

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596

HISTORIA CLÍNICA

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

INFORMACIÓN GENERAL

Lugar de nacimiento: BOGOTA,BOGOTA D.C.,COLOMBIA	Estado civil: Viudo	Género: Femenino
Ocupación: ADMINISTRADOR DE EMPRESAS	Teléfono: 3014307378	Dirección: CARRERA 37 46 F SUR 101
Lugar de residencia: MEDELLIN, ANTIOQUIA, COLOMBIA		

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre completo y apellidos: MONICA VIDAL	Parentesco: Hijo(a)	Teléfono: 3014307378
--	----------------------------	-----------------------------

INFORMACIÓN DEL ACOMPAÑANTE AL INGRESO

Nombre completo y apellidos: Sin Información	Teléfono: 0000000
---	--------------------------

AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

Nombre	Tipo de Vinculación
FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO	Excepción

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación:	CC 41731452
Paciente:	LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	09/01/1955
Edad:	68 Años
Identificador único:	1548596-2

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

INFORMACIÓN GENERAL			
Número de ingreso: 2			
Lugar de nacimiento:	BOGOTA, BOGOTA D.C., COLOMBIA	Estado civil:	Viudo
Ocupación:	ADMINISTRADOR DE EMPRESAS	Teléfono:	3014307378
Lugar de residencia:	MEDELLIN, ANTIOQUIA, COLOMBIA	Dirección:	CARRERA 37 46 F SUR 101

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE		
Nombre completo y apellidos:	MONICA VIDAL	Parentesco: Hijo(a)
		Teléfono: 3014307378

INFORMACIÓN DEL ACOMPAÑANTE AL INGRESO	
Nombre completo y apellidos:	MONICA VIDAL
	Teléfono: 3014307378

AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL	
----------------------------------	--

Nombre	Tipo de Vinculación
FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO	Excepción

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

VALORACIÓN DE INGRESO

Fecha: 15/01/2024 11:07

Nota inicio de atención - MEDICO GENERAL

Se inicio la atención del paciente a la hora señalada

Firmado por: IOKA DE LA PEÑA LOZANO, MEDICO GENERAL, Registro 1037648439, CC 1037648439

Fecha: 15/01/2024 11:14

Ingreso a urgencias - AUXILIAR DE ENFERMERIA

Revisión Física:

Estado emocional: Adinamica, decaida, colaboradora con el personal de enfermeria

Neurológico: Consciente, orientada en sus tres esferas

Cabeza y Cuello: Se observa leve tinte icterico en escleras

Tórax: Sin síndrome de dificultad respiratoria, sin dolor en torax

Abdomen: Blando, depresible, refiere dolor en hipocondrio derecho no irradiado con nauseas no emesis en el momento

Genitourinario: Refiere eliminacion colurica y acolia

Extremidades: Moviliza sus cuatro extremidades, refiere dolor en cadera izquierda que se irradia a miembro inferior izquierdo con paresias y parestesias sin edmeas en extremidades

Osteomuscular: Refiere astenia generalizada

Motisensibilidad: Debil asistida

Piel: Ictericia generalizada

Lesión por presión: Sin lesione spor presion

Mucosas: Normal

Escala del dolor: 5-Moderado

. Cubículos= Urgencias Privados CUB 12

Cuidados y actividades realizadas = Se ubica paciente en cubículo, se deja en camilla frenada en posición baja con ambas barandas elevadas, cabecera elevada a tolerancia del paciente, se cubre con frazadas, se verifican datos de la manilla de identificación, se interroga sobre alergias, se canaliza acceso venoso, se administran medicación ordenados aplicando los 6 correctos, se monitoriza, se deja con bata de paciente, se deja cómodo.

Requiere iniciar medidas de aislamiento = No requiere.

Alergias = No refiere.

Cuidador (es) = Paciente permanece Monica Vidal (Hija).

Información brindada = Me presento al paciente y a su acompañante como el auxiliar de enfermería a cargo, se le explica a el paciente los procedimientos a realizar, como

la canalización del acceso venoso, la administración de los medicamentos, y sus

posibles efectos adversos, se verifica manilla de identificación con los datos

correctos, se le explica el segundo identificador que utilizamos en el hospital, se entregan instructivos de caídas derechos y deberes del paciente, explicó uso del timbre y lo dejo al alcance del paciente, se le informa que no debe levantarse solo de la camilla, no deambular solo, avisar al personal de enfermería en caso de necesitar algo o presentar dolor, se le explica que se deben esperar resultado de exámenes para que el médico defina conducta a seguir y se brinda comodidad

A quien se le brindó la información = Paciente y acompañante.

Firmado por: BRALLAN ALEXIS GUTIERREZ MORA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro EN TRAMITE, CC 1042775143

Fecha: 15/01/2024 11:39

Nota de ingreso a urgencias adulto - Tratante - MEDICO GENERAL

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL, Finalidad: NO APLICA

ligia gonzalez, 69 años

residente en medellin, procedente de bogota, viuda, 1 hija quien acompaña a la aconsulta, pensionada

mc " esta muy amarilla "

Paciente que consulta por cuadro clinico de 1 semamna de evolucion de ictericia progresiva asociada a cuadro de dolor abdominal, acolia, coluria, sensacion subjetiva de fiebre, asociado a malestar general, dolor lumbar y diarrea; previamente habia consultado por cuadro similar que rstaba comprendido solo por la presencia de dolor abdominal e ictericia por lo que se soespecho toxicidad medicamentosa y se suspendio de forma

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

VALORACIÓN DE INGRESO

momentanea el medicamentos; pero desde hace 1 semana a pesar de la suspension del medicamento con los demas sintomas que aparecieron y persistencia del dolor

trae eco :
09/01/2024

No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar: no hay dilatación de la vía biliar ni distensión de la vesícula. El hígado tiene aumento de su tamaño y ecogenicidad heterogénea por compromiso difuso por metástasis. No presenta absceso ni cirrosis. En la vesícula encuentro pólipo pediculado de 0,3 cm que no tiene significado clínico. La vesícula no presenta cálculos ni signos de inflamación. El páncreas es normal. El riñón derecho tiene tamaño y ecogenicidad normales. Conserva la relación y diferenciación corticomedular. No muestra masas, cálculos ni hidronefrosis. Hay ascitis con líquido perihépatico y periesplénico. **CONCLUSIÓN** 1. No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar. 2. Metástasis hepáticas conocidas. 3. Ascitis. 4. Pólipo vesicular que no tiene significado clínico

Signos vitales: Escala del dolor: 5-Moderado

Examen Físico: Al examen físico paciente en buenas condiciones generales, consciente y orientado en las 3 esferas, sin síndrome de dificultad respiratoria

Cabeza normal, pupilas isocóricas normoreactivas, mucosas húmedas y rosadas, escleras ictericas generalizadas, orofaringe icterica normal
Cuello normal, sin adenopatías

Tórax normal, expansión simétrica, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin agregados patológicos

Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de hemiabdomen derecho, sin hepatomegalia palpable

Extremidades sin edemas, pulsos presentes, llenado capilar normal

Neurológico: sin déficit motor ni sensitivo, fuerza y reflejos conservados, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Diagnósticos activos después de la nota OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio).

Análisis y Plan de Manejo: Paciente en la séptima década de la vida con antecedentes de cáncer de colon con metástasis a hígado, recientemente con cambio de QT venosa con folfox a rigorafenib, desde ese momento con aparentemente declinación funcional, dolor abdominal y ahora desde hace una semana con aparentes cambios obstructivos, por el momento se ordenan paraclínicos para definir si patrón colestásico o hepatocelular y a pesar de eco reciente con síntomas nuevos como ictericia o coluria que podrían sugerir obstrucción, se le explica a paciente y familiar entienden y aceptan.

Firmado por: IOKA DE LA PEÑA LOZANO, MEDICO GENERAL, Registro 1037648439, CC 1037648439

Fecha: 15/01/2024 20:00

Evaluación Inicial de Ingreso - ENFERMERA(O)

Unidad: A-11-UNIDAD 1 HOSP ADULTOS Cama: A1107

Valoración Física y Psicológica:

Nivel de conciencia: Consciente

El paciente no tiene limitación sensorial

El paciente no tiene limitación motora

Se hace verificación de la presencia de alergias

¿El paciente tiene estoma?: No

¿Cada cuánto hace deposición?: Diario ¿Utiliza Ayudas para realizar deposición?: Ninguna

¿Cuántas horas duerme en la Noche?: 4 a 6 horas Calidad del Sueño: Reparador ¿Utiliza Ayudas para dormir?: Ninguna

Historia Social:

Paciente con condiciones de vulnerabilidad social: Ninguna

El rol que ocupa el paciente en su familia es: Cabeza de familia

El nivel de escolaridad del paciente es: Profesional, La situación laboral del paciente es: Pensionado, La religión del paciente es: Católico

Valoración de riesgos:

- Braden (Riesgo de úlcera por presión) : Total: 21, Braden Riesgo Bajo, Observaciones: Debe reevaluarse cada 7 días.

- Clasificación riesgo de embolismo venoso en paciente adulto : Total: 3, Alto Riesgo Trombótico, Observaciones: Avisar al Médico para prescripción de profilaxis / Se notifica a médico de turno / Administrar tromboprofilaxis química ordenada

- Escala de Barthel (Nivel de dependencia) : Total: 100, Independiente

- Lista de chequeo identificación pacientes fumadores : Total: 1, Exfumador

- Morse (Riesgo de caída) : Total: 65, Riesgo Alto

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

VALORACIÓN DE INGRESO

- Valoración global subjetiva - Paciente de 5 o más años : Total: 0, Bien Nutrido, Observaciones: Peso:

- Valoración Psicológica - ENFERMERÍA (Tamizaje PRIMARIO) : Total: 0, Sin Riesgo Suicida, Observaciones: Reevaluar escala cada 15 días

Valoración de necesidades de educación:

Se evidencian necesidades de educación en aspectos como: Ninguna, El paciente o cuidador se beneficia de educación por los siguientes grupos estructurados: No aplica

Posibles barreras para brindar educación: Ninguna. Métodos/formas detectadas para brindar educación: Demostración, Escrito, Verbal

Personas susceptibles de educar: No aplica, Información e Instructivos entregados: Consentimiento general de ingreso

Paciente cuyo idioma nativo es el español

El paciente sabe leer y escribir

Identificación de Población Especial:

Grupo(s) de población especial a los que pertenece el paciente: Ancianos con estado de salud delicado

Valoración de necesidades para el momento de egreso:

Se estima que después del alta el paciente sale para: Domicilio propio, Se estima que el medio de transporte al momento del alta es: Medios propios

El paciente tiene cuidador temporal/permanente. Nombre del cuidador: Monica Vidal Gonzalez, Parentesco: Hija Teléfono cuidador: 3014307378

Medicamentos consumidos ambulatoriamente: Ibesartan.

Firmado por: ANA MARIA MONTANCHEZ ZAPATA, ENFERMERA(O), Registro 1001131837, CC 1001131837

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 15/01/2024 10:56

Nota de triage - ENFERMERA(O)

Estado del paciente al ingreso: Consciente, El paciente llega: Silla de ruedas, Acompañado.

Motivo de ingreso: Consulta por presentar ictericia y dolor abdominal hace 10 días. Al ingreso tranquila, refiere inapetencia, náuseas, no emesis, mucosa oral hidratada, abdomen blando, depresible, dolor generalizado de predominio en hipocondrio derecho, asocia coluria y acolia.

Antecedentes: cáncer de colon con metastasis a hígado, hipertensión arterial

Niega síntomas respiratorios en la última semana.

Presión arterial (mmHg): 105/76, Presión arterial media(mmHg): 85, Pulso(Pulsaciones/minuto): 92, Saturación de oxígeno(%): 93, Temperatura(°C): 35.9, Escala del dolor: 5-Moderado

Clasificación del triage: Triage 3, Requirió apoyo médico: No, Ingresó a atención inicial: Si.

Firmado por: ELIANA ANDREA ARBELAEZ GARCIA, ENFERMERA(O), Registro 1023722286, CC 1023722286

Nota aclaratoria

Fecha: 15/01/2024 11:03

Presenta ictericia en piel y escleras, dolor en cadera izquierda.

Firmado por: ELIANA ANDREA ARBELAEZ GARCIA, ENFERMERA(O), Registro 1023722286, CC 1023722286

Fecha: 15/01/2024 11:25

Nota de antecedentes - MEDICO GENERAL

Del grupo Medicamentos consumidos de forma ambulatoria :

Se adiciona(n) los antecedentes:

Isartan 160 mg cada 24 h, rigofenib 1 ciclo, ac de QT con folfox, esomeprazol 40 mg cada 24 h, metoclopramida 10 mg cada 8 h

Se modifica(n) el antecedente:

Diovan

por

va

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: IOKA DE LA PEÑA LOZANO, MEDICO GENERAL, Registro 1037648439, CC 1037648439

Fecha: 15/01/2024 13:24

Nota general - MEDICO GENERAL

ligia gonzalez, 69 años

Diagnostico:

-ictericia en estudio

**patron colestasico

**ac de ca de colon metastadico a hígado

** se descarta posible toxicidad medicamentosa pues lleva 1 semana sin medicamento

reporte de paraclínicos :

15/01/2024 ALT 114 AST 350 B T13. 82 BD10. 12 na 9. 1 cl 105. 7 k 5. 34 cr 0. 84 FA 580 ggt 511 pcr 23. 19 bun 23. 3 hb 14. 9 leucos 112220 plaquetas 211000

Eco de hígado

Hígado aumentado de tamaño, el lóbulo izquierdo alcanza 14, 3 cm y el lóbulo derecho alcanza 28, 3 cm con incontables lesiones focales por antecedente ya conocido y alteración en la ecogenicidad del parénquima. Se observan dilatación de radicales intrahepáticos de hasta 3 mm en ambos lóbulos, probablemente por compresión extrínseca. No hay dilatación de la vía biliar extrahepática. El colédoco en la porción intrapancreática alcanza 5 mm. Vesícula biliar colapsada, completamente vacía, sin signos de colecistitis. No se logran identificar cálculos. Páncreas de aspecto ecográfico normal. Escaso líquido libre perihepático y periesplénico. Bazo en el límite superior de anormal, alcanza 13 cm. Riñón derecho de tamaño y ecogenicidad normal, sin lesiones. **CONCLUSIÓN** Extenso compromiso infiltrativo del parénquima hepático por antecedente ya conocido con leve dilatación de radicales intrahepáticos en ambos lóbulos, probablemente por compresión extrínseca. No hay dilatación de la vía biliar extrahepática. Vesícula biliar colapsada. Escaso líquido libre perihepático y periesplénico

Paciente en la séptima década del a vida con ac de ca de colon con mx a hígado, recientemente con cambio de QT venosa con folfox a rigorafenib, desde ese momento con aparentemente declinación funcional, dolor abdominal y ahora desde hace una semana con aparentes cambios obstructivos, se ordenaron paraclínicos con clara elevación y alteración en los mismos, con cuadro compatible con posible colangitis ocasionada por la obstrucción extrínseca, por el momento se solicita tratamiento antibiótico, valoración por oncología, dolor y cuidados paliativos y por cx de hígado y vías biliares para definir la necesidad de descompresión o uso de stent, se le explica al familiar quien entiende y acepta.

Firmado por: IOKA DE LA PEÑA LOZANO, MEDICO GENERAL, Registro 1037648439, CC 1037648439

Fecha: 15/01/2024 14:14

Nota Conciliación de Medicamentos - MEDICO GENERAL

Área de atención: Urgencias

Momento de la atención: Ingreso

Forma de verificación de la prescripción ambulatoria: Verbal (por paciente o acudiente)

Listado de medicamentos que recibe el paciente ambulatoriamente (Medicamento, dosis, vía y frecuencia): -valsartan 160 mg cada 24 h

-esomeprazol 40 mg cada 24 h

Medicamentos que se concilian: -valsartan 160 mg cada 24 h

-esomeprazol 40 mg cada 24 h

Medicamentos que no se concilian y por qué: metoclorpamida ---- manejo intrahospitalario

¿Requiere tromboprofilaxis?: Si

¿Requiere profilaxis para prevención de úlcera gastrointestinal por estrés?: Si, Indicaciones de protección gástrica: Antecedente de enfermedad ácido péptica, Antecedente de esofagitis por reflujo gastroesofágico

Firmado por: IOKA DE LA PEÑA LOZANO, MEDICO GENERAL, Registro 1037648439, CC 1037648439

Fecha: 15/01/2024 15:25

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Nota de Evolución - Interconsultante - CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS

Signos vitales: Frecuencia cardíaca(LPM): 88, Frecuencia respiratoria(Respiraciones/minuto): 16, Escala del dolor: 0-No dolor

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS.

Análisis y Plan de manejo: Enterado de la nota de la Dra Jaramillo Residente de Cirugía. Paciente con Adenocarcinoma del colon transversal metastásico a Pulmón, Hueso, Hígado, Glándula suprarrenal, con progresión en tercera línea de Quimioterapia. Consulta por ictericia colestásica y dolor en el hipocondrio derecho, el dolor ha mejorado con Hioscina intravenosa. Se solicita Colangiografía contrastada para determinar sitio de la obstrucción biliar y definir si se beneficia de paliación endoscópica de ésta. Se administra Fitomenadiona por coagulopatía secundaria a su obstrucción biliar. Se comenta con la Dra Saldarriaga Especialista en Dolor y Cuidado Paliativo, explico a la paciente y a su hija la Dra Mónica Especialista en Medicina Nuclear.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente/cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento, Diagnóstico del paciente y las recomendaciones de autocuidado, Preparación para exámenes y procedimientos ordenados.

Firmado por: JAIME FERNANDO CHAVEZ TRUJILLO, CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS, Registro 1468-02, CC 75064430

Fecha: 15/01/2024 15:28

Nota de Evolución - RESIDENTE CIRUGIA GENERAL

Cirugía Hepatobiliar

Ligia Gonzalez Castañeda, 69 años

Paciente femenina de 69 años conocida en la institución por adenocarcinoma de colon, estadio IV, en manejo con quimioterapia tercera línea. Ahora consulta por cuadro de 1 semana de evolución de ictericia generalizada, astenia, adinamia, hiporexia.

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa
- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo después a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresión

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progresión

Estudios previos:

26/01/23

*TAC de Abdomen contrastado: Hígado con múltiples lesiones focales hipodensas de comportamiento hipodenso que comprometen ambos lóbulos la de mayor tamaño en el seg V? de 42x37mm, no adenopatías mesentericas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histerectomía

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no complicadas, grado I, diverticulosis, lesión de aspecto neoplásico en transversal distal de al mmo 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles del ciego, no resecados, ileoscopia normal, pendiente biopsias

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

-17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

. Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transversal adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.

. Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominio izquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hiper metabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, sin clara representación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

-TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto para la arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudio previo. Dos adenopatías adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4, 2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2. 3 cm, hoy 2 cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y tamaño estables, sin lesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplénico mesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñón derecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples flebolitos pélvicos. Sin masas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardiografía: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

- Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transverso, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes anivel morfológico, compatible con tumoración maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13. 6 (previamente de 16. 4), volumen metabólico actual de 813 cm3 (previamente de 938 cm3), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en número y tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia de necrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable

- Aparición de lesiones hipermetabólicas en:

. Adenopatías en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminación metastásica por vía linfática.

. Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestiva de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contexto sugiere diseminación metastásica por vía hematogénica

*20-nov-2023 TAC Torax y Abdomen ---CONCLUSIÓN Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. -

Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroilíaca izquierda. - Lesión primaria en colon transverso distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

Marcador tumoral

-23/02/23 Antígeno carcinoembrionario 307 -25/03/23 ACE 164 -22/04/23 ACE 127 -20/05/23 ACE 120. 2 -18/06/23 ACE 140 (Lab HPTU) -22/07/23 ACE 159 -19/08/23 ACE 204 -09/10/23 ACE 237* -07/11/23 ACE 222 -21/11/23 ACE 280. 9

Examen físico:

Regulares condiciones generales, alerta, orientada

Mucosas hidratadas, conjuntivas rosadas.

Cuello móvil

Torax simétrico, sin retracciones.

Abdomen blando, no dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

Extremidades sin edemas.

Paraclínicos:

15/01/2024:

ALT 114, AST 350, BT 13. 82, BD 10. 12, calcio 9. 1, cloro 105. 7, sodio 136, potasio 5. 34, creatinina 0. 84, FA 580, GGT 511, PCR 23. 19, BUN 23. 3, hemoglobina 14. 9, hematocrito 43. 3%, leucocitos 11220, plaquetas 211200

Imágenes:

- 15/01/2024: Ecografía de abdomen

Extenso compromiso infiltrativo del parenquima hepático por antecedente ya conocido con leve dilatación de radicales intrahepáticos en ambos lóbulos, probablemente por compresión extrínseca.

No hay dilatación de la vía biliar extrahepática.

Estudios extrahospitalarios:

trae eco :

09/01/2024

No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar: no hay dilatación de la vía biliar ni distensión de la vesícula. El hígado tiene aumento de su tamaño y ecogenicidad heterogénea por compromiso difuso por metástasis. No presenta absceso ni cirrosis. En la vesícula encuentro pólipo pediculado de 0, 3 cm que no tiene significado clínico. La vesícula no presenta cálculos ni signos de inflamación. El páncreas es normal. El riñón derecho tiene tamaño y ecogenicidad normales. Conserva la relación y diferenciación corticomedular. No muestra masas, cálculos ni hidronefrosis. Hay ascitis con líquido perihepático y periesplénico. CONCLUSIÓN 1. No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar. 2. Metástasis hepáticas conocidas. 3. Ascitis. 4. Pólipo vesicular que no tiene significado clínico

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS.

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Análisis y Plan de manejo: Pateinte femenina de 69 años con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV, con metastasis hepaticas extensas. Con cuadro de 1 semana de ictericia progresiva, y paraclínicos de hoy con aumento de PCR y patron colestasico. Ecografia que demuestra leve dilatación de radicales intrahepáticos. Paciente se encuentra estable hemodinamicamente, sin dolor. Se considera realizar colangioRMN para definir si se beneficia de derivación biliar por CPRE.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente/cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento.

Firmado por: MARIA CAMILA JARAMILLO GUZMAN, RESIDENTE CIRUGIA GENERAL, Registro 1037652610, CC 1037652610

Fecha: 15/01/2024 15:39

Nota Oncológica - Tratante - ONCOLOGIA CLINICA ADULTO

Información del traslado

Requiere traslado a una unidad asistencial: No

Fecha primera evaluación oncológica por el Hospital: 26/01/2023

Fecha de diagnóstico: 30/01/2023

Dx Oncológico/Histología: Adenocacinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa

Variables biológicas: Sin inestabilidad microsatelital. Mutacion Exon 2 del KRAS G13X. negativo para mutaciones Exones 2, 3 y 4 NRAS y exon15 del BRAF. SIN MSI

Diagnósticos activos Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS.

Clasificación oncológica inicial:

Organo Tumor Primario	Tipo de Tumor	Tipo clasificación	T	N	M	Estadio	Fecha de estadificación	Observaciones
Colon	Maligno	TNM c	TX	NX	M1	IV	17/02/2023	

Detalles tratamiento oncológico: -27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontaneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Cilco#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo despues a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresion

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progreison

-08/12/23 regorafenib ciclo#1. El ciclo#2 se interrumpe despues de 2 dias por ictericia

Antecedentes:

- Infeccion severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caida de su propia altura 11/10/23.

Tumor primario	Tipo de Manejo	Esquema/Dosis	Fecha primer ciclo/evento	Fecha último ciclo/evento	# Ciclos	Respuesta al Tratamiento	Fecha evaluación respuesta
Colon	Quimioterapia paliativa	FOLFIRI + Bevacizumab	27/02/2023	08/08/2023	12	respuesta parcial	18/05/2023
Colon	Quimioterapia paliativa	FOLFOX y bevacizumab	24/08/2023	08/11/2023	5		
Colon	Quimioterapia paliativa	Regorafenib	08/12/2023		1		

Medicamentos actuales: Diovan/HCTZ 1/noche
Leche magnesina a necesidad por estreñimiento

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Metoclopramida cada 12 hroas a necesidad
Lanzoprazol en ayunas a necesidad
Acetaminofen cada 12 hroas a necesidad

Evolución Clínica / Revisión física: Paciente con dolor abdominal punzante, ictericia en aumento, se tomo Eco que no mostraba obstrucción la semana pasada, ahora además había estado en días previos con diarrea y emesis

- Examen Físico:
ictericia en escleras y piel
Estado funcional 2
Cardiopulmonar normal
Abdomen cretiente lobuloparado izquierdo
No edemas
Mejoría de edema en región posterior de muslo a nivel distal a la mejoría con cambios crónicos piel pero dolor en cadera a la movilización
Neurológico sin déficit

Estudios relevantes: Marly
26/01/23

*TAC de Abdomen contrastado: Hígado con múltiples lesiones focales hipodensas de comportamiento hipodenso que comprometen ambos lóbulos la de mayor tamaño en el segmento V de 42x37mm, no adenopatías mesentericas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histerectomía

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no complicadas, grado I, diverticulosis, lesión de aspecto neoplásico en transverso distal de al menos 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles de ciego, no resecaos, ileoscopia normal, pendiente biopsias

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

-17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

. Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transverso adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.
. Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominio izquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogena.
. Foco hipermetabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, sin clara representación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematogena.
. Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo
-TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto para la arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudio previo. Dos adenopatías adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4, 2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2. 3 cm, hoy 2cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y tamaño estables, sin lesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplénico mesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñón derecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples flebolitos pélvicos. Sin masas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardiograma: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

- Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transverso, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes anivel morfológico, compatible con tumoración maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13. 6 (previamente de 16. 4), volumen metabólico actual de 813 cm3(previamente de 938 cm3), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en número y tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia de necrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogena.

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematogena.

. Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable

- Aparición de lesiones hipermetabólicas en:

. Adenopatías en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminación metastásica por vía linfática.

. Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestiva de diseminación metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal.

. Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contexto sugiere diseminación metastásica por vía hematogena

*20-nov-2023 TAC Torax y Abdomen ---CONCLUSIÓN Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. -

Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroilíaca izquierda. - Lesión primaria en colon transverso distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

Marcador tumoral

-23/02/23 Antígeno carcinoembrionario 307 -25/03/23 ACE 164 -22/04/23 ACE 127 -20/05/23 ACE 120. 2 -18/06/23 ACE 140 (Lab HPTU) -22/07/23 ACE 159 -19/08/23 ACE 204 -09/10/23 ACE 237* -07/11/23 ACE 222 -21/11/23 ACE 280. 9

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Lab

-22/07/23 Dimero D 2271* Fibrinogeno 425 Hb 13. 1 WBC 5630 N 50% Plq 238. 000 AST 21 ALT 36 Cr. 9
-22/07/23 Dimero D 1665* Hb 12. 2 WBC 6550 N 3830 Plq 252. 000 AST 31 ALT 15 Cr. 87
-19/08/23 DimeroD 3111* Hb 12. 7 WBC 6160 N 3780 Plq 214. 000 ALT 18 AST 34 BT. 7 Ca 9. 4 Cr. 8 LDH 638* FA 150* Glic 99 Na 141 K 3. 7 Cl 106
Bicarbonato 22 Mg 2 BUN 18 TSH 1. 6
-19/09/23 Hb 12. 8 WBC 18640 N 15470 L 1800 M 1220 Plq 239. 000
-09/10/23 DimeroD 8852* Hb 10. 3 WBC 11080 N 6648 Plq 585. 000ALT 19 AST 83* BT. 2 Cr. 7 LDH 1396
-10/10/23 PCR 9. 9 (disminucion)
-23/10/23 AST 42* ALT 13 FA 316* Hb 11. 5 Hto 36 WBC 14860 N 10402 Plq BT. 40 BD. 16 BI. 24 Cr. 68
-07/11/23 FA 375* HLG Normal Glic 98 AST 70* ALT 31
-21/11/23 Hb 12. 3 WBC 6780 N 4160 Plq 176. 000 AST 66* ALT 36. 4 CR. 6 B12 2000.

Patología:

Tipo de Estudio	Fecha de Realización	Fecha del Informe	N° de Patología y Lugar	Resultados /Interpretación
Otros	27/01/2023		Cl marly Q 569-23 Dr JA Szelezsán	Colon transverso, Biopsia: Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa, sin ILV ni PRN. IHQ positiva para CDX2, no hay perdida de la expresion nuclear de proteínas MMR: Baja probabilidad de inestabilidad microsatelital
Otros	06/02/2023		FICMAC#23BM000672-2	Mutacion Exon 2 del KRAS G13X. negativo para mutaciones Exones 2,3 y 4 NRAS y exon15 del BRAF

Análisis y Plan de Manejo Paciente de 69 años. Jubilada. Trabaja en clinica oftalmologica. Viuda, 1 hija. Residente previamente en Bogota, ahora en Medellín. Acudiente: Monica Vidal (hija)
En declinaicon funcional, antecedentes anotados
Diagnostico Oncologico de Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa del colon transverso sin necesidad de derivacion
Estadio IV por extenso compromiso hepatico, una lesion metabolica sin representacion morfologica en hueso sacroiliaco izquierdo, no tiene inestabilidad microsatelital, el BRAF es negativo y esta mutada del Exon 2 del KRAS G13X
Feb/2023 Recibió quimioterapia intencion PALIATIVA con FOLFIRI y Bevacizumab logrando enfermedad estable despues de 6to ciclo pero con embolismo pulmonar sin repercusion clinica ni hemodinamica, luego de ciclo#12 se habia planeado mantenimiento
Ag/2023 progresion de la enfermedad a nivel hepatico, adrenal, ganglionar y oseo, se cambia a segunda linea PALIATIVA con esquema FOLFOX y bevacizumab, y se hara detemrinacion de Her2 + posibilidad de terapias blanco
El 2ndo ciclo protractado por neutopenia grado 2 transitoria. Despues de 3er ciclo hospitalizada por Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado con neutropenia transitoria con lo cual se adiciono pegfilgastrim; demás tuvo trauma con fractura costal manejada con bloqueo; queda sin anticoagulante

Nov/2023 progresion serologica de ACE y por imagenes. Se cambia a 3L PLAITIVA con regorafenib de los cuales ocmpleto 1 ciclos. Inciando 2ndo ciclo inicia con ictericia, se descarta obstruccion con Eco, se suspendio medicacion pensando en toxicidad pero ahora empeoramiento sintomatico y clinico con incremento colestasis ademas pienso que tuvo cuadro suboclusivo en dias previos
Fue evaluada por Hepatobiliar quienes consideran Colangiorensonancia, por ahora suspendo antibiotico, se hara ajuste analgesico por el grupo de Dolor, segun evolucion consideraer ademas posibilidad de radioterpaia paliiva sobre acetabulo izquierdo; posible progreison de la enfermedad con lo cual se considera re-orientacion del esfuerzo terapeutico
Se brinda informacion.
Se explica al paciente su condición. Dice entender y acepta el plan de estudios y manejo.

Firmado por: ALICIA QUIROGA ECHEVERRI, ONCOLOGIA CLINICA ADULTO, Registro 05-2689-08, CC 43183786

Fecha: 15/01/2024 17:54

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Nota de Evolución - Interconsultante - DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Paciente de 69 años, viuda, 1 hija, en el momento acompañada de su hija.
Conocida previamente por nuestro servicio.

Paciente con dx de Adenocarcinoma del colon transversal metastásico a Pulmón, Hueso, Hígado, Glándula suprarrenal, con progresión en tercera línea de Quimioterapia, quien consulta por presentar dolor a nivel epigástrico que se irradia a espalda tipo punzada, además náuseas y vómito acompañado de ictericia.

Fue evaluada por Hepatobiliar quienes consideran Colangiografía, para ver si hay posibilidad de colocar stent para manejo paliativo de la ictericia.

Signos vitales: Presión arterial (mmHg): 110/80, Presión arterial media(mmHg): 90, Escala del dolor: 2-Leve

- Escala funcional de Karnofsky - Índice de Karnofsky : Total: 60, No Aplica

Encuentro paciente en regulares condiciones generales, consciente, orientada, icterica.

Cabeza: Normal.

Cuello: no adenopatías.

Corazón: rítmico, sin s3

Pulmones: bien auscultados, sin ruidos sobreagregados.

Abdomen: levemente distendido, dolor a la palpación en epigastrio y mesogastrio.

Extremidades: sin edema.

Neurológico: sin déficit.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS.

Análisis y Plan de manejo: Paciente en la 7 década de la vida, con diagnóstico de adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa del colon transversal sin necesidad de derivación estadio IV que recibió manejo paliativo, recibiendo varias líneas de manejo ahora se encontraba en 3 línea paliativa con regorafenib de los cuales completo 1 ciclo, empezando el segundo inicia con ictericia, se descarta obstrucción y se suspende pensando en toxicidad, ahora con empeoramiento de los síntomas por lo que es traída al servicio de urgencias, vista por hepatobiliar deciden colangiografía para determinar posibilidad de manejo.

Por nosotros hacemos ajuste a la terapia analgésica.

Hablo con la paciente sobre sus temores y aquello que le genera angustia, se siente mal por dejar a sus seres queridos ya que entiende que esta "terminal".

Le brindo apoyo, resuelvo sus dudas, doy acompañamiento, solicito valoración por psicología.

Hago ajuste a la terapia analgésica.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente/cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento, Diagnóstico del paciente y las recomendaciones de autocuidado.

Firmado por: NORA HELENA SALDARRIAGA CARTAGENA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO - MEDICINA INTERNA, Registro 01-001837-90, CC 42995650

Fecha: 15/01/2024 18:45

Nota de Transferencia del Cuidado Médico - MEDICO GENERAL

Tipo de Transferencia: Transferencia del Cuidado, Usted está: Entregando paciente

Unidad de Origen: Urgencias, Unidad de destino: Hospitalización Adulto

Diagnóstico: Ictericia colestásica

Nivel de Conciencia: Consciente

Estabilidad Hemodinámica: Si

Estado Respiratorio: Sin dificultad

Se ordenó Profilaxis Gástrica: Si

Se ordenó Tromboprofilaxis: Si

Se ordenó frotis rectal: No aplica

Cuenta con conciliación de medicamentos: Si

Actividades significativas realizadas/Plan: Ictericia colestásica, en manejo multidisciplinario por oncología, dolor y cuidado paliativo y cx de hígado y vías biliares

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

110/78 88 36. 7 90%.

Firmado por: IOKA DE LA PEÑA LOZANO, MEDICO GENERAL, Registro 1037648439, CC 1037648439

Fecha: 16/01/2024 00:16

Nota Conciliación de Medicamentos - MEDICO GENERAL

Área de atención: Hospitalización adulto
Momento de la atención: Ingreso

Forma de verificación de la prescripción ambulatoria: Verbal (por paciente o acudiente)

Listado de medicamentos que recibe el paciente ambulatoriamente (Medicamento, dosis, vía y frecuencia): -valsartan 160 mg cada 24 h
-esomeprazol 40 mg cada 24 h

Medicamentos que se concilian: Esomeprazol 40mg c/24 horas

Medicamentos que no se concilian y por qué: metoclorpamida ---- manejo intrahospitalario
Valsartan 160mg c/24 horas. no por estado actual.

¿Requiere tromboprofilaxis?: Si
¿Requiere profilaxis para prevención de úlcera gastrointestinal por estrés?: Si, Indicaciones de protección gástrica: Antecedente de enfermedad ácido péptica, Antecedente de esofagitis por reflujo gastroesofágico.

Firmado por: JHON EDWAR GARCIA RUEDA, MEDICO GENERAL, Registro 1152203119, CC 1152203119

Fecha: 16/01/2024 00:16

Nota de ingreso a unidades - Apoyo - MEDICO GENERAL

Nota de ingreso a Unidades
Ligia Gonzalez, 69 años
Especialidad tratante: Oncología

Motivo de consulta: " Esta amarilla"

Enfermedad actual:

Paciente que consulta por cuadro clínico de 1 semana de evolución de ictericia progresiva asociada a cuadro de dolor abdominal, acolia, coluria, sensación subjetiva de fiebre, asociado a malestar general, dolor lumbar y diarrea; previamente había consultado por cuadro similar que estaba comprendido solo por la presencia de dolor abdominal e ictericia por lo que se sospechó toxicidad medicamentosa y se suspendió de forma momentánea el medicamento; pero desde hace 1 semana a pesar de la suspensión del medicamento con los demás síntomas que aparecieron y persistencia del dolor

Servicio de procedencia:

Urgencias en donde se hospitaliza por Oncología

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa
- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo después a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresión

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progresión

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Tratamiento actual:

Hidromorfona 0, 2mg De rescate IV
Hidromorfona 0, 3mg c/6 horas IV
Fitomenadiona 10mg c/24 horas IV
Omeprazol 20mg c/24 horas VO
Nadroparina 40mg Sc c/24 horas
Ondansetron 8mg c/8 horas IV
Hioscina 20mg c/8 horas IV

Subjetivo: Tranquila del dolor, no disnea, no fiebre.

Signos vitales:, Escala del dolor: 0-No dolor

Examen Físico: Signos vitales:

PA: 113/73 FC: 85 FR: 18 So2%: 91 T: 37

Al examen físico en regulares condiciones generales, alerta, orientada en las 3 esferas mentales

Cuello sin ingurgitación yugular

Torax con ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular presente sin agregados

Abdomen sin signos de irritación peritoneal

Extremidades sin edemas, llenado capilar <2 segundos

Neurológico sin focalizaciones.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS.

Paraclínicos:

Sin nuevos para reportar

Análisis:

Paciente de 69 años de edad con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV con metastasis hepáticas extensas, ingresa en esta oportunidad de ictericia progresiva y patrón colestásico, ecografía con leve dilatación de radicales intrahepáticos, en plan de realizar colangiograma para definir si requiere CPRE, el día de hoy no es posible por dolor de la paciente, se intentará por parte de la paciente realizar el día de mañana, ingresa ya con dolor más modulado, hemodinámicamente estable, afebril, sin soporte de oxígeno, continuamos acompañamiento clínico. Explico signos de alarma que entiende y acepta, quedo atento a su evolución.

Información al ingreso

¿A quién se informa?: No aplica.

Firmado por: JHON EDUAR GARCIA RUEDA, MEDICO GENERAL, Registro 1152203119, CC 1152203119

Fecha: 16/01/2024 06:44

Nota de Evolución - RESIDENTE CIRUGIA GENERAL

Cirugía Hepatobiliar

Ligia Gonzalez Castañeda, 69 años

Diagnósticos:

- Adenocarcinoma de colon estadio IV

* Quimioterapia 3ra línea

- Ictericia en estudio

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa

- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado

- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023

- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo después a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

*Progresion

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progreison

Estudios previos:

26/01/23

*TAC de Abdomen contrastado: Hígado con múltiples lesiones focales hipovasculares de comportamiento hipodenso que comprometen ambos lóbulos la de mayor tamaño en el segmento V de 42x37mm, no adenopatías mesentericas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histectomía

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no complicadas, grado I, diverticulosis, lesión de aspecto neoplásico en transverso distal de al menos 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles de ciego, no resecados, ileoscopia normal, pendiente biopsias

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

-17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

. Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transverso adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.

. Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominio izquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematológica.

. Foco hiper metabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, sin clara representación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematológica.

. Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo

-TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto para la arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudio previo. Dos adenopatías adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4, 2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2. 3 cm, hoy 2cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y tamaño estables, sin lesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplénico mesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñón derecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples flebolitos pélvicos. Sin masas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardiograma: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

- Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transverso, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes a nivel morfológico, compatible con tumoración maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13.6 (previamente de 16.4), volumen metabólico actual de 813 cm3 (previamente de 938 cm3), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en número y tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia de necrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematológica.

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematológica.

. Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable

- Aparición de lesiones hipermetabólicas en:

. Adenopatías en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminación metastásica por vía linfática.

. Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestivo de diseminación metastásica por vía hematológica.

. Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contexto sugiere diseminación metastásica por vía hematológica

*20-nov-2023 TAC Tórax y Abdomen ---CONCLUSIÓN Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. -

Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroilíaca izquierda. - Lesión primaria en colon transverso distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

Marcador tumoral

-23/02/23 Antígeno carcinoembrionario 307 -25/03/23 ACE 164 -22/04/23 ACE 127 -20/05/23 ACE 120. 2 -18/06/23 ACE 140 (Lab HPTU) -22/07/23 ACE 159 -19/08/23 ACE 204 -09/10/23 ACE 237* -07/11/23 ACE 222 -21/11/23 ACE 280. 9

Subjetivo: Refiere se siente bien, paso buena noche, dolor controlado, no otros síntomas.

Examen físico:

Regulares condiciones generales, alerta, orientada

Mucosas hidratadas, conjuntivas rosadas.

Cuello móvil

Tórax simétrico, sin retracciones.

Abdomen blando, no dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

Extremidades sin edemas.

Paraclínicos:

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

15/01/2024:

ALT 114, AST 350, BT 13. 82, BD 10. 12, calcio 9. 1, cloro 105. 7, sodio 136, potasio 5. 34, creatinina 0. 84, FA 580, GGT 511, PCR 23. 19, BUN 23. 3, hemoglobina 14. 9, hematocrito 43. 3%, leucocitos 11220, plaquetas 211200

Imágenes:

- 15/01/2024: Ecografía de abdomen

Extenso compromiso infiltrativo del parenquima hepático por antecedente ya conocido con leve dilatación de radicales intrahepáticos en ambos lóbulos, probablemente por compresión extrínseca.

No hay dilatación de la vía biliar extrahepática.

Estudios extrahospitalarios:

trae eco :

09/01/2024

No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar: no hay dilatación de la vía biliar ni distensión de la vesícula. El hígado tiene aumento de su tamaño y ecogenicidad heterogénea por compromiso difuso por metástasis. No presenta absceso ni cirrosis. En la vesícula encuentro pólipo pediculado de 0,3 cm que no tiene significado clínico. La vesícula no presenta cálculos ni signos de inflamación. El páncreas es normal. El riñón derecho tiene tamaño y ecogenicidad normales. Conserva la relación y diferenciación corticomedular. No muestra masas, cálculos ni hidronefrosis. Hay ascitis con líquido perihéptico y periesplénico. CONCLUSIÓN 1. No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar. 2. Metástasis hepáticas conocidas. 3. Ascitis. 4. Pólipo vesicular que no tiene significado clínico

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS.

Análisis y Plan de manejo: Paciente femenina de 69 años con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV, con metástasis hepáticas extensas. Con cuadro de 1 semana de ictericia progresiva, paraclínicos con patrón colestásico, hiperbilirrubinemia a expensas de la directa. Ecografía que demuestra leve dilatación de radicales intrahepáticos. Hoy estable hemodinámicamente, dolor controlado, no otros síntomas. No signos de colangitis aguda. Tiene pendiente realizar RMN para definir si requiere de otro manejo como derivación de la vía biliar. Se comenta con docente.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente/cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento.

Firmado por: MARIA CAMILA JARAMILLO GUZMAN, RESIDENTE CIRUGIA GENERAL, Registro 1037652610, CC 1037652610

Fecha: 16/01/2024 08:44

Nota de Evolución - Tratante - CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS

Signos vitales:, Frecuencia cardíaca(LPM): 76, Frecuencia respiratoria(Respiraciones/minuto): 16, Escala del dolor: 0-No dolor

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS.

Análisis y Plan de manejo: De acuerdo con la Dra Jaramillo Residente de Cirugía. La paciente evoluciona con control del dolor, sin fiebre, expresa que logró dormir. Se espera la Resonancia para definir si se beneficia de derivación biliar endoscópica paliativa. Explico a la paciente, se vigila su evolución.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento, Preparación para exámenes y procedimientos ordenados.

Firmado por: JAIME FERNANDO CHAVEZ TRUJILLO, CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS, Registro 1468-02, CC 75064430

Fecha: 16/01/2024 08:53

Nota Oncológica - Tratante - ONCOLOGIA CLINICA ADULTO

Información del traslado

Requiere traslado a una unidad asistencial: No

Fecha primera evaluación oncológica por el Hospital: 26/01/2023

Fecha de diagnóstico: 30/01/2023

Dx Oncológico/Histología: Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación:	CC 41731452
Paciente:	LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	09/01/1955
Edad:	68 Años
Identificador único:	1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Variables biológicas: Sin inestabilidad microsatelital. Mutacion Exon 2 del KRAS G13X. negativo para mutaciones Exones 2, 3 y 4 NRAS y exon15 del BRAF. SIN MSI

Diagnósticos activos Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL.

Clasificación oncológica inicial:

Organo Tumor Primario	Tipo de Tumor	Tipo clasificación	T	N	M	Estadio	Fecha de estadificación	Observaciones
Colon	Maligno	TNM c	TX	NX	M1	IV	17/02/2023	

Detalles tratamiento oncológico: -27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo despues a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresion

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*Progresion

-08/12/23 Regorafenib ciclo#1. El ciclo#2 se interrumpe despues de 2 dias por ictericia

Antecedentes:

- Infeccion severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caida de su propia altura 11/10/23.

Tumor primario	Tipo de Manejo	Esquema/Dosis	Fecha primer ciclo/evento	Fecha último ciclo/evento	# Ciclos	Respuesta al Tratamiento	Fecha evaluación respuesta
Colon	Quimioterapia paliativa	FOLFIRI + Bevacizumab	27/02/2023	08/08/2023	12	respuesta parcial	18/05/2023
Colon	Quimioterapia paliativa	FOLFOX y bevacizumab	24/08/2023	08/11/2023	5		
Colon	Quimioterapia paliativa	Regorafenib	08/12/2023		1		

Medicamentos actuales: Nadroparina

Fitometadiona

Hidromorfona 0. 3mg cada 6h + rescates 0. 2mg

Escitalopram 40mg.

Evolución Clínica / Revisión física: Hemodinamia estable sin fiebre, dolor modulado con medicación actual, sin deposición, sin emesis, no fiebre ni escalofríos. Ayer no tolero fase contrastada de resonancia por dolor

- Examen Físico:

Ictericia en escleras y piel

Estado funcional 2

Mucosas hidratadas

Cardiopulmonar normal

Abdomen crepitante hipoactivo izquierdo, sin dolor

No edemas

Mejoría de edema en región posterior de muslo a nivel distal a la mejoría con cambios crónicos piel

Neurológico sin déficit

Estudios relevantes: Marly

26/01/23

*TAC de Abdomen contrastado: Hígado con múltiples lesiones focales hipodensas de comportamiento hipodenso que comprometen ambos lóbulos la de mayor tamaño en el segmento V? de 42x37mm, no adenopatías mesentéricas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histiocitosis

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no complicadas, grado I, diverticulosis, lesión de aspecto neoplásico en transverso distal de al menos 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles de ciego, no resecados, ileoscopia normal, pendiente biopsias

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

-17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

. Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transversal adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.
. Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominio izquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hipermetabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, sin clara representación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo
-TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto para la arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudio previo. Dos adenopatías adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4, 2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2. 3 cm, hoy 2 cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y tamaño estables, sin lesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplenomesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñón derecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples flebolitos pélvicos. Sin masas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardiografía: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

- Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transversal, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes a nivel morfológico, compatible con tumoración maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13. 6 (previamente de 16. 4), volumen metabólico actual de 813 cm³ (previamente de 938 cm³), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en número y tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia de necrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable

- Aparición de lesiones hipermetabólicas en:

. Adenopatías en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminación metastásica por vía linfática.

. Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestivo de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contexto sugiere diseminación metastásica por vía hematogénica

*20-nov-2023 TAC Torax y Abdomen ---CONCLUSIÓN Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. -

Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroilíaca izquierda. - Lesión primaria en colon transversal distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

-09/01/2024 Eco hígado: No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar: no hay dilatación de la vía biliar ni distensión de la vesícula. El hígado tiene aumento de su tamaño y ecogenicidad heterogénea por compromiso difuso por metástasis. No presenta absceso ni cirrosis. En la vesícula encuentro pólipo pediculado de 0, 3 cm que no tiene significado clínico. La vesícula no presenta cálculos ni signos de inflamación. El páncreas es normal. El riñón derecho tiene tamaño y ecogenicidad normales. Conserva la relación y diferenciación corticomedular. No muestra masas, cálculos ni hidronefrosis. Hay ascitis con líquido perihéptico y periesplénico --- CONCLUSIÓN 1. No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar. 2. Metástasis hepáticas conocidas. 3. Ascitis. 4. Pólipo vesicular que no tiene significado clínico

-15/01/2024 Ecografía de abdomen: Extenso compromiso infiltrativo del parénquima hepático por antecedente ya conocido con leve dilatación de radicales intrahepáticos en ambos lóbulos, probablemente por compresión extrínseca. No hay dilatación de la vía biliar extrahepática

Marcador tumoral

-23/02/23 Antígeno carcinoembrionario 307 -25/03/23 ACE 164 -22/04/23 ACE 127 -20/05/23 ACE 120. 2 -18/06/23 ACE 140 (Lab HPTU) -22/07/23 ACE 159 -19/08/23 ACE 204 -09/10/23 ACE 237* -07/11/23 ACE 222 -21/11/23 ACE 280. 9 -09/01/24 ACE pendiente (680?)

Lab

-22/07/23 Dímero D 2271* Fibrinógeno 425 Hb 13. 1 WBC 5630 N 50% Plq 238. 000 AST 21 ALT 36 Cr. 9

-22/07/23 Dímero D 1665* Hb 12. 2 WBC 6550 N 3830 Plq 252. 000 AST 31 ALT 15 Cr. 87

-19/08/23 Dímero D 3111* Hb 12. 7 WBC 6160 N 3780 Plq 214. 000 ALT 18 AST 34 BT. 7 Ca 9. 4 Cr. 8 LDH 638* FA 150* Glic 99 Na 141 K 3. 7 Cl 106 Bicarbonato 22 Mg 2 BUN 18 TSH 1. 6

-19/09/23 Hb 12. 8 WBC 18640 N 15470 L 1800 M 1220 Plq 239. 000

-09/10/23 Dímero D 8852* Hb 10. 3 WBC 11080 N 6648 Plq 585. 000 ALT 19 AST 83* BT. 2 Cr. 7 LDH 1396

-10/10/23 PCR 9. 9 (disminución)

-23/10/23 AST 42* ALT 13 FA 316* Hb 11. 5 Hto 36 WBC 14860 N 10402 Plq BT. 40 BD. 16 BI. 24 Cr. 68

-07/11/23 FA 375* HLG Normal Glic 98 AST 70* ALT 31

-21/11/23 Hb 12. 3 WBC 6780 N 4160 Plq 176. 000 AST 66* ALT 36. 4 CR. 6 B12 2000

-15/01/2024 ALT 114, AST 350, BT 13. 82, BD 10. 12, calcio 9. 1, cloro 105. 7, sodio 136, potasio 5. 34, creatinina 0. 84, FA 580, GGT 511, PCR 23. 19, BUN 23. 3, hemoglobina 14. 9, hematocrito 43. 3%, leucocitos 11220, plaquetas 211200.

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Patología:

Tipo de Estudio	Fecha de Realización	Fecha del Informe	Nº de Patología y Lugar	Resultados /Interpretación
Otros	27/01/2023		CI marly Q 569-23 Dr JA Szelezsan	Colon transverso, Biopsia: Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa, sin ILV ni PRN. IHQ positiva para CDX2, m no hay pérdida de la expresión nuclear de proteínas MMR: Baja probabilidad de inestabilidad microsatelital
Otros	06/02/2023		FICMAC#23BM000672-2	Mutación Exon 2 del KRAS G13X. negativo para mutaciones Exones 2,3 y 4 NRAS y exon15 del BRAF

Análisis y Plan de Manejo Paciente de 69 años. Jubilada. Trabaja en clínica oftalmológica. Viuda, 1 hija. Residente previamente en Bogotá, ahora en Medellín. Acudiente: Monica Vidal (hija)
En declinación funcional, antecedentes anotados
Diagnóstico Oncológico de Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa del colon transversal sin necesidad de derivación
Estadio IV por extenso compromiso hepático, una lesión metabólica sin representación morfológica en hueso sacroiliaco izquierdo, no tiene inestabilidad microsatelital, el BRAF es negativo y esta mutada del Exon 2 del KRAS G13X
Feb/2023 Recibió quimioterapia intención PALIATIVA con FOLFIRI y Bevacizumab logrando enfermedad estable después de 6to ciclo pero con embolismo pulmonar sin repercusión clínica ni hemodinámica, luego de ciclo#12 se había planeado mantenimiento
Ag/2023 progresión de la enfermedad a nivel hepático, adrenal, ganglionar y óseo, se cambia a segunda línea PALIATIVA con esquema FOLFOX y bevacizumab, y se hará deteminación de Her2 + posibilidad de terapias blanco
El 2do ciclo protractado por neutropenia grado 2 transitoria. Después de 3er ciclo hospitalizada por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado con neutropenia transitoria con lo cual se adiciona pegfilgrastim; demás tuvo trauma con fractura costal manejada con bloqueo; queda sin anticoagulante

Nov/2023 progresión serológica de ACE y por imágenes. Se cambia a 3L PALIATIVA con regorafenib de los cuales completo 1 ciclo. Iniciando 2do ciclo inicia con ictericia, se descarta obstrucción con Eco, se suspendió medicación pensando en toxicidad pero ahora empeoramiento sintomático y clínico con incremento colestasis además pienso que tuvo cuadro suboclusivo en días previos
Fue evaluada por Hepatobiliar quienes consideran Colangiografía (pendiente fase contrastada, ayer no realizada por dolor - aun no se había iniciado opioide), ayer suspendí antibiótico ya que no tiene clínica de colangitis si bien tiene PCR elevada no tiene ni leucocitosis franca ni neutrofilia
Mejor control analgésico con los ajustes realizado por el grupo de Dolor, según evolución considerar además posibilidad de radioterapia paliativa sobre acetábulo izquierdo; posible progresión de la enfermedad, hay marcada elevación de ACE, con lo cual se considera re-orientación del esfuerzo terapéutico de momento
Se brinda información.
Se explica al paciente su condición. Dice entender y acepta el plan de estudios y manejo.

Firmado por: ALICIA QUIROGA ECHEVERRI, ONCOLOGIA CLINICA ADULTO, Registro 05-2689-08, CC 43183786

Nota aclaratoria

Fecha: 16/01/2024 10:41

Se revisaron imágenes por parte de Hepatobiliar, pro aho no evidencian compresión extrahepática de VB
Considero activar plan de atención domiciliar y rotación de opioide
Comentare con Dolor y Cuidados Paliativos
Activo pre-Alta

Firmado por: ALICIA QUIROGA ECHEVERRI, ONCOLOGIA CLINICA ADULTO, Registro 05-2689-08, CC 43183786

Nota aclaratoria

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 16/01/2024 11:58

Discuto caso con Dr Jaime Chavez, Hepatobiliar donde se cosnideró que el Hepatico común no es visualidzado en imagenes ys e pudiera beneficiar de derivacion

Solciito CPRE + Colocacion stent plástico

Firmado por: ALICIA QUIROGA ECHEVERRI, ONCOLOGIA CLINICA ADULTO, Registro 05-2689-08, CC 43183786

Fecha: 16/01/2024 13:09

Nota de Evolución - Apoyo - MEDICO GENERAL

RONDA DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES MÉDICAS

Ligia Gonzalez, 69 años
Especialidad tratante: Oncologia

Diagnósticos

-Adenocacinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia.

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocacinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa
- Infeccion severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caida de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontaneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Cilco#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo despues a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresion

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progreison

Tratamiento actual:

Hidromorfona 0, 2mg De rescate IV
Hidrmorfona 0, 3mg c/6 horas IV
Fitomenadiona 10mg c/24 horas IV
Esomeprazol 40mg c/24 horas VO
Nadroparina 40mg Sc c/24 horas
Fitometadiona 0 mg cada 24 horas IV

Subjetivo:

Refiere haber pasado buena noche, se siente mejor, pero durante la mañana con dos episodios de emesis.

Examen Físico:

Signos vitales: PA: 106/69 FC: 78 FR: 17 So2%: 92 T: 36. 9

Al examen fisico en aceptables condiciones generales, alerta, orientada en las 3 esferas, ictérica.

Cuello sin ingurgitacion yugular

Torax con ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, murmullo vesicular presente sin agregados

Abdomen sin signos de irritacion peritoneal

Extremidades sin edemas, llenado capilar <2 segundos

Neurologico sin focalizaciones.

Paraclínicos:

Sin nuevos para reportar

ColangioRMN

CONCLUSIÓN

¿Compromiso metastásico en el parénquima hepático, extenso, que condiciona obstrucción, condilatación proximal de radicales biliares periféricos, tanto en el lóbulo derecho como en el lóbulo izquierdo. El ducto biliar más dilatado mide 10 mm de diámetro para los segmentos V y VI.

¿La vía biliar central y extrahepática de diámetro normal.

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

¿Hepatomegalia de 28 cm (versus 24 cm en tomografía previa de 20/11/2023).
¿Aparición de ascitis.
¿Nodularidad del mesenterio, sugestiva de carcinomatosis peritoneal.
¿Estructuras vasculares no valorables porque no se administró medio de contraste, sin embargo signos sugestivos de compromiso de la rama izquierda de la porta por el compromiso metastásico.
¿Lesión nodular de la glándula adrenal derecha y metástasis en el sacro, conocidas.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL.

Análisis y Plan de manejo: Paciente de 69 años de edad con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV con metastasis hepaticas extensas, en el momento hospitalizada por cuadro de ictericia progresiva y patron colestasico, ecografia con leve dilatacion de radicales intrahepáticos, se realizó colangiorMN donde se consideró que el Hepatico común no es visualizado en imagenes y se pudiera beneficiar de derivación, por lo que ordenan CPRE.

En el momento estable, sin dolor, pero con emesis, ajusto manejo.

Cuenta con trombopprofilaxis y gastroprotección.

Explico signos de alarma que entiende y acepta, quedo atenta a su evolucion.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente/cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento, Diagnóstico del paciente y las recomendaciones de autocuidado, Efectos secundarios de medicamentos ordenados.

