DE LINEA MEDIA | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | YESICA VIVIANA MOSCOSO ARANGO |
| 30.08.2021 | 965901-27 | SEGUIMIENTO CATETER PICC | UT Limonar Prog. Ter Intraveno | YESICA VIVIANA MOSCOSO ARANGO |
| 31.08.2021 | 890602-001 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR M EDICINA INTERNA | UT Limonar Medicina Interna | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 31.08.2021 | 938303-04 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO | UT Limonar Terapia Ocupacional | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 31.08.2021 | 931001-04 | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA | UT Limonar Fisioterapia | CAROLINA KESTENBERG BUITRAGO |
| 01.09.2021 | 931001-05 | TERAPIA FISICA INTEGRAL EN BETANIA | UT Ter Fisica Betania | CAROLINA ESCAMILLA FRANCO |
| 01.09.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematologia | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 01.09.2021 | 903854 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 01.09.2021 | 903835 | FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 01.09.2021 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 01.09.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO | UT Bioquimica | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 01.09.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 01.09.2021 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquimica | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 01.09.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 02.09.2021 | 931001-05 | TERAPIA FISICA INTEGRAL EN BETANIA | UT Ter Fisica Betania | CAROLINA ESCAMILLA FRANCO |
| 02.09.2021 | 890484 | INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUI ATRIA | UT Siquiatria | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 03.09.2021 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | UT Ter Ocupa Betania | MARGARITA MARIA RUIZ DUQUE |
| 03.09.2021 | 931001-05 | TERAPIA FISICA INTEGRAL EN BETANIA | UT Ter Fisica Betania | CAROLINA ESCAMILLA FRANCO |
| 03.09.2021 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENF ERMERIA | UT Valoraciones Asistenciales | JUAN CAMILO REYES JIMENEZ |
| 05.09.2021 | 890408 | INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA | UT Sicologia | EDWIN ZUNIGA ORTEGA |
| 05.09.2021 | 890408 | INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA | UT Sicologia Betania | LAURA ISABEL POTES CRUZ |
| 06.09.2021 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | UT Ter Ocupa Betania | MARGARITA MARIA RUIZ DUQUE |
| 06.09.2021 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA | UT Nutricion | LEIDY DAHYANA PEREA RODRIGUEZ |
| 06.09.2021 | 931001-05 | TERAPIA FISICA INTEGRAL EN BETANIA | UT Ter Fisica Betania | CAROLINA ESCAMILLA FRANCO |
| 07.09.2021 | 931001-05 | TERAPIA FISICA INTEGRAL EN BETANIA | UT Ter Fisica Betania | CAROLINA ESCAMILLA FRANCO |
| 07.09.2021 | 965901-31 | CURACION DE CATETER DE LINEA MEDIA | UT Prog. Terapia Intravenosa | ANGIE MELISSA CALERO SEPULVEDA |
| 07.09.2021 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENF ERMERIA | UT Valoraciones Asistenciales | LEIDY FERNANDA SANDOVAL OTERO |
| 09.09.2021 | 931001-05 | TERAPIA FISICA INTEGRAL EN BETANIA | UT Ter Fisica Betania | CAROLINA ESCAMILLA FRANCO |
| 09.09.2021 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | UT Ter Ocupa Betania | MARGARITA MARIA RUIZ DUQUE |

| | | | | |
|------------|-----------|---|-------------------------------|-------------------------------|
| 09.09.2021 | 890606-8 | CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA | UT Nutricion | LEIDY DAHYANA PEREA RODRIGUEZ |
| 09.09.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematologia | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |
| 09.09.2021 | 903813 | COLORO | UT Bioquimica | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |
| 09.09.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO | UT Bioquimica | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |
| 09.09.2021 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |
| 09.09.2021 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |
| 09.09.2021 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | UT Bioquimica | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |
| 09.09.2021 | 903856 | NITROGENO UREICO | UT Bioquimica | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |
| 10.09.2021 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | UT Ter Ocupa Betania | MARGARITA MARIA RUIZ DUQUE |
| 10.09.2021 | 890605-82 | SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENF ERMERIA | UT Valoraciones Asistenciales | CAROLINA MESA DIAZ |
| 10.09.2021 | 881302 | ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL | UT Ecografia | EDWIN ZUNIGA ORTEGA |
| 11.09.2021 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UT Hematologia | EDWIN ZUNIGA ORTEGA |
| 11.09.2021 | 902204 | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTA CION GLOBULAR - VSG] MANUAL | UT Hematologia | EDWIN ZUNIGA ORTEGA |
| 11.09.2021 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO | UT Bioquimica | EDWIN ZUNIGA ORTEGA |
| 11.09.2021 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | UT Ter Ocupa Betania | MARGARITA MARIA RUIZ DUQUE |

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 8408792

| Fecha | Hora | Medicamento | Dosis | Unidad | Vía | Ciclo | Responsable |
|------------|-------|--|---------|--------|------------|---------|---------------------------------------|
| 22.07.2021 | 21:00 | HIOSCINA 20MG/1ML (SIMPLE) | 20.00 | MG | INTRAVENOS | C/12H | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 21:00 | OMEPRAZOL 40 MG VI | 40.00 | MG | INTRAVENOS | C/12H | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 21:00 | PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4.5G - VIAL | 4500.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 21:00 | PREDNISOLONA 5MG TAB | 15.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 21:00 | SOLUCION HARTMAN BOL 1000ML | 1000.00 | ML | INTRAVENOS | C/8H | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 21:00 | AZATIOPRINA 50MG TAB | 50.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 21:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML | 3.00 | MG | INTRAVENOS | C/2H | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 21:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML | 5.00 | MG | INTRAVENOS | C/4H | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 23:00 | AZATIOPRINA 50 MG TABLETA | 50.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 23:00 | VANCOMICINA 500MG VIAL | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/12H | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 22.07.2021 | 23:00 | LACTULOSA 66.7G/100ML SOLUCION ORAL FCO 240 ML | 15.00 | ML | VIA ORAL | C/8H | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 23.07.2021 | 04:34 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 500.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | MARIA ANDREA ORTEGATE GOMEZ |
| 23.07.2021 | 05:57 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | VIA ORAL | DOUNICA | MARIA ALEJANDRA RECIO GOMEZ |
| 23.07.2021 | 21:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML | 3.00 | MG | INTRAVENOS | C/2H | ISABELA ALVAREZ VALDES |
| 23.07.2021 | 21:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML | 5.00 | MG | INTRAVENOS | C/4H | ISABELA ALVAREZ VALDES |
| 24.07.2021 | 15:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML | 3.00 | MG | INTRAVENOS | C/2H | MARIA ALEJANDRA CUARTAS OSORIO |
| 24.07.2021 | 17:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML | 5.00 | MG | INTRAVENOS | C/4H | MARIA ALEJANDRA CUARTAS OSORIO |
| 25.07.2021 | 13:00 | PREDNISOLONA 5MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | VANESSA BEDOYA JOAQUI |
| 25.07.2021 | 21:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML | 5.00 | MG | INTRAVENOS | C/4H | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 25.07.2021 | 23:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML | 3.00 | MG | INTRAVENOS | C/2H | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 26.07.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 26.07.2021 | 19:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML | 3.00 | MG | INTRAVENOS | C/2H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 26.07.2021 | 21:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML | 5.00 | MG | INTRAVENOS | C/4H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 27.07.2021 | 06:55 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML | 3.00 | MG | INTRAVENOS | C/2H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 27.07.2021 | 08:00 | SERTRALINA TABLETAS 50 MG | 50.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 27.07.2021 | 12:31 | DESFLURANE 100G/100ML FCO 240ML | 40.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 12:31 | ACETAMINOFEN 500 MG | 100.00 | MG | VIA ORAL | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 12:31 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 100.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |

| | | | | | | | |
|------------|-------|---|---------|-----|------------|---------|---------------------------------------|
| 27.07.2021 | 12:31 | DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3 ML | 50.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 12:31 | HIDROMORFONA JERINGA PRELENA 0.2MG/ML X 5ML | 0.60 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 12:31 | DIPIRONA SOL INY 2.5G/5ML AMPOLLA | 2000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 12:31 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP 1ML | 2.00 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 12:31 | FENTANILO 100 MCG/2 ML SOL INY | 100.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 12:31 | PROPOFOL 10 MG/ML X 20 ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 12:31 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 12:31 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 12:31 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 12:31 | LIDOCAINA JG PRELENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 13:08 | ACETAMINOFEN 500 MG | 500.00 | MG | VIA ORAL | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 14:02 | HALOPERIDOL 5MG/ML AMPOLLA 1ML | 5.00 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 14:02 | ACIDO TRANEXAMICO 500MG/5ML | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 14:24 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 20.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 15:07 | ALBUMINA (HUMANA) 20%-BOLX 50ML | 10.00 | G | INTRAVENOS | DOUNICA | INDIRA FABIANA CUJINO ALVAREZ |
| 27.07.2021 | 21:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML | 5.00 | MG | INTRAVENOS | C/4H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 28.07.2021 | 05:00 | CEFTRIAXONA 1000 MG VIAL | 2000.00 | MG | INTRAVENOS | C/24H | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 28.07.2021 | 07:00 | VANCOMICINA 500MG VIAL | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 28.07.2021 | 11:00 | VANCOMICINA 500MG VIAL | 1000.00 | MG | INTRAVENOS | C/12H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 28.07.2021 | 15:00 | VANCOMICINA 500MG VIAL | 750.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 28.07.2021 | 19:00 | DIPIRONA SOL INY 2.5G/5ML AMPOLLA | 1250.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 28.07.2021 | 21:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML | 5.00 | MG | INTRAVENOS | C/4H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 29.07.2021 | 11:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | SALOME CARDONA GIRALDO |
| 29.07.2021 | 21:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML | 5.00 | MG | INTRAVENOS | C/4H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 30.07.2021 | 13:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 3.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 30.07.2021 | 15:00 | MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA | 400.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 30.07.2021 | 17:00 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL | 2.50 | G | INTRAVENOS | C/8H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 30.07.2021 | 17:00 | RIFAMPICINA 300MG CP | 300.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 30.07.2021 | 21:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 30.07.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 3.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES |
| 30.07.2021 | 21:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML | 5.00 | MG | INTRAVENOS | C/4H | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 30.07.2021 | 21:00 | CLOTIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO | 5.00 | G | TOPICA | C/8H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 31.07.2021 | 08:19 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 30.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | RODRIGO FIGUEROA PERDOMO |
| 31.07.2021 | 08:20 | PCA OXICODONA 0,5 MG/ML EN 50ML SSN 0.9% | 25.00 | MG | INTRAVENOS | D1 Y D2 | RODRIGO FIGUEROA PERDOMO |
| 31.07.2021 | 08:20 | PCA OXICODONA 0,5 MG/ML EN 50ML SSN 0.9% | 25.00 | MG | INTRAVENOS | D1 Y D2 | RODRIGO FIGUEROA PERDOMO |
| 31.07.2021 | 11:00 | PROTEINA SUERO (PROCRILL) X275g | 20.00 | G | VIA ORAL | D1-D9 | ANGIE LORENA PARRA |
| 31.07.2021 | 11:00 | DIPIRONA SOL INY 2.5G/5ML AMPOLLA | 1250.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 31.07.2021 | 23:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 01.08.2021 | 11:00 | SERTRALINA TABLETAS 50 MG | 50.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 01.08.2021 | 17:00 | ENOXAPARINA 40 MG JG | 40.00 | MG | SUBCUTANEA | C/24H | DANIEL CAMILO LOPEZ RINCON |
| 01.08.2021 | 19:00 | LORATADINA 10 MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 01.08.2021 | 23:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 02.08.2021 | 10:06 | PCA OXICODONA 0,5 MG/ML EN 50ML SSN 0.9% | 25.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 02.08.2021 | 23:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 03.08.2021 | 07:39 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML | 20.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 03.08.2021 | 07:39 | DEXAMETASONA FOSFATO INY 8MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 03.08.2021 | 07:39 | DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3 ML | 50.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 03.08.2021 | 07:39 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 20.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 03.08.2021 | 07:39 | | 0.60 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|-----|------------|---------|---------------------------------------|
| | | HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML | | | | | |
| 03.08.2021 | 07:39 | DIPIRONA SOL INY 2.5G/5ML AMPOLLA | 2000.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 03.08.2021 | 07:39 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP 1ML | 2.00 | MG | INTRAMUSCU | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 03.08.2021 | 07:39 | BUPIVACAINA 50MG / 10 ML SOL INY AMP | 50.00 | MG | EPIDURAL | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 03.08.2021 | 07:39 | FENTANILO 100 MCG/2 ML SOL INY | 100.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 03.08.2021 | 07:39 | PROPOFOL 10 MG/ML X 20 ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 03.08.2021 | 07:39 | ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML | 1.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 03.08.2021 | 07:39 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 03.08.2021 | 07:39 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 03.08.2021 | 07:39 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 03.08.2021 | 07:39 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 03.08.2021 | 09:02 | CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO | 3.00 | G | TOPICA | C/8H | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 03.08.2021 | 15:00 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | IVAN VANEGAS CARDOZO |
| 03.08.2021 | 15:00 | PCA OXICODONA 0,5 MG/ML EN 50ML SSN 0.9% | 25.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 03.08.2021 | 17:47 | ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML | 8.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | IVAN VANEGAS CARDOZO |
| 03.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 03.08.2021 | 21:00 | PCA OXICODONA 0,5 MG/ML EN 50ML SSN 0.9% | 25.00 | MG | INTRAVENOS | C/12H | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 04.08.2021 | 21:00 | PCA OXICODONA 0,5 MG/ML EN 50ML SSN 0.9% | 25.00 | MG | INTRAVENOS | C/12H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 04.08.2021 | 21:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | DOUNICA | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 05.08.2021 | 21:00 | PCA OXICODONA 0,5 MG/ML EN 50ML SSN 0.9% | 25.00 | MG | INTRAVENOS | C/12H | LUIS FELIPE LAVERDE MARTINEZ |
| 05.08.2021 | 23:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 06.08.2021 | 08:27 | PCA OXICODONA 0,5 MG/ML EN 50ML SSN 0.9% | 25.00 | MG | INTRAVENOS | C/12H | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 06.08.2021 | 13:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 2.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 06.08.2021 | 17:00 | PCA OXICODONA 0,5 MG/ML EN 50ML SSN 0.9% | 25.00 | MG | INTRAVENOS | C/12H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 06.08.2021 | 23:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 07.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 07.08.2021 | 19:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 2.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 08.08.2021 | 07:00 | SERTRALINA 50 MG. TAB | 50.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 08.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 08.08.2021 | 19:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 2.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 09.08.2021 | 13:42 | DIPIRONA SOL INY 2.5G/5ML AMPOLLA | 2500.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 09.08.2021 | 13:42 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML | 60.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 09.08.2021 | 13:42 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML) | 1000.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 09.08.2021 | 13:42 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 09.08.2021 | 13:42 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 80.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 09.08.2021 | 13:42 | PROPOFOL 10 MG/ML X 20 ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 09.08.2021 | 13:42 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 10.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 09.08.2021 | 13:42 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 10.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | ANDRES FELIPE BONNET MALDONADO |
| 09.08.2021 | 16:14 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 3.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | CAROLINA GIRALDO ESCOBAR |
| 09.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 09.08.2021 | 19:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 2.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 10.08.2021 | 09:00 | PROTEINA SUERO (PROCRILL) X275g | 20.00 | G | VIA ORAL | D1-D9 | ANGIE LORENA PARRA |
| 10.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 10.08.2021 | 19:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 2.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 11.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |

| | | | | | | | |
|------------|-------|---|---------|-----|------------|---------|--|
| 11.08.2021 | 19:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 2.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 12.08.2021 | 17:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 2.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 12.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 12.08.2021 | 21:00 | ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML | 8.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 13.08.2021 | 07:00 | OMEPRAZOL 40 MG VI | 40.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 13.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 13.08.2021 | 23:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 2.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 14.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 15.08.2021 | 15:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 2.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 15.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JOHAN SEBASTIAN ESPITIA PEDRAZA |
| 16.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 16.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 2.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 17.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 17.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 2.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 18.08.2021 | 17:00 | CLORURO DE POTASIO 0,04MEQ/ML X 250ML EN SSN 0,9% (PERIFÉRIC | 250.00 | ML | INTRAVENOS | C/6H | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 18.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 18.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 18.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 2.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 18.08.2021 | 21:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 19.08.2021 | 09:00 | PROTEINA SUERO (PROCRILL) X275g | 20.00 | G | VIA ORAL | D1-D9 | ANGIE LORENA PARRA |
| 19.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 19.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 20.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 20.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 21.08.2021 | 11:00 | HIOSCINA 20MG/1ML (SIMPLE) | 20.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 21.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 21.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 22.08.2021 | 07:00 | HIOSCINA 20MG/1ML (SIMPLE) | 20.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | DANIELA ESPINOSA CARDENAS |
| 22.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 22.08.2021 | 19:00 | HIOSCINA 20MG/1ML (SIMPLE) | 10.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 22.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 23.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | CARLOS AUGUSTO VELEZ RIAÑO |
| 23.08.2021 | 23:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 24.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 24.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 25.08.2021 | 11:26 | LIDOCAINA CLORH 2% X 10 ML - AMP | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | RAUL DARIO SANTOS CERQUERA |
| 25.08.2021 | 11:26 | PROPOFOL 10 MG/ML X 20 ML | 200.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | RAUL DARIO SANTOS CERQUERA |
| 25.08.2021 | 11:26 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML | 20.00 | ML | INHALATORI | DOUNICA | RAUL DARIO SANTOS CERQUERA |
| 25.08.2021 | 12:14 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML | 16.00 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | RAUL DARIO SANTOS CERQUERA |
| 25.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 25.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | JUAN DAVID MUÑOZ SERNA |
| 26.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 26.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 27.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |

| | | | | | | | |
|------------|-------|---|---------|-----|------------|---------|---------------------------------------|
| 27.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 28.08.2021 | 09:00 | PROTEINA SUERO (PROCRILL) X275g | 20.00 | G | VIA ORAL | D1-D9 | ANGIE LORENA PARRA |
| 28.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 28.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO |
| 29.08.2021 | 07:38 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL | 2.50 | G | INTRAVENOS | C/8H | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 29.08.2021 | 13:00 | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G / 0,5G VIAL | 2.50 | G | INTRAVENOS | C/8H | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 29.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 29.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 30.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 30.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | NICOLAS LOZANO SUSO |
| 31.08.2021 | 19:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 31.08.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | LAURA VALENTINA CARVAJAL DEL CASTILLO |
| 01.09.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 01.09.2021 | 21:00 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 02.09.2021 | 06:51 | OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML | 4.00 | MG | INTRAVENOS | C/6H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 02.09.2021 | 07:00 | OMEPRAZOL 20MG CAPSULA | 20.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | MARIA XIMENA CONDINES CHICUREL |
| 02.09.2021 | 13:00 | OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 02.09.2021 | 20:00 | OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 02.09.2021 | 20:00 | TIZANIDINA 2MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 02.09.2021 | 20:00 | CLOZAPINA 25MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 03.09.2021 | 10:00 | SERTRALINA 50 MG. TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 03.09.2021 | 19:00 | OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |
| 03.09.2021 | 20:00 | CLONIDINA 150 MCG TAB | 75.00 | MCG | VIA ORAL | C/24H | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |
| 03.09.2021 | 21:00 | TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 04.09.2021 | 09:00 | PROTEINA SUERO (PROCRILL) X275g | 20.00 | G | VIA ORAL | D1-D9 | LEIDY DAHYANA PEREA RODRIGUEZ |
| 04.09.2021 | 09:00 | SERTRALINA 50 MG. TAB | 25.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 04.09.2021 | 13:00 | OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |
| 04.09.2021 | 19:00 | NAPROXENO 250 MG COMPRIMIDOS | 500.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | EDWIN ZUNIGA ORTEGA |
| 04.09.2021 | 19:00 | OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |
| 05.09.2021 | 19:00 | OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 05.09.2021 | 23:40 | TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TAB | 50.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 06.09.2021 | 18:13 | METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP. | 10.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 06.09.2021 | 19:00 | OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 06.09.2021 | 23:00 | OMEPRAZOL 40 MG VI | 40.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | EDWIN ZUNIGA ORTEGA |
| 07.09.2021 | 10:44 | SUCRALFATO 1000MG TAB | 1000.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 07.09.2021 | 13:00 | SUCRALFATO 20G/100ML SUSPENSION FCO 240ML | 1000.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 07.09.2021 | 19:00 | OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |
| 07.09.2021 | 23:00 | METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP. | 10.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 07.09.2021 | 23:00 | OMEPRAZOL 40 MG VI | 40.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 08.09.2021 | 07:00 | OMEPRAZOL 40 MG VI | 40.00 | MG | INTRAVENOS | C/24H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 08.09.2021 | 14:00 | METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP. | 10.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |
| 08.09.2021 | 20:00 | OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | JAIRO ALONSO GALLEGU VILLANUEVA |
| 08.09.2021 | 23:00 | OMEPRAZOL 40 MG VI | 40.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 09.09.2021 | 13:00 | ONDANSETRON 8 MG/4ML AMP 4ML | 8.00 | MG | INTRAVENOS | C/8H | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |
| 09.09.2021 | 20:00 | HIOSCINA 20MG/1ML (SIMPLE) | 20.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIRO ALONSO GALLEGU VILLANUEVA |
| 09.09.2021 | 20:00 | METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP. | 10.00 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | JAIRO ALONSO GALLEGU VILLANUEVA |

| | | | | | | | |
|------------|-------|--|---------|-----|------------|-------|----------------------------------|
| 09.09.2021 | 20:00 | OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |
| 09.09.2021 | 20:00 | OMEPRAZOL 40 MG VI | 40.00 | MG | INTRAVENOS | C/24H | JAIRO ALONSO GALLEGOS VILLANUEVA |
| 10.09.2021 | 17:00 | CIPROFLOXACINA 3MG/ML 10ML FCO OTICA GOTAS | 2.00 | GTA | OTICA | C/12H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 10.09.2021 | 20:00 | OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | EDWIN ZUNIGA ORTEGA |
| 11.09.2021 | 14:00 | ONDANSETRON 8MG TAB | 8.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 11.09.2021 | 18:00 | OMEPRAZOL 20MG CAPSULA | 20.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 11.09.2021 | 19:00 | HIOSCINA 10 MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 11.09.2021 | 20:00 | OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | ASHLEY OWENE BUSTOS MUÑOZ |
| 12.09.2021 | 08:45 | TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TAB | 50.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 08:45 | TIZANIDINA 2MG TAB | 2.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 08:45 | SUCRALFATO 20G/100ML SUSPENSION FCO 240ML | 1000.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 08:45 | PREDNISOLONA 5MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 08:45 | OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 08:45 | ONDANSETRON 8MG TAB | 8.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 08:45 | OMEPRAZOL 20MG CAPSULA | 20.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 08:45 | HIOSCINA 10 MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 08:45 | ENOXAPARINA 40 MG JG | 40.00 | MG | SUBCUTANEA | C/24H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 08:45 | CLONIDINA 150 MCG TAB | 75.00 | MCG | VIA ORAL | C/24H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 08:45 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 10:00 | CLONIDINA 150 MCG TAB | 75.00 | MCG | VIA ORAL | C/24H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 10:00 | ENOXAPARINA 40 MG JG | 40.00 | MG | SUBCUTANEA | C/24H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 10:00 | HIOSCINA 10 MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 10:00 | OMEPRAZOL 20MG CAPSULA | 20.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 10:00 | ONDANSETRON 8MG TAB | 8.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 10:00 | OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 10:00 | PREDNISOLONA 5MG TAB | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 10:00 | TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TAB | 50.00 | MG | VIA ORAL | C/24H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 10:00 | ACETAMINOFEN 500MG TAB | 1000.00 | MG | VIA ORAL | C/8H | LAURA MARCELA MOSQUERA SALAS |
| 12.09.2021 | 20:00 | OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA | 10.00 | MG | VIA ORAL | C/12H | WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO |

Epicrisis

Fecha Registro: 22.07.2021

Hora Registro: 18:43:48

Responsable: BADILLO MORALES, ANGELICA GISELLE

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Epicrisis

Nombre : LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ

Historia Clínica :0001319278

Episodio:0008408792

Documento de identificación : .CC .1107531724

Edad :21Años

Sexo:F

Entidad:COOMEVA EPS S.A. RC

Servicio de ingreso: . . .UE Limo Observa 1 Urgencias

Fecha ingreso:22.07.2021

Hora ingreso:17:53:42

Medico Tratante :AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad:REUMATOLOGIA

Dictado por:

Diagnósticos de ingreso:

E639 .DEFICIENCIA NUTRICIONAL, NO ESPECIFICADA

F401 .FOBIAS SOCIALES

M866 .OTRAS OSTEOMIELITIS CRONICAS

R509 .FIEBRE, NO ESPECIFICADA

M329 .LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION
G470 .TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO
(INSOMNIOS)

Diagnósticos de egreso:

E639 .DEFICIENCIA NUTRICIONAL, NO ESPECIFICADA

F401 .FOBIAS SOCIALES

M866 .OTRAS OSTEOMIELITIS CRONICAS

R509 .FIEBRE, NO ESPECIFICADA

M329 .LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION

G470 .TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO
(INSOMNIOS)

Causa de admisión y enfermedad actual:

HISTORIA DE INGRESO

Paciente de 21 años con antecedente de LES severo, compromiso inmunológico, hematológico, múltiples complicaciones neurológicas y vasculares.