Firmado por: LAURA JARAMILLO SANTACOLOMA, MEDICO GENERAL, Registro NO APLICA, CC 1152466649

Fecha: 16/01/2024 15:04

Nota general - MEDICO GENERAL

La paciente refiere intolerancia a hidromorfona y ondansetron, ajusto manejo antiemetico y analgesia.

Firmado por: LAURA JARAMILLO SANTACOLOMA, MEDICO GENERAL, Registro NO APLICA, CC 1152466649

Fecha: 16/01/2024 15:23

Nota de Evolución - Interconsultante - DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Paciente de 69 años, sola al momento de la valoración.

Diagnósticos

-Adenocacinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia.

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocacinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa
- Infeccion severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caida de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontaneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Cilco#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo despues a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresion

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progreison

Tratamiento actual:

Hidromorfona 0, 2mg De rescate IV

Hidrmorfona 0, 3mg c/6 horas IV

Fitomenadiona 10mg c/24 horas IV

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Esomeprazol 40mg c/24 horas VO
Nadroparina 40mg Sc c/24 horas
Fitometadiona 0 mg cada 24 horas IV

Ahora con mejor control de dolor, dijo que tolero el desayuno pero al momento del examen comienza a vomitar de manera importante.

Signos vitales: Presión arterial (mmHg): 100/70, Presión arterial media(mmHg): 80, Escala del dolor: 3-Leve

Paciente en regulares condiciones generales, icterica.

Cabeza: normal.

Cuello: no adenopatías.

Corazón: rítmico, sn S3

Pulmones: bien aireados, sin ruidos sobreagregados.

Abdomen: dolor a la palpación en epigastrio.

Extremidades: sin edema

DNeurológico: sin déficit.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL.

Análisis y Plan de manejo: Paciente de 69 años de edad con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV con metastasis hepáticas extensas, en el momento hospitalizada por cuadro de ictericia progresiva y patrón colestásico, ecografía con leve dilatación de radicales intrahepáticos, se realizó colangiorresonancia donde se consideró que el Hepático común no es visualizado en imágenes y se pudiera beneficiar de derivación, por lo que ordenan CPRE.

Con vómito importante refiere su hija que cada vez que se le coloca opioide tiene gran intolerancia, decido retirar la hidromorfona y solicito bloqueo celiaco para el control de dolor, dejo con esteroide para el vómito y coloco tapentadol que ya había usado con buena tolerancia.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente

Se brinda información sobre: Diagnóstico del paciente y las recomendaciones de autocuidado.

Firmado por: NORA HELENA SALDARRIAGA CARTAGENA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO - MEDICINA INTERNA, Registro 01-001837-90, CC 42995650

Fecha: 17/01/2024 06:24

Nota de Evolución - RESIDENTE CIRUGIA GENERAL

Cirugía Hepatobiliar

Ligia Gonzalez Castañeda, 69 años

Diagnósticos:

- Adenocarcinoma de colon estadio IV

* Quimioterapia 3ra línea

- Ictericia en estudio

* Dilatación de la vía biliar intrahepática

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa

- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado

- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023

- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo después a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresión

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progreison

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Estudios previos:

26/01/23

*TAC de Abdomen contrastado: Hígado con múltiples lesiones focales hipodensas de comportamiento hipodenso que comprometen ambos lóbulos la de mayor tamaño en el segmento V de 42x37mm, no adenopatías mesentericas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histerectomía

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no complicadas, grado I, diverticulosis, lesión de aspecto neoplásico en transverso distal de al menos 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles de ciego, no resecados, ileoscopia normal, pendiente biopsias

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

-17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

. Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transverso adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.

. Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominio izquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hiper metabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, sin clara representación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo

-TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto para la arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudio previo. Dos adenopatías adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4, 2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2. 3 cm, hoy 2cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y tamaño estables, sin lesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplénico mesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñón derecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples flebolitos pélvicos. Sin masas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardiograma: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

- Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transverso, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes a nivel morfológico, compatible con tumoración maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13. 6 (previamente de 16. 4), volumen metabólico actual de 813 cm3 (previamente de 938 cm3), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en número y tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia de necrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable

- Aparición de lesiones hipermetabólicas en:

. Adenopatías en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminación metastásica por vía linfática.

. Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestiva de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contexto sugiere diseminación metastásica por vía hematogénica

*20-nov-2023 TAC Torax y Abdomen ---CONCLUSIÓN Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. -

Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroilíaca izquierda. - Lesión primaria en colon transverso distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

Marcadores tumorales:

-23/02/23 Antígeno carcinoembrionario 307 -25/03/23 ACE 164 -22/04/23 ACE 127 -20/05/23 ACE 120. 2 -18/06/23 ACE 140 (Lab HPTU) -22/07/23 ACE 159 -19/08/23 ACE 204 -09/10/23 ACE 237* -07/11/23 ACE 222 -21/11/23 ACE 280. 9

Subjetivo: Paso buena noche, dolor modulado, tolerando la vía oral. No otros síntomas.

Examen físico:

Regulares condiciones generales, alerta, orientada

Mucosas hidratadas, conjuntivas rosadas. Escleras y tinte icterico generalizado.

Cuello móvil

Torax simétrico, sin retracciones.

Abdomen blando, no dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

Extremidades sin edemas.

Paraclínicos:

15/01/2024:

ALT 114, AST 350, BT 13. 82, BD 10. 12, calcio 9. 1, cloro 105. 7, sodio 136, potasio 5. 34, creatinina 0. 84, FA 580, GGT 511, PCR 23. 19, BUN 23. 3, hemoglobina 14. 9, hematocrito 43. 3%, leucocitos 11220, plaquetas 211200

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Imágenes:

- 15/01/2024: Ecografía de abdomen

Extenso compromiso infiltrativo del parenquima hepático por antecedente ya conocido con leve dilatación de radicales intrahepáticos en ambos lóbulos, probablemente por compresión extrínseca.
No hay dilatación de la vía biliar extrahepática.

- 16/01/2023: ColangioRMN

Compromiso metastásico en el parenquima hepático, extenso, que conduce a obstrucción con dilatación proximal de radicales biliares periféricos, tanto en el lóbulo derecho como en el lóbulo izquierdo. El ducto biliar más dilatado mide 10mm de diámetro para los segmentos V y VI. La vía biliar central y extrahepática de diámetro normal. Hepatomegalia de 28cm. Aparición de ascitis. Nodularidad del mesenterio, sugestiva de carcinomatosis peritoneal. Estructuras vasculares no valorables porque no se administró medio de contraste, sin embargo signos sugestivos de compromiso de la rama izquierda de la porta por el compromiso metastásico. Lesión nodular de la glándula adrenal derecha y metástasis en el sacro, conocidas.

Estudios extrahospitalarios:

trae eco :

09/01/2024

No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar: no hay dilatación de la vía biliar ni distensión de la vesícula. El hígado tiene aumento de su tamaño y ecogenicidad heterogénea por compromiso difuso por metástasis. No presenta absceso ni cirrosis. En la vesícula encuentro pólipo pediculado de 0,3 cm que no tiene significado clínico. La vesícula no presenta cálculos ni signos de inflamación. El páncreas es normal. El riñón derecho tiene tamaño y ecogenicidad normales. Conserva la relación y diferenciación corticomedular. No muestra masas, cálculos ni hidronefrosis. Hay ascitis con líquido perihepático y periesplénico. **CONCLUSIÓN** 1. No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar. 2. Metástasis hepáticas conocidas. 3. Ascitis. 4. Pólipo vesicular que no tiene significado clínico

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL.

Análisis y Plan de manejo: Paciente femenina de 69 años con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV, con metástasis hepáticas extensas. Con cuadro de 1 semana de ictericia progresiva, paraclínicos con patrón colestásico, hiperbilirrubinemia a expensas de la directa. Ecografía que demuestra leve dilatación de radicales intrahepáticos. Se solicitó colangioRMN donde se evidencia dilatación de la vía biliar intrahepática, sin embargo se revisan imágenes y no es posible evidenciar el conducto hepático común, por lo que se solicitó CPRE con inserción de stent biliar. Tiene pendiente procedimiento. Se encuentra estable hemodinámicamente, sin signos de colangitis aguda, dolor modulado. Se comenta con docente.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente/cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento.

Firmado por: MARIA CAMILA JARAMILLO GUZMAN, RESIDENTE CIRUGIA GENERAL, Registro 1037652610, CC 1037652610

Fecha: 17/01/2024 07:03

Nota de Evolución - Interconsultante - CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS

Signos vitales: Frecuencia cardíaca (LPM): 78, Frecuencia respiratoria (Respiraciones/minuto): 16, Escala del dolor: 0-No dolor

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL.

Análisis y Plan de manejo: De acuerdo con la Dra Jaramillo Residente de Cirugía. La paciente expresa que no tiene dolor, logró dormir bien, ha tenido vómito. En las imágenes de Resonancia simple no veo el conducto hepático común, en consecuencia se solicitó CPRE para intentar paliación de su obstrucción biliar con stent endoscópico, en la misma endoscopia se evaluará si tiene obstrucción duodenal maligna pues aunque no ausculto succusión gástrica, ha tenido vómito persistente, lo refiere desde los días anteriores al ingreso al Hospital. Explico a la paciente, se vigila su evolución.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento, Diagnóstico del paciente y las recomendaciones de autocuidado, Preparación para exámenes y procedimientos ordenados.

Firmado por: JAIME FERNANDO CHAVEZ TRUJILLO, CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS, Registro 1468-02, CC 75064430

Fecha: 17/01/2024 09:12

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Nota Oncológica - Tratante - ONCOLOGIA CLINICA ADULTO

Información del traslado

Requiere traslado a una unidad asistencial: No

Fecha primera evaluación oncológica por el Hospital: 26/01/2023

Fecha de diagnóstico: 30/01/2023

Dx Oncológico/Histología: Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa

Variables biológicas: Sin inestabilidad microsatelital. Mutación Exon 2 del KRAS G13X. negativo para mutaciones Exones 2, 3 y 4 NRAS y exon15 del BRAF. SIN MSI

Diagnósticos activos Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO.

Clasificación oncológica inicial:

Organo Tumor Primario	Tipo de Tumor	Tipo clasificación	T	N	M	Estadio	Fecha de estadificación	Observaciones
Colon	Maligno	TNM c	TX	NX	M1	IV	17/02/2023	

Detalles tratamiento oncológico: -27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo despues a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresion

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*Progresion

-08/12/23 Regorafenib ciclo#1. El ciclo#2 se interrumpe despues de 2 dias por ictericia

Antecedentes:

- Infeccion severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado

- Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023

- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

Tumor primario	Tipo de Manejo	Esquema/Dosis	Fecha primer ciclo/evento	Fecha último ciclo/evento	# Ciclos	Respuesta al Tratamiento	Fecha evaluación respuesta
Colon	Quimioterapia paliativa	FOLFIRI + Bevacizumab	27/02/2023	08/08/2023	12	respuesta parcial	18/05/2023
Colon	Quimioterapia paliativa	FOLFOX y bevacizumab	24/08/2023	08/11/2023	5		
Colon	Quimioterapia paliativa	Regorafenib	08/12/2023		1		

Medicamentos actuales: Tapentadol 50mg cada 12 horas

Dexametasona 4mg cada 8 horas

Ketorolaco 30mg cada 12 horas

Acetaminofen 1gr cada 8 horas

Metoclopramida 10mg cada 8 horas

Esomperazol 40mg día

Fitometadiona 10mg día

Nadroparina 40mg día

Evolución Clínica / Revisión física: Hemodinamicamente estable sin fiebre, dolor modulado con medicación actual aunque persiste en cadera con los movimientos, sin deposición, ayer episodios de emesis posterior a ingesta de alimentos, se ajusta opioide, no fiebre ni escalofríos.

- Examen Físico:

Ictericia en escleras y piel

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Estado funcional 2
Mucosas hidratadas
Cardiopulmonar normal
Abdomen cremiento lobulo hepatico izquierdo, sin dolor
No edemas
Mejoria de edema en region posterior de muslo a nivel distal a la mejoría con cambios cronicos piel
Neurologico sin deficit

Estudios relevantes: Marly

26/01/23
*TAC de Abdomen contrastado: Hígado con multiples lesiones focales hipodensas de comportamiento hipodenso que comprometen ambos lobulos la de mayor tamaño en el seg V? de 42x37mm, no adenopatias mesentericas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histectomia

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no compliadas, grado I, diverticulosis, leison de aspecto neoplasico en transverso distal de al mmo 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles dle ciego, no resecados, ileoscopia normal, pendinete biopsias

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

-17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

. Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transversal adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.
. Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominio izquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hiper metabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, sin clara representación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo

-TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto para la arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudio previo. Dos adenopatías adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4, 2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2. 3 cm, hoy 2cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y tamaño estables, sin lesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplénico mesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñón derecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples flebolitos pélvicos. Sin masas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardiografía: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

- Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transversal, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes a nivel morfológico, compatible con tumoración maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13. 6 (previamente de 16. 4), volumen metabólico actual de 813 cm3 (previamente de 938 cm3), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en número y tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia de necrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable

- Aparición de lesiones hipermetabólicas en:

. Adenopatías en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminación metastásica por vía linfática.

. Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestiva de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contexto sugiere diseminación metastásica por vía hematogénica

*20-nov-2023 TAC Torax y Abdomen ---CONCLUSIÓN Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. -

Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroilíaca izquierda. - Lesión primaria en colon transversal distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

-09/01/2024 Eco hígado: No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar: no hay dilatación de la vía biliar ni distensión de la vesícula. El hígado tiene aumento de su tamaño y ecogenicidad heterogénea por compromiso difuso por metástasis. No presenta absceso ni cirrosis. En la vesícula encuentro pólipo pediculado de 0, 3 cm que no tiene significado clínico. La vesícula no presenta cálculos ni signos de inflamación. El páncreas es normal. El riñón derecho tiene tamaño y ecogenicidad normales. Conserva la relación y diferenciación corticomedular. No muestra masas, cálculos ni hidronefrosis. Hay ascitis con líquido perihepático y periesplénico --- CONCLUSIÓN 1. No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar. 2. Metástasis hepáticas conocidas. 3. Ascitis. 4. Pólipo vesicular que no tiene significado clínico

-15/01/2024 Ecografía de abdomen: Extenso compromiso infiltrativo del parenquima hepático por antecedente ya conocido con leve dilatación de radicales intrahepáticos en ambos lobulos, probablemente por compresión extrínseca. No hay dilatación de la vía biliar extrahepática

-15/01/23 Colangiografía simple ---CONCLUSIÓN

¿Compromiso metastásico en el parénquima hepático, extenso, que condiciona obstrucción, dilatación proximal de radicales biliares periféricos, tanto en el lóbulo derecho como en el lóbulo izquierdo. El ducto biliar más dilatado mide 10 mm de diámetro para los segmentos V y VI.

¿La vía biliar central y extrahepática de diámetro normal.

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

¿Hepatomegalia de 28 cm (versus 24 cm en tomografía previa de 20/11/2023).
 ¿Aparición de ascitis. ¿Nodularidad del mesenterio, sugestiva de carcinomatosis peritoneal.
 ¿Estructuras vasculares no valorables porque no se administró medio de contraste, sin embargo signos sugestivos de compromiso de la rama izquierda de la porta por el compromiso metastásico.
 ¿Lesión nodular de la glándula adrenal derecha y metástasis en el sacro, conocidas

Marcador tumoral

-23/02/23 Antígeno carcinoembrionario 307 -25/03/23 ACE 164 -22/04/23 ACE 127 -20/05/23 ACE 120. 2 -18/06/23 ACE 140 (Lab HPTU) -22/07/23 ACE 159 -19/08/23 ACE 204 -09/10/23 ACE 237* -07/11/23 ACE 222 -21/11/23 ACE 280. 9 -09/01/24 ACE pendiente (680?)

Lab

-22/07/23 Dimero D 2271* Fibrinogeno 425 Hb 13. 1 WBC 5630 N 50% Plq 238. 000 AST 21 ALT 36 Cr. 9
 -22/07/23 Dimero D 1665* Hb 12. 2 WBC 6550 N 3830 Plq 252. 000 AST 31 ALT 15 Cr. 87
 -19/08/23 DimeroD 3111* Hb 12. 7 WBC 6160 N 3780 Plq 214. 000 ALT 18 AST 34 BT. 7 Ca 9. 4 Cr. 8 LDH 638* FA 150* Glic 99 Na 141 K 3. 7 Cl 106
 Bicarbonato 22 Mg 2 BUN 18 TSH 1. 6
 -19/09/23 Hb 12. 8 WBC 18640 N 15470 L 1800 M 1220 Plq 239. 000
 -09/10/23 DimeroD 8852* Hb 10. 3 WBC 11080 N 6648 Plq 585. 000ALT 19 AST 83* BT. 2 Cr. 7 LDH 1396
 -10/10/23 PCR 9. 9 (disminucion)
 -23/10/23 AST 42* ALT 13 FA 316* Hb 11. 5 Hto 36 WBC 14860 N 10402 Plq BT. 40 BD. 16 BI. 24 Cr. 68
 -07/11/23 FA 375* HLG Normal Glic 98 AST 70* ALT 31
 -21/11/23 Hb 12. 3 WBC 6780 N 4160 Plq 176. 000 AST 66* ALT 36. 4 CR. 6 B12 2000
 -15/01/2024 ALT 114, AST 350, BT 13. 82, BD 10. 12, calcio 9. 1, cloro 105. 7, sodio 136, potasio 5. 34, creatinina 0. 84, FA 580, GGT 511, PCR 23. 19, BUN 23. 3, hemoglobina 14. 9, hematocrito 43. 3%, leucocitos 11220, plaquetas 211200.

Patología:

Tipo de Estudio	Fecha de Realización	Fecha del Informe	N° de Patología y Lugar	Resultados /Interpretación
Otros	27/01/2023		Cl marly Q 569-23 Dr JA Szelezsan	Colon transverso, Biopsia: Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa, sin ILV ni PRN. IHQ positiva para CDX2, m no hay pérdida de la expresión nuclear de proteínas MMR: Baja probabilidad de inestabilidad microsatelital
Otros	06/02/2023		FICMAC#23BM000672-2	Mutación Exon 2 del KRAS G13X. negativo para mutaciones Exones 2,3 y 4 NRAS y exon15 del BRAF

Análisis y Plan de Manejo Paciente de 69 años. Jubilada. Trabaja en clínica oftalmológica. Viuda, 1 hija. Residente previamente en Bogotá, ahora en

Medellín. Acudiente: Monica Vidal (hija), en el momento sola

En declinación funcional, antecedentes anotados

Diagnóstico Oncológico de Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa del colon transverso sin necesidad de derivación

Estadio IV por extenso compromiso hepático, una lesión metabólica sin representación morfológica en hueso sacroiliaco izquierdo, no tiene inestabilidad microsatelital, el BRAF es negativo y esta mutada del Exon 2 del KRAS G13X

Feb/2023 Recibió quimioterapia intención PALIATIVA con FOLFIRI y Bevacizumab logrando enfermedad estable después de 6to ciclo pero con embolismo pulmonar sin repercusión clínica ni hemodinámica, luego de ciclo#12 se había planeado mantenimiento

Ag/2023 progresión de la enfermedad a nivel hepático, adrenal, ganglionar y óseo, se cambia a segunda línea PALIATIVA con esquema FOLFOX y bevacizumab, y se hará detección de Her2 + posibilidad de terapias blanco

El 2do ciclo protractado por neutropenia grado 2 transitoria. Después de 3er ciclo hospitalizada por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado con neutropenia transitoria con lo cual se adiciona pegfilgrastim; además tuvo trauma con fractura costal manejada con bloqueo; queda sin anticoagulante

Nov/2023 progresión serológica de ACE y por imágenes. Se cambia a 3L PALIATIVA con regorafenib de los cuales completo 1 ciclo. Iniciando 2do ciclo inicia con ictericia, se descarta obstrucción con Eco, se suspendió medicación pensando en toxicidad pero ahora empeoramiento sintomático y clínico con incremento colestasis además pienso que tuvo cuadro suboclusivo en días previos

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Fue evaluada por Hepatobiliar quienes consideran Colangiografía (sin difusión ni contraste por dolor - aun no se había iniciado opioide) Mejor control analgésico con los ajustes realizados por el grupo de Dolor, según evolución considerar además posibilidad de radioterapia paliativa sobre acetábulo izquierdo; posible progresión de la enfermedad, hay marcada elevación de ACE, con lo cual se considera re-orientación del esfuerzo terapéutico de momento

Se hará CPRE para definir posibilidad de mejoría sintomática con derivación además bloqueo celíaco, ya tiene ajuste antiemético, considero no relacionado a opioide sin embargo ya se rotó además se planea activación de plan de atención domiciliar y acompañamiento permanente de ella paciente por su condición clínica

Mañana control electrolitos más laboratorios

Se brinda información.