Consulta por cc de 1 mes de evolución consistente en dolor en cadera derecha intenso irradiado a miembro inferior derecho. Consultaron a fisioterapia en IPS primaria, documentando estudio radiológico del 16/06/221 Signos de osteopenia, osteolisis y marcada destrucción de cabeza femoral derecha. Adicionalmente lleva 3 días sin deposiciones, distensión abdominal marcada y dolor abdominal, no emesis, flatos presentes. refiere palpitations, no disnea, manifiesta pico febril en casa. Niega síntomas urinarios irritativos, niega sangrado, melenas, rectorragia. Refiere secreción serosa y amarillosa por escara trocanterica derecha.

En seguimiento por Dr Aguirre reumatología, última consulta abril 2021: paciente con Lupus eritematoso sistémico SEVERO, diagnosticado en 2018, con compromiso inmunológico y hematológico (PTI). Hospitalización en junio/20 por sospecha de mielitis transversa, postración, compromiso neuropsiquiátrico con alta sospecha de actividad de lupus. Desde el ingreso complemento sin consumo, antiDNA negativo, anemia severa con Coombs positivo sin otros hallazgos de hemólisis. Con los siguientes problemas:

- COMPROMISO NEUROLÓGICO: RMN inicial sin mielitis pero en cerebro

realce nodular de causa no clara, se sospechó infección, LCR con cultivos y PCR múltiple y de TB negativos (sep/20). Nueva RMN cerebral

con persistencia de realce perivascular, se consideró vasculitis asociada a LES vs LINFOMA DE SNC, LCR con citometría de flujo sin infiltración, se consideró que el compromiso neurológico fue secundario

a LUPUS ACTIVO CON VASCULITIS SECUNDARIA A LES. Neurología indicó EEG

ambulatorio. DADO QUE HA TENIDO LUPUS REFRACTARIO a esteroide y dada la

imposibilidad de avanzar en inmunosupresión por infecciones severas en

piel y óseas, se inició Inmunoglobulina 0.4g/kg sin complicaciones el

09.10.20. TUVO PROGRESION DE LOS HALLAZGOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A

LES e infección persistente, por lo que se continuó Inmunoglobulina G IV

1g/kg/día por 2 días (Nov 13-14.20, Dic 14-15.2020, Ene 15/21). Con GRAN

mejoría neurológica en producción verbal, por lo cual se debe dar continuidad, se ajusta dosis a 1 gr/kg mensual. MIPRES LISTA UNIRS.

-Se solicitó porfobilinógeno en orina el cual fue normal (0.6 mg).

- Escara sacra CUBIERTA POR PROCEDIMIENTO RECIENTE -COLGAJO POR CIRUGIA

PLASTICA- terapia atb guiado por infecto (Piptazo, luego vanco, imipenem y caspofungina, sulfamicilina 42 días), lavados por cirugía y sistema VAC.

Problemas:

- LES SEVERO, GARANTIZAR APLICACIONES INMUNOGLOBULINA
- Inmunoglobulina vial 5 gr/50 ml (100 mg/mL), aplicar 50 gramos endovenoso infusión según protocolo cada mes- Premedicar con acetaminofen 1 gr VO, Loratadina 10 mg VO.
- Prednisolona tab 5mg. 2 diarias después de desayuno
- Azatioprina tab. 50 mg, 1 después de almuerzo
- Calcio con vitD tab 600mg/200UI. 1 al día media mañana
- Esomeprazol tab. 20 mg, 1 en ayuno"

Examen físico

Paciente en regulares condiciones generales, alerta, afebril, diaforetica, algica, taquicardica.

Sv PA 136/93, fc 150, fr 22, sat 94% al ambiente

Conjuntivas hipocromicas, mucosa oral humeda y rosada

Cuello movil sin adenopatias

Torax simetrico, normoexpansivo, rcr sin soplos, normoventilado, crepitos bibasales escasos.

Abdomen blando, depresible, marcada distension, timpanismo, no masas o lesiones, dolor a la palpacion generalizada

Extremidades con edema GI sin fovea, limitacion a la movilidad por dolor. Escaras trocantericas bilaterales, derecha con secrecion amarillosa, escaso sangrado x escara izquierda.

Snc alerta, orientada, sin focalizacion.

Paciente de 21 años con antecedente de LES severo, compromiso inmunologico, hematologico, multiples complicaciones neurologicas y

vasculares.

Consulta por cc de 1 mes de evolucion consistene en dolor en cadera

derecha intenso irradiado a miembro inferior derecho. Consultaron a

fisiatria en IPS primaria, documentando estudio radiologico del 16/06/221 Signos de osteopena, oseotilisis y marcada destruccion de

cabeza femoral derecha. Adicionalmente lleva 3 dias sin deposiciones

, distension abdominal marcada y dolor abdominal, no emesis, flatos prsentes. refiere palpitaciones, no disnea, manifiesta pico febril en

casa. Niegan sintomas urinarios irritativos, niega sangrado, melenas

, rectorragia. Refiere secrecion serosa y amarillosa por escara trocanterica derecha.

Ingresa pte en regular estado general, taquicardica, afebril, diaforetica, con dolor abdominal y distension marcada, dolor intenso en

cadera derecha, escaras con secrecion activa, sin deficit neurologico,

sin signos de hipoperfusion en el momento.

Se comenta y valora pte en conjunto con Dr Villamil Med interna , se

indica reanimacion hidrica de pte, manejo de dolor, sospecha de proceso

infeccioso, probable artritis septica vs infeccion de tejidos blandos

por lo documentado en estudio radiologico extrainstitucional y estado de

escaras actuales. Adicionalmente llama la atencion abdomen con marcada

distension y ausencia de deposicion. Se indica policultivar a pte,

se

indica rx torax, rx abdomen, gases arteriales y ekg ahora, ss ch, funcion renal, electrolitos, reactantes inflamatorios y de actividad

lupica.

Revalorar con resultados para ajustes en manejo medico, estudios y conductas adicionales.

Vigilancia activa, control de sv.