Se explica al paciente su condición. Dice entender y acepta el plan de estudios y manejo.

Plan:

-Mañana control laboratorios

-Pendiente CPRE y definir posibilidad de colocación stent

-Ya tiene ajuste analgésico, pendiente bloqueo y definir activar plan de atención domiciliar

*Según evolución considerar además posibilidad de radioterapia paliativa sobre acetábulo izquierdo.

Firmado por: ALICIA QUIROGA ECHEVERRI, ONCOLOGÍA CLÍNICA ADULTO, Registro 05-2689-08, CC 43183786

Nota aclaratoria

Fecha: 17/01/2024 09:14

Además valoración por psicología para manejo integral

Firmado por: ALICIA QUIROGA ECHEVERRI, ONCOLOGÍA CLÍNICA ADULTO, Registro 05-2689-08, CC 43183786

Nota aclaratoria

Fecha: 17/01/2024 13:13

Persiste con dolor cadera a la movilización, interconsulta a radioterapia

Firmado por: ALICIA QUIROGA ECHEVERRI, ONCOLOGÍA CLÍNICA ADULTO, Registro 05-2689-08, CC 43183786

Fecha: 17/01/2024 10:51

Nota Psicología - Interconsultante - PSICOLOGÍA

Residente en: Medellín, antes en Bogotá

Escolaridad: administración escolar

Estado civil: viuda

Número de hijos: 1

Convive con: con la hija, el yerno y los nietos

Profesión/Oficio: jubilada

Conocida de forma ambulatoria

Motivo de Consulta:

Se recibe solicitud de interconsulta por: "paciente con enfermedad oncológica, requiere soporte integral"

Adhesión a la guía de: paciente con cáncer

Examen Mental - Hallazgos Psíquicos - Estado emocional:

Paciente consciente, orientada, colaboradora

Sin acompañante

Con comprensión de información recibida de parte de médicos tratantes

Verbaliza pensamientos sobre la posibilidad de mayor deterioro y fallecimiento

Tristeza por pensamientos sobre la posibilidad de dejar a familiares, en especial su mamá, hija y nietos

Ha tenido conversaciones a nivel intrafamiliar sobre la muerte

Niega episodios de llanto o desborde emocional

Con planes de regresar a casa con cuidadora formal

Frustración e impotencia ante no obtención de resultados deseados con el tratamiento "uno lucha y lucha pero no salen las cosas como uno quiere"

Intervención:

Encuadre

Adelanto escucha activa

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Brindo soporte afectivo
Refuerzo estrategias de afrontamiento adaptativas
Normalizo emociones negativas
Abordo pensamientos relacionados con la posibilidad de fallecimiento

Información/Educación:
Psicoeducación en relación con experiencia de enfermedad

Análisis y Plan de manejo: Continuo pendiente de la evolución de la paciente

Firmado por: ENNA CATALINA PAYAN GOMEZ, PSICOLOGIA, Registro 76-0104-96, CC 25276908

Fecha: 17/01/2024 11:51

Nota de Evolución - Apoyo - MEDICO GENERAL

RONDA DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES.

Ligia Gonzalez, 69 años.
Especialidad tratante: oncología.

Diagnósticos:

-Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia.

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubuloviloso con displasia de alto grado extensa
- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo después a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresión

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progreison

Tratamiento:

Tapentadol 50mg cada 12h
Dexametasona 4mg cada 8h
Ketorolaco 30mg cada 12h
Acetaminofen 1g cada 8h
Metoclopramida 10mg cada 8h
Esomeprazol 40mg c/24 horas VO
Nadroparina 40mg Sc c/24 horas
Fitometadiona 0 mg cada 24 horas IV

Subjetivo: la paciente refiere adecuado control del dolor, coluria y acolia, niega otros síntomas asociados.

Signos vitales: Presión arterial (mmHg): 98/63, Presión arterial media(mmHg): 74, Frecuencia cardíaca(LPM): 75, Frecuencia respiratoria (Respiraciones/minuto): 16, Escala del dolor: 0-No dolor, Saturación de oxígeno(%): 90

PA: 98/63 FC: 75 SAO2: 90%

Paciente alerta, sin signos de dificultad respiratoria, sin requerimiento de oxígeno suplementario.

Mucosas hidratadas, cuello sin adenopatías, móvil.

Tórax sin retracciones, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Pulmones bien ventilados, sin agregados patológicos.

Abdomen blando, doloroso a la palpación en epigastrio, sin irritación peritoneal.

Extremidades sin edemas, llenado capilar menor 2 segundos.

Neurológico sin déficit.

Paraclínicos:

**No pendientes por reportar.

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO.

Análisis y Plan de manejo: Paciente de 69 años con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV con metastasis hepaticas extensas. Hospitalizada por ictericia y patrón colestásico asociado, con ecografía donde se evidencia dilatación de radicales intrahepáticos por lo que fue llevada a colangiograma, no se logra evidenciar el conducto hepático común por lo cual solicitan CPRE programada para el día de mañana. La paciente se encuentra estable hemodinámicamente, afebril, refiriendo adecuado control del dolor, coluria y acolia, sin otros síntomas. No tiene paraclínicos por reportar. Ya fue valorada por psicología. Cuenta con tromboprofilaxis y gastroprotección. Explico las conductas, refiere entender y aceptar.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente

Se brinda información sobre: Diagnóstico del paciente y las recomendaciones de autocuidado.

Firmado por: LAURA NATALY HIGUITA DUQUE, MEDICO GENERAL, Registro 1020454464, CC 1020454464

Fecha: 17/01/2024 14:53

Nota Oncológica - Interconsultante - RADIOTERAPIA

Información del traslado

Requiere traslado a una unidad asistencial: No

Fecha primera evaluación oncológica por el Hospital: 26/01/2023

Fecha de diagnóstico: 30/01/2023

Dx Oncológico/Histología: Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubuloviloso con displasia de alto grado extensa

Variables biológicas: Sin inestabilidad microsatelital. Mutacion Exon 2 del KRAS G13X. negativo para mutaciones Exones 2, 3 y 4 NRAS y exon15 del BRAF. SIN MSI

Diagnósticos activos Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO.

Clasificación oncológica inicial:

Organo Tumor Primario	Tipo de Tumor	Tipo clasificación	T	N	M	Estadio	Fecha de estadificación	Observaciones
Colon	Maligno	TNM c	TX	NX	M1	IV	17/02/2023	

Detalles tratamiento oncológico: -27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo despues a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresion

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*Progresion

-08/12/23 Regorafenib ciclo#1. El ciclo#2 se interrumpe despues de 2 dias por ictericia

Antecedentes:

- Infeccion severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caida de su propia altura 11/10/23.

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Tumor primario	Tipo de Manejo	Esquema/Dosis	Fecha primer ciclo/evento	Fecha último ciclo/evento	# Ciclos	Respuesta al Tratamiento	Fecha evaluación respuesta
Colon	Quimioterapia paliativa	FOLFIRI + Bevacizumab	27/02/2023	08/08/2023	12	respuesta parcial	18/05/2023
Colon	Quimioterapia paliativa	FOLFOX y bevacizumab	24/08/2023	08/11/2023	5		
Colon	Quimioterapia paliativa	Regorafenib	08/12/2023		1		

Medicamentos actuales: Tapentadol 50mg cada 12 horas
Dexametasona 4mg cada 8 horas
Ketorolaco 30mg cada 12 horas
Acetaminofen 1gr cada 8 horas
Metoclopramida 10mg cada 8 horas
Esomeprazol 40mg día
Fitometadiona 10mg día
Nadroparina 40mg día

Evolución Clínica / Revisión física: RADIOTERAPIA HPTU

PREVIA ASEPSIA DE MANOS Y UTILIZACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SE REALIZA INTERROGATORIO Y EXAMEN FÍSICO DE LA PACIENTE.

IDENTIFICACIÓN: PACIENTE FEMENINA DE 69 AÑOS DE EDAD. NATURAL DE BOGOTÁ. PROCEDENTE Y RESIDENTE EN MEDELLÍN. OCUPACIÓN CESANTE. ESTADO CIVIL VIUDA. EN EL MOMENTO ENCOMPAÑÍA DE FAMILIARES (MAMÁ/MARÍA INES, HIJA/MÓNICA).

MOTIVO DE CONSULTA: "DOLOR EN CADERA".

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO DE ADENOCARCINOMA DE COLON DE TIPO USUAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO ULCERADO INFILTRANTE A TODO EL ESPESOR DE LA BIOPSIA Y ORIGINADO EN ADENOMA TUBULOVELLOSO CON DISPLASIA DE ALTO GRADO EXTENSA DEL COLON TRANSVERSO SIN NECESIDAD DE DERIVACIÓN ESTADIO IV POR EXTENSO COMPROMISO HEPÁTICO Y ADEMÁS LESIÓN ÓSEA EN SACRO IZQUIERDO. EN PATOLOGÍA NO SE ENCONTRÓ INESTABILIDAD MICROSATELITAL, BRAF. MUTADA DE LEXON 2 DEL KRAS G13x (FEBRERO 2023).

RECIBIÓ TRATAMIENTO CON INTENCIÓN PALIATIVA CON QUIMIOTERAPIA CON ESQUEMA FOLFIRI Y BEVACIZUMAB X 12 (27 II 23 - 08 VIII 23) CON PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD POR LO QUE SE PASÓ A SEGUNDA LÍNEA CON FOLFOX X 5 (24 VIII 23 - 08 XI 23) EVIDENCIANDO NUEVAMENTE PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD PARA LO QUE RECIBE QUIMIOTERAPIA DE TERCERA LÍNEA CON REGORAFENIB (FECHA INICIO 08 XII 23).

ACTUALMENTE HOSPITALIZADA CON DETERIORO FUNCIONAL Y ELEVACIÓN MARCADA DE ACE PARA LO QUE TIENE PENDIENTE REALIZACIÓN DE CPRE PARA DEFINIR POSIBILIDAD DE MANEJO PALIATIVO DESOBSTRUCTIVO.

REFIERE DOLOR EN CADERA IZQUIERDA IRRADIADO A RODILLA IPSILATERAL CON CONSIGUIENTE LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA LA MARCHA Y MOVILIZACIÓN. TIENE ESTUDIOS RELEVANTES QUE INCLUYEN:

-TOMOGRAFÍA EMISIÓN POSITRONES (22 VIII 23): PERSISTENCIA DE LESIONES HIPERMETABÓLICAS EN MASA COLON TRANSVERSO, HÍGADO, LESIÓN BLÁSTICA DE SACRO ADYACENTE A ARTICULACIÓN SACROILIACA IZQUIERDA, ADENOPATÍAS EN CADENA MAMARIA INTERNA DERECHA Y RETROPERITONEO, GLÁNDULA ADRENAL DERECHA, ACETÁBULO IZQUIERDO; ADEMÁS GLOMUS CAROTIDEO IZQUIERDO.

ONCOLOGÍA CLÍNICA SOLICITA EVALUACIÓN POR RADIOTERAPIA PARA DEFINIR OPCIÓN DE MANEJO PALIATIVO.

SUBJETIVO: REFIERE DOLOR Y LIMITACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE CADERA IZQUIERDA.

AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, IK 60%, TENSIÓN ARTERIAL 100/60, FRECUENCIA CARDIACA 75 POR MINUTO, FRECUENCIA RESPIRATORIA 18 POR MINUTO. REFIERE LEVE DOLOR EN CADERA IZQUIERDA.

TINTE ICTÉRICO EN PIEL Y MUCOSTAS.

NO ADENOPATÍAS PERIFÉRICAS PALPABLES.

ABDOMEN: BLANDO, DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA.

EXTREMIDADES: NO EDEMAS.

OSTEOMUSCULARTICULAR: DOLOR A LA PALPACIÓN DE REGIÓN SACRA IZQUIERDA. DOLOR Y LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA LA MOVILIZACIÓN DE CADERA IZQUIERDA.

Estudios relevantes: Marly
26/01/23

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

*TAC de Abdomen contrastado: Hígado con múltiples lesiones focales hipovasculares de comportamiento hipodenso que comprometen ambos lóbulos la de mayor tamaño en el seg V? de 42x37mm, no adenopatías mesentericas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histeectomia

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no compliadas, grado I, diverticulosis, leison de aspecto neoplasico en transversal distal de al mno 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles del ciego, no resecados, ileoscopia normal, pendinete biopsias

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

-17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

. Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transversal adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.

. Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominio izquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hiper metabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroiliaca izquierda, sin clara representación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo

-TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto para la arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudio previo. Dos adenopatías adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4, 2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2. 3 cm, hoy 2cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y tamaño estables, sin lesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplénico mesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñón derecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples flebolitos pélvicos. Sin masas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardiografía: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

- Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transversal, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes a nivel morfológico, compatible con tumoración maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13. 6 (previamente de 16. 4), volumen metabólico actual de 813 cm3 (previamente de 938 cm3), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en número y tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia de necrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulación sacroiliaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable

- Aparición de lesiones hipermetabólicas en:

. Adenopatías en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminación metastásica por vía linfática.

. Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestiva de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contexto sugiere diseminación metastásica por vía hematogénica

*20-nov-2023 TAC Tórax y Abdomen ---CONCLUSIÓN Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. -

Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroiliaca izquierda. - Lesión primaria en colon transversal distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

-09/01/2024 Eco hígado: No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar: no hay dilatación de la vía biliar ni distensión de la vesícula. El hígado tiene aumento de su tamaño y ecogenicidad heterogénea por compromiso difuso por metástasis. No presenta absceso ni cirrosis. En la vesícula encuentro pólipo pediculado de 0, 3 cm que no tiene significado clínico. La vesícula no presenta cálculos ni signos de inflamación. El páncreas es normal. El riñón derecho tiene tamaño y ecogenicidad normales. Conserva la relación y diferenciación corticomedular. No muestra masas, cálculos ni hidronefrosis. Hay ascitis con líquido perihepático y periesplénico --- CONCLUSIÓN 1. No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar. 2. Metástasis hepáticas conocidas. 3. Ascitis. 4. Pólipo vesicular que no tiene significado clínico

-15/01/2024 Ecografía de abdomen: Extenso compromiso infiltrativo del parénquima hepático por antecedente ya conocido con leve dilatación de radicales intrahepáticos en ambos lóbulos, probablemente por compresión extrínseca. No hay dilatación de la vía biliar extrahepática

-15/01/23 Colangiografía simple ---CONCLUSIÓN

. Compromiso metastásico en el parénquima hepático, extenso, que condiciona obstrucción, dilatación proximal de radicales biliares periféricos, tanto en el lóbulo derecho como en el lóbulo izquierdo. El ducto biliar más dilatado mide 10 mm de diámetro para los segmentos V y VI.

. La vía biliar central y extrahepática de diámetro normal.

. Hepatomegalia de 28 cm (versus 24 cm en tomografía previa de 20/11/2023).

. Aparición de ascitis. Nodularidad del mesenterio, sugestiva de carcinomatosis peritoneal.

. Estructuras vasculares no valorables porque no se administró medio de contraste, sin embargo signos sugestivos de compromiso de la rama izquierda de la porta por el compromiso metastásico.

. Lesión nodular de la glándula adrenal derecha y metástasis en el sacro, conocidas

Marcador tumoral

-23/02/23 Antígeno carcinoembrionario 307 -25/03/23 ACE 164 -22/04/23 ACE 127 -20/05/23 ACE 120. 2 -18/06/23 ACE 140 (Lab HPTU) -22/07/23 ACE 159 -19/08/23 ACE 204 -09/10/23 ACE 237* -07/11/23 ACE 222 -21/11/23 ACE 280. 9 -09/01/24 ACE pendiente (680?)

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Lab

-22/07/23 Dimero D 2271* Fibrinogeno 425 Hb 13. 1 WBC 5630 N 50% Plq 238. 000 AST 21 ALT 36 Cr. 9
-22/07/23 Dimero D 1665* Hb 12. 2 WBC 6550 N 3830 Plq 252. 000 AST 31 ALT 15 Cr. 87
-19/08/23 DimeroD 3111* Hb 12. 7 WBC 6160 N 3780 Plq 214. 000 ALT 18 AST 34 BT. 7 Ca 9. 4 Cr. 8 LDH 638* FA 150* Glic 99 Na 141 K 3. 7 Cl 106
Bicarbonato 22 Mg 2 BUN 18 TSH 1. 6
-19/09/23 Hb 12. 8 WBC 18640 N 15470 L 1800 M 1220 Plq 239. 000
-09/10/23 DimeroD 8852* Hb 10. 3 WBC 11080 N 6648 Plq 585. 000ALT 19 AST 83* BT. 2 Cr. 7 LDH 1396
-10/10/23 PCR 9. 9 (disminucion)
-23/10/23 AST 42* ALT 13 FA 316* Hb 11. 5 Hto 36 WBC 14860 N 10402 Plq BT. 40 BD. 16 BI. 24 Cr. 68
-07/11/23 FA 375* HLG Normal Glic 98 AST 70* ALT 31
-21/11/23 Hb 12. 3 WBC 6780 N 4160 Plq 176. 000 AST 66* ALT 36. 4 CR. 6 B12 2000
-15/01/2024 ALT 114, AST 350, BT 13. 82, BD 10. 12, calcio 9. 1, cloro 105. 7, sodio 136, potasio 5. 34, creatinina 0. 84, FA 580, GGT 511, PCR 23. 19, BUN 23. 3, hemoglobina 14. 9, hematocrito 43. 3%, leucocitos 11220, plaquetas 211200.

Patología:

Tipo de Estudio	Fecha de Realización	Fecha del Informe	N° de Patología y Lugar	Resultados /Interpretación
Otros	27/01/2023		Cl marly Q 569-23 Dr JA Szelezsán	Colon transverso, Biopsia: Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa, sin ILV ni PRN. IHQ positiva para CDX2, m no hay perdida de la expresion nuclear de proteinas MMR: Baja probabilidad de inestabilidad microsatelital
Otros	06/02/2023		FICMAC#23BM000672-2	Mutacion Exon 2 del KRAS G13X. negativo para mutaciones Exones 2,3 y 4 NRAS y exon15 del BRAF

Análisis y Plan de ManejoPACIENTE FEMENINA DE 69 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE INTOLERANCIA AL TRAMAL, COVID19 EN 2020, HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUIEN TIENE DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO DE ADENOCARCINOMA DE COLON DE TIPO USUAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO ULCERADO INFILTRANTE A TODO EL ESPESOR DE LA BIOPSIA Y ORIGINADO EN ADENOMA TUBULOVELLOSO CON DISPLASIA DE ALTO GRADO EXTENSA DEL COLON TRANSVERSO SIN NECESIDAD DE DERIVACIÓN ESTADIO IV POR EXTENSO COMPROMISO HEPÁTICO Y ADEMÁS LESIÓN ÓSEA EN SACRO IZQUIERDO. EN PATOLOGÍA NO SE ENCONTRÓ INESTABILIDAD MICROSATELITAL, BRAF. MUTADA DELEXON 2 DEL KRAS G13x (FEBRERO 2023).