Se explica a pte y familiar, entienden y aceptan,

MEDICINA FAMILIAR UCE BETANIA

LUISA FERNANDA ISAZA GONZALEZ

21 años

CC: 1107531724

COOMEVA EPS S.A. RC

VIVE EN BARRIO SILOE CON PADRES

DIAGNÓSTICOS:

1. Ulcera trocantérica derecha asociada a osteomielitis cadera derecha
 - 1.1 POP Lavado + desbridamiento + retiro de VAC 09.08.2021
 - 1.2 POP Desbridamiento y secuestrectomia con colocación de dispositivo VAC (03.08.21)
 - 1.3 POP erradicación infección cadera derecha (27.07.2021)
2. Lupus eritematoso sistémico Severo - inmunológico y hematológico
 - 2.1 Compromiso inmunológico, hematológico, sistema nervioso central.
3. Fístula cadera izquierda
4. Ulcera sacra
5. Otitis Externa Izquierda

Antimicrobianos

- Vancomicina 22.07.2021- 27.07.2021
- Piperacilina tazobactam 22.07.2021 - FF 26.07.2021
- Cefta-Avibac + Moxifloxacin FI 30.07.21 -Activo Día 32/42
- Rifampicina FI 30.07.2021 FF 13.08.2021
- Clotrimazol FI 30.07.21 - (Activó Día 33)

Paciente femenina de 21 años de edad con diagnóstico de LES en el momento inactivo, con compromiso hematológico, inmunológico y SNC

, usuaria crónica de esteroides, con hospitalización prolongada hasta

febrero 2021, tuvo osteomielitis en caderas con aislamiento de Proteus, entre otros gérmenes resistentes. Ahora hospitalizada nuevamente en

contexto de osteomielitis bilateral ya llevada a procedimiento por

ortopedia en cadera derecha el 27.07.2021. Tiene reporte de cultivo de

hueso con Pseudomonas aeruginosa KPC, EDTA (-) solo sensible a levofloxacin y ceftazidima/avibactam y S. Aureus R Eritromicina. En

manejo con infectología quienes establecen pauta antibiótica con Ceftazidima/Avibactam + Moxifloxacin que debe completar por 6 semanas.

SUBJETIVO:

Paciente refiere persistencia de epigastralgia asociado a náuseas, niega nuevos episodios eméticos. Refiere desde hace 6 días sin vía oral.

Niega dolor abdominal y refiere mejoría de dolor ótico. Diuresis y

deposiciones positivas, sin alteraciones. Niega picos febriles.

EXAMEN FISICO:

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADA Y COLABORADORA, SIN SOPORTE DE OXIGENO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, PARAPLEJIA EEII.

SIGNOS VITALES:

HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT

11.09.2021 04:36:07 .36,40 .66,00 .18,00 .105,00 .53,00 .70,33 .96,00

11.09.2021 00:35:42 .36,20 .92,00 .18,00 .110,00 .80,00 .90,00 .94,00

10.09.2021 20:35:16 .36,00 .72,00 .18,00 .112,00 .73,00 .86,00 .96,00

CABEZA Y CUELLO OJOS: Pupilas Isocóricas Normo reactivas,

MUCOSAS: húmedas, escleras Anictéricas

CUELLO: No masas, no megalias.

CARDIO/PULMONAR CORAZÓN: Ruidos Cardiacos rítmicos, sin soplos.

PULMONAR: ruidos respiratorios normales, sin agregados.

ABDOMEN: sin distensión abdominal, blando, depresible, no doloroso a la

palpación, sin signos de irritación peritoneal.

EXTREMIDADES: limitación funcional en cadera derecha, con AMAS severamente comprometidos. Escaras trocantéricas bilaterales cubiertas

por apósitos limpios y secos sin estigmas de sangrado. edema en rodilla

derecha, sin compromiso en arcos de movilidad.

SNC: Glasgow 15/15, respuesta plantar flexora bilateral, reflejos

OTS

+++ / +++

PARACLINCOS:

- 11.09.2021: LEUCOCITOS 3680, NEUTROFILOS 1760, LINFOCITOS 1430, HB

11.5, HTO 38.5 PLAQUETAS 254000, PCR 1.15, VSG 38.

-09.09.2021: LEUCOCITOS: 3000, NEUTROFILOS: 1080, LINFOCITOS: 1460,

HB:

10.5, HTO: 34.9, PLAQUETAS:244000, BUN: 5.6, CR: 0.35, NA:143.4, K:

3.65, CL: 107.3, PCR: 1.22

- 01.09.2021: HB 11.1, LEUCOS 3790, N 1440, PLAQ 31600, PCR 1.41

BUN 9.8, CREA 0.35, NA 144.1, K 3.85, MG 2.1, P 4.8

-24.08.2021 Creatinina: 0.37, Fósforo: 4.95, Magnesio: 2.0, BUN:

10.9,

potasio: 4.06, sodio: 143PCR

- 23.08.2021 Na 145, K 3.8, CL 109

-20.08.2021 Leucos 3680, N 1730, L 1250, HB 10, PLAQ 270, VSG 46,

CRS

0.37

- 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38,

BUN

0.98 k 3.8, C3 146, C4 30, ANTI DNA 11

- 19.08.2021 Leucos 3620, N 1770, L 1290, HB 11, PLA 318, CR 0.38,

BUN

0.98 k 3.8

-18.08.2021 Leucos 3430, N 1370, L 1400, HB 10.8, PLAQ 254, VSG 46,

ALT

19, ST 17, PCR 1.31 K 3.2

-14.08.2021 Lecucos 2840, N 1480, L 910, HB 11.1, PLAQ 282, BT 0.17,

BD

0.1, BI 0.06, ALT 13, AST 14, FFA 175, GGT 95, K 4, MG 2.1, P 4.8

Lipasa

37, PCR 1.7

Microbiológicos:

-17.08.2021: Se obtuvo crecimiento abundante de bacilos Gram negativos

(Escherichia coli (RESISTENTE A CEFEPIME, CEFTAZIDIMA, CEFTRIAXONA

, CIPROFLOXACINA) y Proteus mirabilis RESISTENTE A: AMPI-SULBACTAM, GENTAMICINA, IMIPENEM.) y Staphylococcus aureus RESISTENTE A GENTAMICINA,

LEVOFLOXACINA, OXACILINA, PENICILINA, TETRACICLINA, TOBRAMICINA, a las

24 y 48 horas de incubación.

-14.08.2021: HEMOCULTIVO: NEGATIVO HASTA LA FECHA.

-05.08.21 Cultivo de Secreción de úlcera de trocánter mayor izquierda:

Candida Albicans

-30.07.21 P. aeruginosa KPC (+) CARBANP (+) EDTA (-)

-23.07.2021 hisopado rectal negativo

-22.07.2021: urocultivo pseudomonas aeruginosa, E. faecalis sin antibiograma

-22.07.2021: secreción trocanterica derecha e izquierda P. mirabilis y

S.aureus a las 24 horas sin antibiograma

-22.07.2021: hemocultivos #1 #2 negativos hasta la fecha

-27.07.2021: cultivo de hueso: Pseudomonas aeruginosa KPC EDTA (-)

****10.09.2021 ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS**

BILIARES RIÑON ES BAZO**

El hígado es de tamaño, contornos y segmentación normal. No se definen l

esiones focales sólidas ni quísticas en los segmentos evaluados. El lóbu

lo hepático derecho mide 15,1 cm.