RECIBIÓ TRATAMIENTO CON INTENCIÓN PALIATIVA CON QUIMIOTERAPIA CON ESQUEMA FOLFIRI Y BEVACIZUMAB X 12 (27 II 23 - 08 VIII 23) CON PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD POR LO QUE SE PASÓ A SEGUNDA LÍNEA CON FOLFOX X 5 (24 VIII 23 - 08 XI 23) EVIDENCIANDO NUEVAMENTE PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD PARA LO QUE RECIBE QUIMIOTERAPIA DE TERCERA LÍNEA CON REGORAFENIB (FECHA INICIO 08 XII 23).

ACTUALMENTE HOSPITALIZADA CON DETERIORO FUNCIONAL Y ELEVACIÓN MARCADA DE ACE PARA LO QUE TIENE PENDIENTE REALIZACIÓN DE CPRE PARA DEFINIR POSIBILIDAD DE MANEJO PALIATIVO DESOBSSTRUCTIVO.

POR DOLOR EN CADERA IZQUIERDA Y SACRO IZQUIERDO ASOCIADO A LIMITACIÓN FUNCIONAL PROGRAMA TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA CON INTENCIÓN PALIATIVA. TIENE TOMOGRAFÍA EMISIÓN POSITRONES (22 VIII 23) QUE MOSTRÓ PERSISTENCIA DE LESIONES HIPERMETABÓLICAS EN MASA COLON TRANSVERSO, HÍGADO, LESIÓN BLÁSTICA DE SACRO ADYACENTE A ARTICULACIÓN SACROILIACA IZQUIERDA, ADENOPATÍAS EN CADENA MAMARIA INTERNA DERECHA Y RETROPERITONEO, GLÁNDULA ADRENAL DERECHA, ACETÁBULO IZQUIERDO; ADEMÁS GLOMUS CAROTIDEO IZQUIERDO.

PLAN: 1. SE PROGRAMA TRATAMIENTO EN REGIÓN PÉLVICA (SACRO Y CADERA IZQUIERDA) CON RADIOTERAPIA CONFORMAL 3D CUPS 922443 CON SIMULACIÓN TAC, CORTES 5 mm, PREFERENTE.

2. NO REQUIERE AYUNO NI CONTRASTE INTRAVENOSO.

3. ORGANIZAR HORARIO DE SIMULACIÓN CON ENFERMERA DE RADIOTERAPIA (C. OSSA).

4. SE EXPLICA INTENCIÓN Y EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO INCLUYENDO PRINCIPALMENTE EPIDERMITIS, FATIGA, AUMENTO DE RIESGO DE CONTAGIO DE COVID-19, NAUSEAS, VÓMITO, DIARREA, CÓLICO ABDOMINAL. SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO.

5. RESTO DE MAMEJO POR SU GRUPO TRATANTE.

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: BEATRIZ EUGENIA PINEDA ARRIETA, RADIOTERAPIA, Registro 2-3245-00, CC 50911419

Fecha: 17/01/2024 16:46

Nota de Evolución - Interconsultante - DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Paciente de 69 años, sola al momento de la valoración.

Diagnósticos

-Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia.

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa
- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo después a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresión

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progreison

En tratamiento con: tapentadol de acción prolongada 50 miligramos cada 12 horas, dexametasona 4 miligramos cada 8 horas, metoclopramida 1 ampolla cada 8 horas, acetaminofen 1 gramo cada 8 horas, esomeprazol 40 miligramos cada 24 horas, ketorolaco 30 miligramos cada 12 horas.

Ha tendido buen control de dolor abdominal, con la aparición de dolor a nivel de cadera izquierda, irradiado a rodilla. No náuseas o vómito, comiendo bien, logro dormir en la noche.

Signos vitales: Presión arterial (mmHg): 110/70, Presión arterial media(mmHg): 83, Escala del dolor: 0-No dolor

Paciente en regulares condiciones generales, icterica.

Cabeza: normal.

Cuello: no adenopatías.

Corazón: rítmico, sn S3

Pulmones: bien aireados, sin ruidos sobreagregados.

Abdomen: dolor a la palpación en epigastrio.

Extremidades: sin edema

Neurologico: sin déficit.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACIÓN - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO.

Análisis y Plan de manejo: Paciente de 69 años de edad con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV con metastasis hepáticas extensas, en el momento hospitalizada por cuadro de ictericia progresiva y patrón colestático, ecografía con leve dilatación de radicales intrahepáticos, se realizó colangioRMN donde se consideró que el Hepático común no es visualizado en imágenes y se pudiera beneficiar de derivación, por lo que ordenan CPRE, la cual se programo para el Viernes.

Se dará radioterapia a nivel de sacro y cadera izquierda donde el PET evidencio captación para el manejo del dolor.

Pendiente bloqueo de ganglio celiaco.

Por el momento no hacemos variación a la terapia analgésica.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento, Diagnóstico del paciente y las recomendaciones de autocuidado,

Otros ¿Cuál?: se resuelven dudas.

Firmado por: NORA HELENA SILDARRIAGA CARTAGENA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO - MEDICINA INTERNA, Registro 01-001837-90, CC 42995650

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 18/01/2024 05:38

Nota de Evolución - RESIDENTE CIRUGIA GENERAL

Cirugía Hepatobiliar

Ligia Gonzalez Castañeda, 69 años

Diagnósticos:

- Adenocarcinoma de colon estadio IV
- * Quimioterapia 3ra línea
- Ictericia en estudio
- * Dilatación de la vía biliar intrahepática
- Dolor en cadera derecha

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa
- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo después a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresión

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progresión

Estudios previos:

26/01/23

*TAC de Abdomen contrastado: Hígado con múltiples lesiones focales hipodensas de comportamiento hipodenso que comprometen ambos lóbulos la de mayor tamaño en el seg V? de 42x37mm, no adenopatías mesentericas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histerectomía

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no complicadas, grado I, diverticulosis, lesión de aspecto neoplásico en transversal distal de al mmo 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles del ciego, no resecados, ileoscopia normal, pendiente biopsias

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

-17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

- . Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transversal adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.
- . Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominio izquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.
- . Foco hiper metabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, sin clara representación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematogénica.
- . Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo
- TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto para la arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudio previo. Dos adenopatías adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4, 2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2. 3 cm, hoy 2cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y tamaño estables, sin lesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplénomesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñón derecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples flebolitos pélvicos. Sin masas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardiograma: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

- Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transversal, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes a nivel morfológico, compatible con tumoración maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13. 6 (previamente de 16. 4), volumen metabólico actual de 813 cm3 (previamente de 938 cm3), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en número y tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia de necrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematológica.
 . Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable
 - Aparición de lesiones hipermetabólicas en:
 . Adenopatías en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminación metastásica por vía linfática.
 . Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestivo de diseminación metastásica por vía hematológica.
 . Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contexto sugiere diseminación metastásica por vía hematológica
 *20-nov-2023 TAC Torax y Abdomen ---CONCLUSIÓN Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. - Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroilíaca izquierda. - Lesión primaria en colon transverso distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

Marcadores tumorales:

-23/02/23 Antígeno carcinoembrionario 307 -25/03/23 ACE 164 -22/04/23 ACE 127 -20/05/23 ACE 120. 2 -18/06/23 ACE 140 (Lab HPTU) -22/07/23 ACE 159 -19/08/23 ACE 204 -09/10/23 ACE 237* -07/11/23 ACE 222 -21/11/23 ACE 280. 9

Subjetivo: Paso adecuada noche, dice que ha tenido menos nauseas, ya sin vómito, tolerando la vía oral. Dolor controlado.

Examen físico:

Regulares condiciones generales, alerta, orientada
 Mucosas hidratadas, conjuntivas rosadas. Escleras y tinte icterico generalizado.
 Cuello móvil
 Torax simétrico, sin retracciones.
 Abdomen blando, no dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.
 Extremidades sin edemas.

Paraclínicos:

15/01/2024:

ALT 114, AST 350, BT 13. 82, BD 10. 12, calcio 9. 1, cloro 105. 7, sodio 136, potasio 5. 34, creatinina 0. 84, FA 580, GGT 511, PCR 23. 19, BUN 23. 3, hemoglobina 14. 9, hematocrito 43. 3%, leucocitos 11220, plaquetas 211200

Imágenes:

- 15/01/2024: Ecografía de abdomen
 Extenso compromiso infiltrativo del parenquima hepático por antecedente ya conocido con leve dilatación de radicales intrahepáticos en ambos lóbulos, probablemente por compresión extrínseca.
 No hay dilatación de la vía biliar extrahepática.

- 16/01/2023: ColangioRMN

Compromiso metastásico en el parenquima hepático, extenso, que conduce a obstrucción con dilatación proximal de radicales biliares periféricos, tanto en el lóbulo derecho como en el lóbulo izquierdo. El ducto biliar más dilatado mide 10mm de diámetro para los segmentos V y VI. La vía biliar central y extrahepática de diámetro normal. Hepatomegalia de 28cm. Aparición de ascitis. Nodularidad del mesenterio, sugestiva de carcinomatosis peritoneal. Estructuras vasculares no valorables porque no se administró medio de contraste, sin embargo signos sugestivos de compromiso de la rama izquierda de la porta por el compromiso metastásico. Lesión nodular de la glándula adrenal derecha y metastasis en el sacro, conocidas.

Estudios extrahospitalarios:

trae eco :

09/01/2024

No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar: no hay dilatación de la vía biliar ni distensión de la vesícula. El hígado tiene aumento de su tamaño y ecogenicidad heterogénea por compromiso difuso por metástasis. No presenta absceso ni cirrosis. En la vesícula encuentro pólipo pediculado de 0, 3 cm que no tiene significado clínico. La vesícula no presenta cálculos ni signos de inflamación. El páncreas es normal. El riñón derecho tiene tamaño y ecogenicidad normales. Conserva la relación y diferenciación corticomedular. No muestra masas, cálculos ni hidronefrosis. Hay ascitis con líquido perihéptico y periesplénico. CONCLUSIÓN 1. No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar. 2. Metástasis hepáticas conocidas. 3. Ascitis. 4. Pólipo vesicular que no tiene significado clínico

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACIÓN - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO.

Análisis y Plan de manejo: Paciente femenina de 69 años con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV, con metastasis hepáticas extensas. Con cuadro de ictericia progresiva, paraclínicos con patrón colestásico. Ecografía que demuestra leve dilatación de radicales intrahepáticos. Se solicitó colangioRMN donde se evidencia dilatación de la vía biliar intrahepática, sin embargo se revisan imágenes y no es posible evidenciar el conducto hepático común. Tiene pendiente realizar posiblemente hoy CPRE con inserción de stent biliar como manejo paliativo. Se espera procedimiento para definir si requiere conductas adicionales. Se comenta con docente.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente/cuidador

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento.

Firmado por: MARIA CAMILA JARAMILLO GUZMAN, RESIDENTE CIRUGIA GENERAL, Registro 1037652610, CC 1037652610

Fecha: 18/01/2024 07:19

Nota evaluación preanestésica - Interconsultante - ANESTESIA

Se evalúa paciente programado para el procedimiento quirúrgico: CPRE

Fecha del procedimiento: 18/01/2024

Datos relevantes del caso clínico:

Ligia Gonzalez Castañeda, 69 años

Diagnósticos:

- Adenocarcinoma de colon estadio IV

* Quimioterapia 3ra línea

- Ictericia en estudio

* Dilatación de la vía biliar intrahepática

- Dolor en cadera derecha

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma

tubulovelloso con displasia de alto grado extensa

- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado

- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023

- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) +

Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el

24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo

después a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresión

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido

por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progreison

S: refiere sentirse bien, sin angina o disnea

Signos vitales:, Escala del dolor: 0-No dolor, Peso(Kg): 60

Examen físico: Cabeza: normocéfala

- Vía aérea: sin malformaciones, ictericia

- Mallampatti: III acostada

- Distancia tiro-mentoniana: 6 cms

- Dentadura: aceptable estado

Cuello: No I. Y, no se palpan masas.

Corazón: ruidos cardíacos rítmicos

Pulmones: bien ventilados

Extremidades: sin edemas

Neurológico: sin déficit

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO.

Clase funcional: II ASA: III

Reporte de paraclínicos: 15/01/2024:

ALT 114, AST 350, BT 13. 82, BD 10. 12, calcio 9. 1, cloro 105. 7, sodio 136, potasio 5. 34, creatinina 0. 84, FA 580, GGT 511, PCR 23. 19, BUN 23. 3, hemoglobina 14. 9, hematocrito 43. 3%, leucocitos 11220, plaquetas 211200

*TAC de Abdomen contrastado: Hígado con múltiples lesiones focales hipodensas de comportamiento hipodensas que comprometen ambos lóbulos

la de mayor tamaño en el sea V/2 de 42x37mm, no adenopatías mesentéricas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

la de mayor tamaño en el seg v : de 42x37 mm, no adenopatías mesentéricas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histeectomía

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no compliadas, grado I, diverticulosis, leison de aspecto neoplásico en transversal distal de al mmo 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles del ciego, no resecados, ileoscopia normal, pendiente Biopsias

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

-17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

. Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transversal adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.

. Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominio izquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematológica.

. Foco hiper metabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroiliaca izquierda, sin clara representación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematológica.

. Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo

-TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto para la arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudio previo. Dos adenopatías adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4, 2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2. 3 cm, hoy 2cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y tamaño estables, sin lesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplenomesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñón derecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples flebolitos pélvicos. Sin masas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardiografía: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

- Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transversal, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes a nivel morfológico, compatible con tumoración maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13. 6 (previamente de 16. 4), volumen metabólico actual de 813 cm3 (previamente de 938 cm3), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en número y tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia de necrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematológica.

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulación sacroiliaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematológica.

. Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable

- Aparición de lesiones hipermetabólicas en:

. Adenopatías en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminación metastásica por vía linfática.

. Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestivo de diseminación metastásica por vía hematológica.

. Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contexto sugiere diseminación metastásica por vía hematológica

*20-nov-2023 TAC Torax y Abdomen ---CONCLUSIÓN Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. -

Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroiliaca izquierda. - Lesión primaria en colon transversal distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

Tipo de anestesia sugerida (General/Regional/Conductiva): General

Instrucciones y plan de manejo:

Paciente programada para procedimiento sensible al tiempo, paliativo

Tiene ayuno adecuado

Se brinda educación sobre el plan de manejo anestésico, plan analgésico posoperatorio y signos de alarma.

La hija hace lectura, manifiesta entendimiento y firma consentimiento informado de anestesia.

Firmado por: DANIELA GONZALEZ GIRALDO, ANESTESIA, Registro 1036937631, CC 1036937631

Fecha: 18/01/2024 07:28

Nota preinducción anestésica - Apoyo - ANESTESIA

Área donde se realiza el procedimiento: Ayudas Diagnósticas

Procedimiento a realizar: CPRE

Sitio quirúrgico: Vía biliar

El procedimiento no implica lateralidad

El paciente no presenta cambios luego de la evaluación preanestésica

Se confirmó consentimiento anestésico del paciente

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

El paciente cumple con el ayuno

Refiere antecedentes alérgicos a Tramadol tiene colocada manilla de alergias

Tiene ordenado Ampicilina sulbactam como antibiotico profiláctico

Con predictores de vía aérea difícil

Escala Mallampati III Son visibles el paladar duro y blando y la base de la úvula

La clasificación ASA (Sociedad Americana de Anestesiología) según estado del paciente es ASA III: enfermedad sistémica grave o descompensada

De acuerdo al procedimiento quirúrgico no se prevén pérdidas sanguíneas mayores a 500mililitros

Se planea procedimiento con anestesia General

Se aclaran dudas sobre el procedimiento. Se ha completado el control de seguridad anestésica con la verificación de equipos anestésicos y de monitoreo.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACIÓN - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO.

Firmado por: DANIELA GONZALEZ GIRALDO, ANESTESIA, Registro 1036937631, CC 1036937631

Fecha: 18/01/2024 09:12

Nota de antecedentes - ONCOLOGIA CLINICA ADULTO

Del grupo Directrices avanzadas:

Se adiciona(n) el antecedente:

UCE o RCP

Se modifica(n) el antecedente:

Es tributaria

por

NO Es tributaria a UCI

Firmado por: ALICIA QUIROGA ECHEVERRI, ONCOLOGIA CLINICA ADULTO, Registro 05-2689-08, CC 43183786

Fecha: 18/01/2024 10:19

Nota Recuperación Quirúrgica - ANESTESIA

Fase en el proceso de atención: Transferencia del cuidado

Unidad de destino: Hospitalización Adulto

Información del egreso: Paciente en recuperación, conciente, sin efectos secundarios por anestesia, sin sangrado activo.

Analgesia utilizada: hioscina

Plan de manejo:

Se autoriza salida del servicio de cirugía

Se brinda información y se explica que debe seguir las recomendaciones sobre la medicación formulada.

El paciente debe ser nuevamente evaluado en caso de presentar náuseas y vomito intratables, dolor no controlado con los medicamentos, alteraciones neurológicas y sangrado.

Continúa con la medicación habitual según prescripción de su médico tratante.

Presión arterial (mmHg): 90/73, Presión arterial media(mmHg): 78 Frecuencia cardíaca(LPM): 80 Frecuencia respiratoria(Respiraciones/minuto): 14

Temperatura(°C): 37 Escala del dolor: 0-No dolor, Saturación de oxígeno(%): 92

- Aldrette (Test de recuperación post-anestésica)

Actividad, Moviliza 4 extremidades, cabeza, 2

Respiración, Respira profundo, tose, 2

Circulación (Presión Arterial), Si PA es cercana a la preoperatoria, 2

Conciencia, Alerta, 2

Oxigenación (Saturación de oxígeno), Si es mayor de 92% al medio ambiente, 2

Total: 10

Autorizar traslado.

Firmado por: DANIELA GONZALEZ GIRALDO, ANESTESIA, Registro 1036937631, CC 1036937631

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 18/01/2024 10:21

Nota de Evolución - Interconsultante - DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO.

Análisis y Plan de manejo: Se viene a ver paciente y me dicen que se encuentra en I CPRE, pero reportan que la noche la paso bien, sin dolor, no ha presentado vómito.
Se verá luego.

Información durante la estancia
¿A quién se informa?: No aplica.

Firmado por: NORA HELENA SALDARRIAGA CARTAGENA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO - MEDICINA INTERNA, Registro 01-001837-90, CC 42995650

Fecha: 18/01/2024 10:25

Nota Oncológica - Tratante - ONCOLOGIA CLINICA ADULTO

Información del traslado
Requiere traslado a una unidad asistencial: No

Fecha primera evaluación oncológica por el Hospital: 26/01/2023

Fecha de diagnóstico: 30/01/2023

Dx Oncológico/Histología: Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa

Variables biológicas: Sin inestabilidad microsatelital. Mutación Exon 2 del KRAS G13X. negativo para mutaciones Exones 2, 3 y 4 NRAS y exon15 del BRAF. SIN MSI

Diagnósticos activos Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO.

Clasificación oncológica inicial:

Organo Tumor Primario	Tipo de Tumor	Tipo clasificación	T	N	M	Estadio	Fecha de estadificación	Observaciones
Colon	Maligno	TNM c	TX	NX	M1	IV	17/02/2023	

Detalles tratamiento oncológico: -27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo después a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresión

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*Progresión

-08/12/23 Regorafenib ciclo#1. El ciclo#2 se interrumpe después de 2 días por ictericia

Antecedentes:

- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23

Diagnósticos:

- Ictericia en estudio

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

* Dilatación de la vía biliar intrahepática
- Dolor en cadera derecha.

Tumor primario	Tipo de Manejo	Esquema/Dosis	Fecha primer ciclo/evento	Fecha último ciclo/evento	# Ciclos	Respuesta al Tratamiento	Fecha evaluación respuesta
Colon	Quimioterapia paliativa	FOLFIRI + Bevacizumab	27/02/2023	08/08/2023	12	respuesta parcial	18/05/2023
Colon	Quimioterapia paliativa	FOLFOX y bevacizumab	24/08/2023	08/11/2023	5		
Colon	Quimioterapia paliativa	Regorafenib	08/12/2023		1		

Medicamentos actuales: Tapentadol 50mg cada 12 horas
Dexametasona 4mg cada 8 horas
Ketorolaco 30mg cada 12 horas
Acetaminofen 1gr cada 8 horas
Metoclopramida 10mg cada 8 horas
Esomeprazol 40mg día
Fitometadiona 10mg día
Nadroparina 40mg día

Evolución Clínica / Revisión física: Hemodinamicamente estable sin fiebre, dolor modulado con medicación actual aunque persiste en cadera con los movimientos, sin deposición, mejoría de emesis, no fiebre ni escalofríos.

- Examen Físico:
Ictericia en escleras y piel
Estado funcional 2
Mucosas hidratadas
Cardiopulmonar normal
Abdomen cretiente hígado izquierdo, sin dolor, distendido
No edemas
Mejoría de edema en región posterior de muslo a nivel distal a la mejoría con cambios crónicos piel
Neurológico sin déficit

Estudios relevantes: Marly
26/01/23

*TAC de Abdomen contrastado: Hígado con múltiples lesiones focales hipodensas de comportamiento hipodenso que comprometen ambos lóbulos la de mayor tamaño en el segmento V? de 42x37mm, no adenopatías mesentericas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histectomía

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no complicadas, grado I, diverticulosis, lesión de aspecto neoplásico en transversal distal de al menos 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles de ciego, no resecaos, ileoscopia normal, pendiente biopsias

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

-17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

. Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transversal adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.
. Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominio izquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.
. Foco hipermetabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, sin clara representación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematogénica.
. Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo
-TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto para la arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudio previo. Dos adenopatías adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4, 2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2. 3 cm, hoy 2cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y tamaño estables, sin lesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplénomesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñón derecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples flebolitos pélvicos. Sin masas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardiograma: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

- Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transversal, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes a nivel morfológico, compatible con tumoración

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13. 6 (previamente de 16. 4), volumen metabólico actual de 813 cm3(previamente de 938 cm3), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en número y tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia de necrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematológica.

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematológica.

. Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable

- Aparición de lesiones hipermetabólicas en:

. Adenopatías en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminación metastásica por vía linfática.

. Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestiva de diseminación metastásica por vía hematológica.

. Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contexto sugiere diseminación metastásica por vía hematológica

*20-nov-2023 TAC Torax y Abdomen ---CONCLUSIÓN Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. -

Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroilíaca izquierda. - Lesión primaria en colon transversal distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

-09/01/2024 Eco hígado: No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar: no hay dilatación de la vía biliar ni distensión de la vesícula. El hígado tiene aumento de su tamaño y ecogenicidad heterogénea por compromiso difuso por metástasis. No presenta absceso ni cirrosis. En la vesícula encuentro pólipo pediculado de 0, 3 cm que no tiene significado clínico. La vesícula no presenta cálculos ni signos de inflamación. El páncreas es normal. El riñón derecho tiene tamaño y ecogenicidad normales. Conserva la relación y diferenciación corticomedular. No muestra masas, cálculos ni hidronefrosis. Hay ascitis con líquido perihepático y periesplénico --- CONCLUSIÓN 1. No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar. 2. Metástasis hepáticas conocidas. 3. Ascitis. 4. Pólipo vesicular que no tiene significado clínico

-15/01/2024 Ecografía de abdomen: Extenso compromiso infiltrativo del parénquima hepático por antecedente ya conocido con leve dilatación de radicales intrahepáticos en ambos lóbulos, probablemente por compresión extrínseca. No hay dilatación de la vía biliar extrahepática

-15/01/23 Colangiografía simple ----CONCLUSIÓN

. Compromiso metastásico en el parénquima hepático, extenso, que condiciona obstrucción, dilatación proximal de radicales biliares periféricos, tanto en el lóbulo derecho como en el lóbulo izquierdo. El ducto biliar más dilatado mide 10 mm de diámetro para los segmentos V y VI.

. La vía biliar central y extrahepática de diámetro normal.

. Hepatomegalia de 28 cm (versus 24 cm en tomografía previa de 20/11/2023).

. Aparición de ascitis. Nodularidad del mesenterio, sugestiva de carcinomatosis peritoneal.

. Estructuras vasculares no valorables porque no se administró medio de contraste, sin embargo signos sugestivos de compromiso de la rama izquierda de la porta por el compromiso metastásico.

. Lesión nodular de la glándula adrenal derecha y metástasis en el sacro, conocidas

Marcador tumoral

-23/02/23 Antígeno carcinoembrionario 307 -25/03/23 ACE 164 -22/04/23 ACE 127 -20/05/23 ACE 120. 2 -18/06/23 ACE 140 (Lab HPTU) -22/07/23 ACE 159 -19/08/23 ACE 204 -09/10/23 ACE 237* -07/11/23 ACE 222 -21/11/23 ACE 280. 9 -09/01/24 ACE pendiente (680?)

Lab

-22/07/23 Dimero D 2271* Fibrinogeno 425 Hb 13. 1 WBC 5630 N 50% Plq 238. 000 AST 21 ALT 36 Cr. 9

-22/07/23 Dimero D 1665* Hb 12. 2 WBC 6550 N 3830 Plq 252. 000 AST 31 ALT 15 Cr. 87

-19/08/23 DimeroD 3111* Hb 12. 7 WBC 6160 N 3780 Plq 214. 000 ALT 18 AST 34 BT. 7 Ca 9. 4 Cr. 8 LDH 638* FA 150* Glic 99 Na 141 K 3. 7 Cl 106

Bicarbonato 22 Mg 2 BUN 18 TSH 1. 6

-19/09/23 Hb 12. 8 WBC 18640 N 15470 L 1800 M 1220 Plq 239. 000

-09/10/23 DimeroD 8852* Hb 10. 3 WBC 11080 N 6648 Plq 585. 000ALT 19 AST 83* BT. 2 Cr. 7 LDH 1396

-10/10/23 PCR 9. 9 (disminución)

-23/10/23 AST 42* ALT 13 FA 316* Hb 11. 5 Hto 36 WBC 14860 N 10402 Plq BT. 40 BD. 16 BI. 24 Cr. 68

-07/11/23 FA 375* HLG Normal Glic 98 AST 70* ALT 31

-21/11/23 Hb 12. 3 WBC 6780 N 4160 Plq 176. 000 AST 66* ALT 36. 4 CR. 6 B12 2000

-15/01/2024 ALT 114, AST 350, BT 13. 82, BD 10. 12, calcio 9. 1, cloro 105. 7, sodio 136, potasio 5. 34, creatinina 0. 84, FA 580, GGT 511, PCR 23. 19, BUN 23. 3, hemoglobina 14. 9, hematocrito 43. 3%, leucocitos 11220, plaquetas 211200.

Patología:

Tipo de Estudio	Fecha de Realización	Fecha del Informe	N° de Patología y Lugar	Resultados /Interpretación
-----------------	----------------------	-------------------	-------------------------	----------------------------

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Otros	27/01/2023		Cl marly Q 569-23 Dr JA Szelezsán	Colon transversal, Biopsia: Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubuloviloso con displasia de alto grado extensa, sin ILV ni PRN. IHC positiva para CDX2, no hay pérdida de la expresión nuclear de proteínas MMR: Baja probabilidad de inestabilidad microsatelital
Otros	06/02/2023		FICMAC#23BM000672-2	Mutación Exon 2 del KRAS G13X. negativo para mutaciones Exones 2,3 y 4 NRAS y exon15 del BRAF

Análisis y Plan de Manejo Paciente de 69 años. Jubilada. Trabaja en clínica oftalmológica. Viuda, 1 hija. Residente previamente en Bogotá, ahora en Medellín. Acudiente: Monica Vidal (hija), en el momento sola
En declinación funcional, antecedentes anotados
Diagnóstico Oncológico de Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubuloviloso con displasia de alto grado extensa del colon transversal sin necesidad de derivación
Estadio IV por extenso compromiso hepático, una lesión metabólica sin representación morfológica en hueso sacroiliaco izquierdo, no tiene inestabilidad microsatelital, el BRAF es negativo y esta mutada del Exon 2 del KRAS G13X
Feb/2023 Recibió quimioterapia intención PALIATIVA con FOLFIRI y Bevacizumab logrando enfermedad estable después de 6to ciclo pero con embolismo pulmonar sin repercusión clínica ni hemodinámica, luego de ciclo#12 se había planeado mantenimiento
Ag/2023 progresión de la enfermedad a nivel hepático, adrenal, ganglionar y óseo, se cambia a segunda línea PALIATIVA con esquema FOLFOX y bevacizumab, y se hará determinación de Her2 + posibilidad de terapias blanco
El 2do ciclo protractado por neutropenia grado 2 transitoria. Después de 3er ciclo hospitalizada por Celulitis glútea izquierda por hematoma sobreinfectado con neutropenia transitoria con lo cual se adiciona pegfilgrastim; además tuvo trauma con fractura costal manejada con bloqueo; queda sin anticoagulante

Nov/2023 progresión serológica de ACE y por imágenes. Se cambia a 3L PALIATIVA con regorafenib de los cuales completo 1 ciclo. Iniciando 2do ciclo inicia con ictericia, se descarta obstrucción con Eco, se suspendió medicación pensando en toxicidad pero ahora empeoramiento sintomático y clínico con incremento colestasis además pienso que tuvo cuadro suboclusivo en días previos
Fue evaluada por Hepatobiliar quienes consideran Colangiografía (sin difusión ni contraste por dolor - aun no se había iniciado opioide), llevada a CPRE y colocación de stent, se vigila evolución y tolerancia
Mejor control analgésico con los ajustes realizados por el grupo de Dolor, pero molestias en cadera se hará radioterapia paliativa
Posible progresión de la enfermedad, hay marcada elevación de ACE, con lo cual se considera re-orientación del esfuerzo terapéutico de momento
Laboratorios con leucocitosis, neutrofilia y bandemia pese a que ha disminuido PCR, elevación de componente colestático y de función renal, posible prerenal, inicio hidratación y se hará nuevo control mañana
Se brinda información.

Se explica al paciente su condición. Dice entender y acepta el plan de estudios y manejo.

Plan:

- Mañana control laboratorios
- *Inicio líquidos venosos
- Pendiente bloqueo
- *Activar plan de atención domiciliar
- Pendiente radioterapia paliativa.

Firmado por: ALICIA QUIROGA ECHEVERRI, ONCOLOGÍA CLÍNICA ADULTO, Registro 05-2689-08, CC 43183786

Fecha: 18/01/2024 14:28

Nota de Evolución - Apoyo - MEDICO GENERAL

RONDA DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES.

Ligia Gonzalez, 69 años.

Especialidad tratante: oncología.

Diagnósticos:

-Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia.

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa
- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo después a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresión

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progreison

Tratamiento:

LEV 120ml/h.

Bisacodilo 5mg cada 24h

Manitol 20% 100ml dosis única.

Tapentadol 50mg cada 12h

Dexametasona 4mg cada 8h

Ketorolaco 30mg cada 12h

Acetaminofen 1g cada 8h

Metoclopramida 10mg cada 8h

Esomeprazol 40mg c/24 horas VO

Nadroparina 40mg Sc c/24 horas

Fitometadiona 0 mg cada 24 horas IV

Subjetivo: la paciente refiere dolor abdominal leve, sin otros síntomas asociados.

Signos vitales: Presión arterial (mmHg): 123/76, Presión arterial media(mmHg): 91, Frecuencia cardíaca(LPM): 84, Frecuencia respiratoria (Respiraciones/minuto): 16, Escala del dolor: 3-Leve, Saturación de oxígeno(%): 93

PA: 123/76 FC: 84 SAO2: 93%

Paciente alerta, sin signos de dificultad respiratoria, sin requerimiento de oxígeno suplementario.

Escleras ictericas. Mucosas hidratadas, cuello sin adenopatías, móvil.

Tórax sin retracciones, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Pulmones bien ventilados, sin agregados patológicos.

Abdomen blando, doloroso a la palpación en epigastrio, sin irritación peritoneal.

Extremidades sin edemas, llenado capilar menor 2 segundos.

Neurológico sin déficit.

Paraclínicos:

-ALT 130 AST 386 BT 14. 8 BD 11

-Calcio 8. 1 Cloro 102 Sodio 135 Potasio 5. 61

-Creatinina 1. 86

-PCR 16. 48

-Hemograma: Hb 14. 5 Hcto 42. 1 Leucos 17482 Neu 13986 Linfos 1049 Plaquetas 277200

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACIÓN - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO.

Análisis y Plan de manejo: Paciente de 69 años con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV con metastasis hepáticas extensas.

Hospitalizada por ictericia y patrón colestásico asociado, con ecografía donde se evidencia dilatación de radicales intrahepáticos por lo que fue llevada a colangiograma, no se logra evidenciar el conducto hepático común, ayer llevada a CPRE, sin complicaciones.

Laboratorios de control con alteración renal, patrón colestásico, leucocitosis y neutrofilia.

Se encuentra estable hemodinámicamente, afebril, refiriendo dolor leve, pendiente bloqueo solicitado por dolor y cuidados paliativos.

Mañana nuevos paraclínicos de control.

Cuenta con tromboprofilaxis y gastroprotección.

Explico las conductas, refiere entender y aceptar.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Se brinda información sobre: Diagnóstico del paciente y las recomendaciones de autocuidado.

Firmado por: LAURA NATALY HIGUITA DUQUE, MEDICO GENERAL, Registro 1020454464, CC 1020454464

Fecha: 18/01/2024 14:41

Nota de Evolución - Interconsultante - CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS

Signos vitales:, Frecuencia cardíaca(LPM): 82, Frecuencia respiratoria(Respiraciones/minuto): 16, Escala del dolor: 0-No dolor

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO.

Análisis y Plan de manejo: De acuerdo con la Dra Jaramillo Residente de Cirugía. La paciente expresa que se siente bien, tiene dolor leve en el flanco derecho, tolera bien la vía oral después de la CPRE. Está estable hemodinámicamente, sin fiebre y su abdomen es blando, no es doloroso a la palpación, no está distendido.

Se comenta con el Dr Mosquera Endoscopista, logró poner stents biliares plásticos bilaterales.

En la mañana se comentó con la Dra Quiroga Oncóloga, le administrarán Radioterapia paliativa a las lesiones óseas de la cadera.

Dolor y Cuidado Paliativo solicitó Fenolización percutánea del plejo celiaco para control del dolor.

Se vigila su evolución post CPRE, explico a la paciente y a la Dra Mónica su hija.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente/cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento, Diagnóstico del paciente y las recomendaciones de autocuidado, Preparación para exámenes y procedimientos ordenados.

Firmado por: JAIME FERNANDO CHAVEZ TRUJILLO, CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS, Registro 1468-02, CC 75064430

Fecha: 18/01/2024 18:57

Nota general - MEDICO GENERAL

Enterada de historia clínica, por petición de tratante se suspende acetaminofen venoso, en caso de dolor usar hioscina.

Firmado por: LUISA MARIA MOLANO CASTRO, MEDICO GENERAL, Registro 1061780705, CC 1061780705

Fecha: 19/01/2024 09:16

Nota de Evolución - Interconsultante - CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS

Diagnósticos:

- Adenocarcinoma de colon estadio IV

* Quimioterapia 3ra línea

- Ictericia Obstruictiva

* Dilatación de la vía biliar intrahepática

- Dolor en cadera derecha

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocacinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa

- Infeccion severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado

- Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023

- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontaneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Cilco#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo despues a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresion

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23
*progreison

Estudios previos:

26/01/23

*TAC de Abdomen contrastado: Hígado con multiples lesiones focale shipovasculares de comportamiento hipodenso que comprometen ambos lobulos la de mayor tamaño en el seg V? de 42x37mm, no adenopatias mesentericas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histeectomia

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no compliadas, grado I, diverticulosis, leison de aspecto neoplasico en transversal distal de al mno 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles dle ciego, no resecados, ileoscopia normal, pendinete biopsias

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

-17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

. Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transversal adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.

. Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominio izquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogéna.

. Foco hiper metabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, sin clara representación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematogéna.

. Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo

-TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto para la arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudio previo. Dos adenopatías adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4, 2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2. 3 cm, hoy 2cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y tamaño estables, sin lesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplénico mesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñón derecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples flebolitos pélvicos. Sin masas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardiografía: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

. Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transversal, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes a nivel morfológico, compatible con tumoración maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13. 6 (previamente de 16. 4), volumen metabólico actual de 813 cm3 (previamente de 938 cm3), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en número y tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia de necrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogéna.

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematogéna.

. Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable

- Aparición de lesiones hipermetabólicas en:

. Adenopatías en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminación metastásica por vía linfática.

. Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestivo de diseminación metastásica por vía hematogéna.

. Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contexto sugiere diseminación metastásica por vía hematogéna

*20-nov-2023 TAC Torax y Abdomen ---CONCLUSIÓN Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. -

Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroilíaca izquierda. - Lesión primaria en colon transversal distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

Marcadores tumorales:

-23/02/23 Antígeno carcinoembrionario 307 -25/03/23 ACE 164 -22/04/23 ACE 127 -20/05/23 ACE 120. 2 -18/06/23 ACE 140 (Lab HPTU) -22/07/23 ACE 159 -19/08/23 ACE 204 -09/10/23 ACE 237* -07/11/23 ACE 222 -21/11/23 ACE 280. 9

Subjetivo: Paso adecuada noche, dice que ha tenido menos náuseas, ya sin vómito, tolerando la vía oral. Dolor controlado.

Examen físico:

Regulares condiciones generales, alerta, orientada

Mucosas hidratadas, conjuntivas rosadas. Escleras y tinte icterico generalizado.

Cuello móvil

Torax simétrico, sin retracciones.

Abdomen blando, no dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

Extremidades sin edemas.

Paraclínicos:

15/01/2024:

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

ALT 114, AST 350, BT 13. 82, BD 10. 12, calcio 9. 1, cloro 105. 7, sodio 136, potasio 5. 34, creatinina 0. 84, FA 580, GGT 511, PCR 23. 19, BUN 23. 3, hemoglobina 14. 9, hematocrito 43. 3%, leucocitos 11220, plaquetas 211200

Imágenes:

- 15/01/2024: Ecografía de abdomen

Extenso compromiso infiltrativo del parenquima hepático por antecedente ya conocido con leve dilatación de radicales intrahepáticos en ambos lóbulos, probablemente por compresión extrínseca.