Vesícula distendida de paredes delgadas sin observar cálculos en su

interior. No hay dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática.

El páncreas se visualiza de manera parcial, en la porción de cabeza y cu

erpo no presenta alteraciones.

El bazo es de configuración y ecogenidad normal midiendo 10,8 cm.

Ambos riñones tienen forma, tamaño, contornos y ecogenidad normales. N

o se observan lesiones focales en su parénquima ni dilatación de sus sis

temas caliciales. Su diferenciación cortico-medular se encuentra conservada.

El riñón derecho mide 10,5 x 4,0 x 5,0 cm.El riñón izquierdo mide 10 ,1 x

5,2 x 5,0 cm.No se observan cálculos mayores a 3mm, masas ni colecciones

perirrenales. Vejiga pobremente distendida, lo que limita su valoración

sin embargo presenta trabeculación y engrosamiento de hasta 6 mm de sus

paredes, asociado a material móvil de baja ecogenidad en su interior

que sugiere detritus.No se define liquido libre intra-abdominal. Opinión

1. Engrosamiento y trabeculación de las paredes vesicales con detritus i

ntravesical.

2. Resto del estudio dentro de límites normales.

**** 20.08.2021 Ecocardiograma TT: FEVi 60-65% sin trastornos de la**

contractilidad, sin signos de hipertensión pulmonar, sin alteraciones valvulares, sin dilatación del VD, sin cortocircuitos.

*25.08.2021: RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR
Cambios postquirúrgicos por osteotomía y resección de la cabeza y del cuello femoral derechos, con signos de osteomielitis de la superficie femoral de la osteotomía. hay cambios cicatriciales crónicos con signos de actividad inflamatoria en la cápsula articular y en los tejidos

pericapsulares de la cadera derecha, que comunican con una escara en la región lateral. escara profunda con tejido de granulación y rodeando la región peritrocantérica izquierda, sin signos de osteomielitis ni artritis asociada. hallazgos compatibles con múltiples focos de osteonecrosis en el hueso subcondral de ambas rodillas. no hay

cambios inflamatorios óseos o intraarticulares que sugieran un componente inflamatorio/ infeccioso en rodillas.

ANALISIS:

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE LES EN EL MOMENTO INACTIVO, CON COMPROMISO HEMATOLÓGICO, INMUNOLÓGICO Y SNC

USUARIA CRÓNICA DE ESTEROIDES, CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA HASTA FEBRERO 2021, TUVO OSTEOMIELITIS EN CADERAS CON AISLAMIENTO DE PROTEUS, ENTRE OTROS GÉRMEENES RESISTENTES. AHORA HOSPITALIZADA NUEVAMENTE EN

CONTEXTO DE OSTEOMIELITIS BILATERAL YA LLEVADA A PROCEDIMIENTO POR

ORTOPEDIA EN CADERA DERECHA EL 27.07.2021. TIENE REPORTE DE CULTIVO DE HUESO CON PSEUDOMONAS AERUGINOSA KPC, EDTA (-) SOLO SENSIBLE A LEVOFLOXACINA Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y S. AUREUS R ERITROMICINA. EN

MANEJO CON INFECTOLOGÍA QUIENES ESTABLECEN PAUTA ANTIBIÓTICA CON CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM + MOXIFLOXACINA POR 6 SEMANAS LOS CUALES CULMINO EL DÍA DE AYER 10.09.2021. PACIENTE SIN NECESIDAD DE NUEVAS INTERVENCIONES POR PARTE DE ORTOPEDIA, DEBE SER VALORADA POR CIRUGÍA PLÁSTICA UNA VEZ SE RESUELVA PROCESO INFECCIOSO.

TIENE EKG QUE EVIDENCIÓ ONDAS T INVERTIDAS EN V1-V5, INICIALMENTE ASOCIADO A HIPOKALEMIA, LA CUAL YA ESTA CORREGIDA. SE SOLICITÓ ECO TT SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES EN LA CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA NI GLOBAL CON ADECUADA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y SIN DILATACIÓN DEL DERECHO.

DEBIDO A EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN CADERA Y CAMBIOS INFLAMATORIOS EN RODILLAS, SE SOLICITÓ COMPLEMENTO Y ANTIDNA PARA DETECTAR POSIBLE ACTIVIDAD LÚPICA, SIN EMBARGO, NO HAY ALTERACIÓN. VALORADA POR REUMATOLOGÍA, NO CONSIDERAN SE TRATE DE ACTIVIDAD LÚPICA Y SE SOSPECHA MÁS UNA POSIBLE ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA, POR LO QUE SE SOLICITÓ RESONANCIA MAGNÉTICA SIN SIGNOS DE ARTRITIS SÉPTICA PERO CON

FOCOS DE OSTEONECROSIS. ORTOPEDIA REVALORA CONSIDERA "EL MANEJO PARA LA OSTEONECROSIS ARTICULAR CONSISTIRÍA EN UN REEMPLAZO ARTICULAR EL CUAL, POR RAZONES EVIDENTES EN ESTA PACIENTE DADOS SUS PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS, INFECCIOSOS Y NEUROLÓGICOS, NO ES PERTINENTE REALIZAR EN ESTE MOMENTO.

ACTUALMENTE PACIENTE REFIERE PERSISTENCIA DE EPIGASTRALGIA Y NÁUSEAS, SIN NUEVOS EPISODIOS EMÉTICOS. AL EXAMEN FÍSICO ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA Y SIN ALTERACIONES AL EXAMEN FÍSICO ABDOMINAL. SE SOLICITÓ ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL (10.09.2021) PARA ESTUDIO DE

DOLOR ABDOMINAL Y EPISODIO EMÉTICO PREVIO DE CARACTERÍSTICAS BILIOSAS LA CUAL REPORTA ENGROSAMIENTO Y TRABECULACIÓN DE LAS PAREDES VESICALES CON DETRITUS SIN EVIDENCIA DE OTRAS ALTERACIONES INTRA ABDOMINALES.

PARACLÍNICOS DE CONTROL, CON VSG LEVEMENTE ELEVADA, HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS, ANEMIA LEVE Y PCR LIGERAMENTE ELEVADA EN DESCENSO. SE

ENCUENTRA EN TRATAMIENTO CON CIPROFLOXACINO GOTAS ÓTICAS POR OTITIS EXTERNA.

POR EL MOMENTO DEBE CONTINUAR HOSPITALIZADA PARA CONTROL SINTOMÁTICO, SE DEFINIRÁ POSIBLE SALIDA CON HOMECARE. PACIENTE VIVE EN SILOE CON PADRES Y REFIERE PREVIAMENTE CONTABA CON HOMECARE CON CURACIONES Y TERAPIA FÍSICA. CONTINUAR MANEJO CON IBP E INICIO DE VÍA ORAL PARA

VALORAR TOLERANCIA. SE ROTAN MEDICAMENTOS VÍA ORAL. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

VALORADA EL DÍA DE HOY POR DR. ALVARO DIAZ MEDICO INTERNISTA, QUIEN INDICA DAR EGRESO AMBULATORIO CON:

- CITAS DE CONTROL CON INFECTOLOGÍA, ORTOPEDIA, CIRUGÍA PLÁSTICA, MEDICINA INTERNA, REUMATOLOGÍA, PSIQUIATRÍA, INFECTOLOGÍA
- CURACIONES HERIDAS POR TERAPIA ENTEROSTOMAL DOS VECES POR SEMANA POR 30 DÍAS
- TERAPIA FÍSICA 3 VECES POR SEMANA POR 30 DÍAS
- INCAPACIDAD MÉDICA
- EGRESO SEGURO

TRATAMIENTO AMBULATORIO

TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TAB .50 .MG .C/24H .VIA ORAL
 TIZANIDINA 2MG TAB .2 .MG .C/24H .VIA ORAL
 SUCRALFATO 20G/100ML SUSPENSION FCO 240ML .1000 .MGC/8H .VIA ORAL
 PREDNISOLONA 5MG TAB .10 .MG .C/24H .VIA ORAL
 OXICODONA 10MG TAB LIBERACIÓN CONTROLADA .10 .MGC/12HVIA ORAL
 ONDANSETRON 8 MG/4ML AMP 4ML .8 .MG .C/8H .INTRAVENOS SOLO SI VOMITO
 OMEPRAZOL 40 MG VI .40 .MG .C/24H .INTRAVENOS
 MOXIFLOXACINA 400 MG TABLETA .400 .MG .C/24H .VIA ORAL
 ENOXAPARINA 40 MG JG .40 .MG .C/24H .SUBCUTANEA
 CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO .5 .G .C/8H .TOPICA
 CLONIDINA 150 MCG TAB .75 .MCG .C/24H .VIA ORAL
 CIPROFLOXACINA 3MG/ML 10ML FCO OTICA GOTAS .2GTAC/12H .OTICA
 ACETAMINOFEN 500MG TAB .1000 .MG .C/8H .VIA ORAL
 HIOSCINA 10 MG TAB .10 .MG .C/12H .VIA ORAL
 CLOTRIMAZOL 1G/100G TBO 50G TOPICO .5 .G .C/8H .TOPICA

Atentamente,

DR. ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES
 MEDICINA GENERAL
 ID: 1113661744
 REG: 1113661744

Fecha de egreso: 12.09.2021
 Hora de egreso: 14:40:31
 Servicio de Egreso: . . . UE hospitalizacion Betania

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:

| Dosis | Unid. | Via | Ciclo | Fecha Ini. | Fecha Fin. | Cant. | Unid. | Nombre medicamento |
|----------|-------|------------|---------|------------|------------|--------|-------|---|
| 100.000 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20210727 | 20210728 | 1.000 | JG | REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRE LLENA 20MCG/ML 50ML) |
| 200.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20210727 | 20210728 | 1.000 | AMP | PROPOFOL 10 MG/ML X 20 ML |
| 20.000 | ML | INHALATORI | DOUNICA | 20210727 | 20210728 | 20.000 | ML | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML |
| 2.500 | G | INTRAVENOS | C/8H | 20210730 | 20210829 | 88.000 | VI | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G/0,5G |
| 20.000 | G | VIA ORAL | D1-D9 | 20210731 | 20210809 | 1.000 | LA | PROTEINA SUERO (PROCRILL) X275GR |
| 20.000 | ML | INHALATORI | DOUNICA | 20210803 | 20210804 | 20.000 | ML | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML |
| 1000.000 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20210803 | 20210804 | 1.000 | JG | REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRE LLENA 20MCG/ML 50ML) |
| 200.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20210803 | 20210804 | 1.000 | AMP | PROPOFOL 10 MG/ML X 20 ML |
| 20.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20210803 | 20210804 | 1.000 | AMP | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML |
| 10.000 | ML | INHALATORI | DOUNICA | 20210809 | 20210810 | 10.000 | ML | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML |
| 1000.000 | MCG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20210809 | 20210810 | 1.000 | JG | REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRE LLENA 20MCG/ML 50ML) |
| 200.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20210809 | 20210810 | 1.000 | AMP | PROPOFOL 10 MG/ML X 20 ML |
| 20.000 | G | VIA ORAL | D1-D9 | 20210819 | 20210828 | 1.000 | LA | PROTEINA SUERO (PROCRILL) X275GR |
| 20.000 | G | VIA ORAL | D1-D9 | 20210828 | 20210905 | 1.000 | LA | PROTEINA SUERO (PROCRILL) X275GR |
| 2.500 | G | INTRAVENOS | C/8H | 20210829 | 20210911 | 38.000 | VI | CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2G/0,5G |
| 2.000 | MG | VIA ORAL | C/24H | 20210902 | 20210913 | 10.000 | TAB | TIZANIDINA 2MG TAB |
| 20.000 | G | VIA ORAL | D1-D9 | 20210904 | 20210913 | 3.000 | LA | PROTEINA SUERO (PROCRILL) X275GR |
| 2.000 | GTA | OTICA | C/12H | 20210910 | 20210913 | 1.000 | FCO | CIPROFLOXACINA 3MG/ML FCO 10ML OTICA |

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:

| Cantid. | Unid | Insumos/procedimientos |
|---------|------|--|
| 2.000 | ST | ALGODÓN LAMINADO 5X5 YDS MEDICAL SUPPLIE |
| 1.000 | ST | CATÉTER SMARTMIDLI 4FR 18GX20CM 128-1420 |
| 1.000 | KIT | IMPROVIRAL NAT 3ML + HISOPO 8020111-500 |
| 1.000 | ST | HISOPO NASOFARINGEO IMPROVE 550040 |
| 1.000 | ST | SET PRIMA.BOMBA MICRO 164313155 SAPPHIRE |
| 1.000 | ST | DRAPE PELICULA TRANSPARENTE M6275009 KCI |
| 1.000 | ST | DRAPE PELICULA TRANSPARENTE M6275009 KCI |

Atentamente,

DR. ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES
 MEDICINA GENERAL
 ID: 1113661744
 REG: 1113661744