No hay dilatación de la vía biliar extrahepática.

- 16/01/2023: ColangioRMN

Compromiso metastásico en el parenquima hepático, extenso, que conduce a obstrucción con dilatación proximal de radicales biliares periféricos, tanto en el lóbulo derecho como en el lóbulo izquierdo. El ducto biliar más dilatado mide 10mm de diámetro para los segmentos V y VI. La vía biliar central y extrahepática de diámetro normal. Hepatomegalia de 28cm. Aparición de ascitis. Nodularidad del mesenterio, sugestiva de carcinomatosis peritoneal. Estructuras vasculares no valorables porque no se administró medio de contraste, sin embargo signos sugestivos de compromiso de la rama izquierda de la porta por el compromiso metastásico. Lesión nodular de la glándula adrenal derecha y metastasis en el sacro, conocidas.

Estudios extrahospitalarios:

trae eco :

09/01/2024

No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar: no hay dilatación de la vía biliar ni distensión de la vesícula. El hígado tiene aumento de su tamaño y ecogenicidad heterogénea por compromiso difuso por metástasis. No presenta absceso ni cirrosis. En la vesícula encuentro pólipo pediculado de 0,3 cm que no tiene significado clínico. La vesícula no presenta cálculos ni signos de inflamación. El páncreas es normal. El riñón derecho tiene tamaño y ecogenicidad normales. Conserva la relación y diferenciación corticomedular. No muestra masas, cálculos ni hidronefrosis. Hay ascitis con líquido perihepático y periesplénico. CONCLUSIÓN: 1. No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar. 2. Metástasis hepáticas conocidas. 3. Ascitis. 4. Pólipo vesicular que no tiene significado clínico

Ha estado muy somnolienta, refiere mareo, su hija la nota desorientada

Signos vitales: Frecuencia cardíaca (LPM): 86, Frecuencia respiratoria (Respiraciones/minuto): 16, Escala del dolor: No evaluable

Regular estado general

Muy somnolienta

Marcha inestable

Abdomen blando, no es doloroso a la palpación

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACIÓN - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO.

Análisis y Plan de manejo: Ha estado muy somnolienta, refiere mareo, su hija la nota desorientada, está en regular estado general, con marcha inestable. Tiene elevación de reactantes de fase aguda con desviación a la izquierda, se comenta con la Dra Quiroga Oncóloga, se iniciará antibiótico intravenoso previa toma de hemocultivos. Se vigila su evolución, explico a la Dra Mónica su hija.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente/cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento, Diagnóstico del paciente y las recomendaciones de autocuidado, Preparación para exámenes y procedimientos ordenados.

Firmado por: JAIME FERNANDO CHAVEZ TRUJILLO, CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS, Registro 1468-02, CC 75064430

Fecha: 19/01/2024 09:31

Nota Oncológica - Tratante - ONCOLOGIA CLINICA ADULTO

Información del traslado

Requiere traslado a una unidad asistencial: No

Fecha primera evaluación oncológica por el Hospital: 26/01/2023

Fecha de diagnóstico: 30/01/2023

Dx Oncológico/Histología: Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubuloviloso con displasia de alto grado extensa

Variables biológicas: Sin inestabilidad microsatelital. Mutación Exon 2 del KRAS G13X. negativo para mutaciones Exones 2, 3 y 4 NRAS y exon15 del BRAF. SIN MSI

Diagnósticos activos COLESTASIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, METASTASIS A HIGADO, TUMOR

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO, Diagnóstico principal - COLANGITIS (En Estudio), SOMNOLENCIA (En Estudio).

Clasificación oncológica inicial:

Organo Tumor Primario	Tipo de Tumor	Tipo clasificación	T	N	M	Estadio	Fecha de estadificación	Observaciones
Colon	Maligno	TNM c	TX	NX	M1	IV	17/02/2023	

Detalles tratamiento oncológico: -27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo despues a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresion

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*Progresion

-08/12/23 Regorafenib ciclo#1. El ciclo#2 se interrumpe despues de 2 dias por ictericia

Antecedentes:

- Infeccion severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23

Diagnósticos:

- Ictericia en estudio
- * Dilatación de la vía biliar intrahepática
- * Sepsis biliar
- Dolor en cadera derecha.

Tumor primario	Tipo de Manejo	Esquema/Dosis	Fecha primer ciclo/evento	Fecha último ciclo/evento	# Ciclos	Respuesta al Tratamiento	Fecha evaluación respuesta
Colon	Quimioterapia paliativa	FOLFIRI + Bevacizumab	27/02/2023	08/08/2023	12	respuesta parcial	18/05/2023
Colon	Quimioterapia paliativa	FOLFOX y bevacizumab	24/08/2023	08/11/2023	5		
Colon	Quimioterapia paliativa	Regorafenib	08/12/2023		1		

Medicamentos actuales: Tapentadol 50mg cada 12 horas

Esomperazol 40mg día
Nadroparina 40mg día
Hioscina de rescate
Bisacodilo
LEV

Signos vitales:

Presión arterial (mmHg): 97/68, Presión arterial media(mmHg): 77. Frecuencia respiratoria(Respiraciones/minuto): 18. Frecuencia cardíaca(LPM): 98. Saturación de oxígeno(%): 95.
Evolución Clínica / Revisión física:Hemodinamicamente estable sin fiebre, dolor modulado con medicacion actual aunque persiste en cadera con los movimientos, deposicion +, mejoira de emesis, no fiebre ni escalofrios, desde ayer en la tarde somnolienta
Glucometria 110

- Examen Físico:

Ictericia en escleras y piel
Estado funcional 2
Mucosas hidratadas
Somnolienta, se activa al llamado
Cardiopulmonar normal

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Abdomen cremiento lobuloso hepático izquierdo, sin dolor, distendido por ascitis no a tensión

Edema grado 1 Mi's

Mejoría de edema en región posterior de muslo a nivel distal a la mejoría con cambios crónicos piel

Neurológico sin déficit

Estudios relevantes: Marly

26/01/23

*TAC de Abdomen contrastado: Hígado con múltiples lesiones focales hipodensas de comportamiento hipodenso que comprometen ambos lóbulos la de mayor tamaño en el segmento V de 42x37mm, no adenopatías mesentericas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histerectomía

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no complicadas, grado I, diverticulosis, lesión de aspecto neoplásico en transverso distal de al menos 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles de ciego, no resecados, ileoscopia normal, pendiente biopsias

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

-17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

. Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transverso adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.

. Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominio izquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hipermetabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, sin clara representación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo

-TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto para la arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudio previo. Dos adenopatías adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4, 2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2. 3 cm, hoy 2 cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y tamaño estables, sin lesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplenomesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñón derecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples flebolitos pélvicos. Sin masas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardiograma: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

- Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transverso, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes a nivel morfológico, compatible con tumoración maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13. 6 (previamente de 16. 4), volumen metabólico actual de 813 cm3 (previamente de 938 cm3), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en número y tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia de necrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable

- Aparición de lesiones hipermetabólicas en:

. Adenopatías en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminación metastásica por vía linfática.

. Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestiva de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contexto sugiere diseminación metastásica por vía hematogénica

*20-nov-2023 TAC Torax y Abdomen ---CONCLUSIÓN Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. -

Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroilíaca izquierda. - Lesión primaria en colon transverso distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

-09/01/2024 Eco hígado: No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar: no hay dilatación de la vía biliar ni distensión de la vesícula. El hígado tiene aumento de su tamaño y ecogenicidad heterogénea por compromiso difuso por metástasis. No presenta absceso ni cirrosis. En la vesícula encuentro pólipo pediculado de 0, 3 cm que no tiene significado clínico. La vesícula no presenta cálculos ni signos de inflamación. El páncreas es normal. El riñón derecho tiene tamaño y ecogenicidad normales. Conserva la relación y diferenciación corticomedular. No muestra masas, cálculos ni hidronefrosis. Hay ascitis con líquido perihéptico y periesplénico --- CONCLUSIÓN 1. No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar. 2. Metástasis hepáticas conocidas. 3. Ascitis. 4. Pólipo vesicular que no tiene significado clínico

-15/01/2024 Ecografía de abdomen: Extenso compromiso infiltrativo del parenquima hepático por antecedente ya conocido con leve dilatación de radicales intrahepáticos en ambos lóbulos, probablemente por compresión extrínseca. No hay dilatación de la vía biliar extrahepática

-15/01/23 Colangiografía simple ---CONCLUSIÓN

. Compromiso metastásico en el parénquima hepático, extenso, que condiciona obstrucción, dilatación proximal de radicales biliares periféricos, tanto en el lóbulo derecho como en el lóbulo izquierdo. El ducto biliar más dilatado mide 10 mm de diámetro para los segmentos V y VI.

. La vía biliar central y extrahepática de diámetro normal.

. Hepatomegalia de 28 cm (versus 24 cm en tomografía previa de 20/11/2023).

. Aparición de ascitis. Nodularidad del mesenterio, sugestiva de carcinomatosis peritoneal.

. Estructuras vasculares no valorables porque no se administró medio de contraste, sin embargo signos sugestivos de compromiso de la rama izquierda

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

de la porta por el compromiso metastásico.

. Lesión nodular de la glándula adrenal derecha y metástasis en el sacro, conocidas

-18-ene-2024 CPRE (Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica)

Estomago: distendido, lleno de restos alimentarios. Se aspira el componente líquido (casi 400ml), los restos de alimentos limitan la visualización de la mucosa gástrica.

DUODENO: normal

PAPILA MAYOR: normal COLÉDOCO: vía biliar extrahepática normal, no tiene estenosis en hepático común.

VIA BILIAR INTRAHEPÁTICA: en la parte más distal de la intrahepática izquierda hay un defecto que parece corresponder a la lesión endoluminal. La vía biliar derecha no se opacifica, se ingresa entonces con balón y se hace colangiografía por oclusión identificando entonces una disminución del diámetro de la intrahepática derecha más distal

CONDUCTO PANCREÁTICO: no se canula, ni se opacifica. Después de hacer la colangiografía por oclusión: se define dejar un stent plástico de 10cm x 7fr hacia intrahepática derecha y se deja otro 10cmx10fr en intrahepática izquierda (proximal a la lesión endoluminal descrita)

---CONCLUSIÓN Vía biliar extrahepática normal Hepático común sin lesiones, sin estenosis Vía biliar intrahepática derecha con estenosis al parecer compresiva (stent plástico de 10cmx7fr); lesión endoluminal en intrahepático izquierdo (stent biliar plástico de 10cmx10fr).

Marcador tumoral

-23/02/23 Antígeno carcinoembrionario 307 -25/03/23 ACE 164 -22/04/23 ACE 127 -20/05/23 ACE 120. 2 -18/06/23 ACE 140 (Lab HPTU) -22/07/23 ACE 159 -19/08/23 ACE 204 -09/10/23 ACE 237* -07/11/23 ACE 222 -21/11/23 ACE 280. 9 -09/01/24 ACE pendiente (680?)

Lab

-22/07/23 Dimero D 2271* Fibrinogeno 425 Hb 13. 1 WBC 5630 N 50% Plq 238. 000 AST 21 ALT 36 Cr. 9

-22/07/23 Dimero D 1665* Hb 12. 2 WBC 6550 N 3830 Plq 252. 000 AST 31 ALT 15 Cr. 87

-19/08/23 Dimero D 3111* Hb 12. 7 WBC 6160 N 3780 Plq 214. 000 ALT 18 AST 34 BT. 7 Ca 9. 4 Cr. 8 LDH 638* FA 150* Glic 99 Na 141 K 3. 7 Cl 106

Bicarbonato 22 Mg 2 BUN 18 TSH 1. 6

-19/09/23 Hb 12. 8 WBC 18640 N 15470 L 1800 M 1220 Plq 239. 000

-09/10/23 Dimero D 8852* Hb 10. 3 WBC 11080 N 6648 Plq 585. 000 ALT 19 AST 83* BT. 2 Cr. 7 LDH 1396

-10/10/23 PCR 9. 9 (disminución)

-23/10/23 AST 42* ALT 13 FA 316* Hb 11. 5 Hto 36 WBC 14860 N 10402 Plq BT. 40 BD. 16 Bl. 24 Cr. 68

-07/11/23 FA 375* HLG Normal Glic 98 AST 70* ALT 31

-21/11/23 Hb 12. 3 WBC 6780 N 4160 Plq 176. 000 AST 66* ALT 36. 4 CR. 6 B12 2000

-15/01/2024 ALT 114, AST 350, BT 13. 82, BD 10. 12, calcio 9. 1, cloro 105. 7, sodio 136, potasio 5. 34, creatinina 0. 84, FA 580, GGT 511, PCR 23. 19,

BUN 23. 3, hemoglobina 14. 9, hematocrito 43. 3%, leucocitos 11220, plaquetas 211200

-18/01/24 AST 383 ALT 130 BT 14. 8 BD 11 Ca 8. 1 Cl 102 Na 135* K 5. 6* Cr 1. 8* Mg 2. 8 PCR 16 Hb 14. 517482 N 13986 Bandas 1748 Plq 277. 000

-19/01/24 Ca 8 Na 137 Cr 1. 26* K 5. 4 BUN 54*.

Patología:

Tipo de Estudio	Fecha de Realización	Fecha del Informe	N° de Patología y Lugar	Resultados / Interpretación
Otros	27/01/2023		CI marly Q 569-23 Dr JA Szelezsan	Colon transversal, Biopsia: Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa, sin ILV ni PRN. IHQ positiva para CDX2, m no hay pérdida de la expresión nuclear de proteínas MMR: Baja probabilidad de inestabilidad microsatelital
Otros	06/02/2023		FICMAC#23BM000672-2	Mutación Exon 2 del KRAS G13X, negativo para mutaciones Exones 2, 3 y 4 NRAS y exon 15 del BRAF

Análisis y Plan de Manejo Paciente de 69 años. Jubilada. Trabaja en clínica oftalmológica. Viuda, 1 hija. Residente previamente en Bogotá, ahora en Medellín. Acudiente: Monica Vidal (hija)

En declaración funcional, antecedentes anotados

Diagnóstico Oncológico de Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa del colon transversal sin necesidad de derivación

Estadio IV por extenso compromiso hepático, una lesión metabólica sin representación morfológica en hueso sacroiliaco izquierdo, no tiene inestabilidad microsatelital, el BRAF es negativo y esta mutada del Exon 2 del KRAS G13X

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Feb/2023 Recibió quimioterapia intencionada PALIATIVA con FOLFIRI y Bevacizumab logrando enfermedad estable después de 6to ciclo pero con embolismo pulmonar sin repercusión clínica ni hemodinámica, luego de ciclo#12 se había planeado mantenimiento
Ag/2023 progresión de la enfermedad a nivel hepático, adrenal, ganglionar y óseo, se cambia a segunda línea PALIATIVA con esquema FOLFOX y bevacizumab, y se hará determinación de Her2 + posibilidad de terapias blanco
El 2do ciclo protractado por neutropenia grado 2 transitoria. Después de 3er ciclo hospitalizada por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado con neutropenia transitoria con lo cual se adiciona pegfilgrastim; además tuvo trauma con fractura costal manejada con bloqueo; queda sin anticoagulante

Nov/2023 progresión serológica de ACE y por imágenes. Se cambió a 3L PALIATIVA con regorafenib de los cuales completó 1 ciclo. Iniciando 2do ciclo inicia con ictericia, se descarta obstrucción con Eco, se suspendió medicación pensando en toxicidad pero tuvo empeoramiento sintomático y clínico con incremento colestasis además pienso que tuvo cuadro suboclusivo en días previos
Fue evaluada por Hepatobiliar quienes consideran Colangiografía (sin difusión ni contraste por dolor - aun no se había iniciado opioide), llevada a CPRE y colocación de stent

Mejor control analgésico con los ajustes realizados por el grupo de Dolor, pero molestias en cadera se hará radioterapia paliativa
Posible progresión de la enfermedad, hay marcada elevación de ACE, con lo cual se considera re-orientación del esfuerzo terapéutico de momento
Laboratorios con leucocitosis, neutrofilia y bacteriemia pese a que ha disminuido PCR, elevación de componente colestático, se inició hidratación con mejoría de función renal pero hay deterioro clínico dado por taquicardia, cifras tensionales límite inferior y somnolencia, se discute con Hepatobiliar y se inicia cubrimiento antibiótico pensando en colangitis, se hará nuevo control mañana
Se brinda información.

Se explica al paciente su condición. Dice entender y acepta el plan de estudios y manejo.

Plan:

- Mañana control laboratorios
- *Disminución líquidos venosos
- *Según evolución de función renal y/o hepática considerar ajuste de dosis de antibióticos o analgesia
- Se discute con Dr Jaime Chavez, Hepatobiliar, se considera toma de hemocultivos e inicio de antibióticos
- *Evolucionará a la paciente dura la ronda del FIN de SEMANA
- Pendiente bloqueo
- Pendiente radioterapia paliativa
- Se activó plan de atención domiciliaria.

Firmado por: ALICIA QUIROGA ECHEVERRI, ONCOLOGÍA CLÍNICA ADULTO, Registro 05-2689-08, CC 43183786

Fecha: 19/01/2024 10:43

Nota de Sedación - MEDICO GENERAL

Área en la que se realiza el procedimiento: Intervencionismo

Momento de registro: Antes del procedimiento

¿Consentimiento informado diligenciado?: Si

Antecedentes de sedación: Si

¿Se presentaron complicaciones?: No

¿Tiene ayuno completo?: Si

¿Predictores de vía aérea difícil?: No

Estado del paciente según clasificación ASA: ASA III: enfermedad sistémica grave o descompensada

Clasificación Mallampati: III Son visibles el paladar duro y blando y la base de la úvula

Grado de sedación planeado: Grado II (Sedación consciente)

Evaluación previa: - Neurológico = consciente, desorientada y somnolienta

- Dentadura = En buen estado
- Cuello = No ingurgitación yugular, no se palpan masas
- Corazón = ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos
- Pulmones = murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados
- Extremidades = edema bilateral, llenado capilar conservado

Previo al inicio de sedación, se le explica a acompañante(Hija) los beneficios y riesgos, se le explica que no se garantiza total amnesia ni analgesia del procedimiento, se firma consentimiento informado por parte del paciente. Se procede a realizar sedación moderada bajo monitorización continua y con bajas dosis por condición clínica actual y fragilidad.

Nombre del procedimiento: Bloqueo de Nervio

Indicación: Gangliolisis de ganglios simpáticos

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Realizado por: Dr. Infante

Signos vitales:

Presión arterial (mmHg): 105/73, Presión arterial media(mmHg): 83, Frecuencia cardíaca(LPM): 89, Frecuencia respiratoria(Respiraciones/minuto): 18, Saturación de oxígeno(%): 92, (FIO2) Fracción inspirada de oxígeno(%): 21.

Firmado por: SUSANA LOPEZ PINEDA, MEDICO GENERAL, Registro 1152452110, CC 1152452110

Fecha: 19/01/2024 11:15

Nota de Sedación - MEDICO GENERAL

Momento de registro: Después del procedimiento

Fecha y hora Inicio del procedimiento: 19/01/2024 10:45

Fecha y hora fin del procedimiento: 19/01/2024 11:15

¿Se presentaron complicaciones?: No

Signos vitales durante el procedimiento: Signos vitales durante el procedimiento:

- Hora: 10:50 PA:121/82 mmHg, FC:85 LPM, SO2:97 %, FiO2:32 %

- Hora: 10:55 PA:108/81 mmHg, FC:86 LPM, SO2:99 %, FiO2:32 %

- Hora: 11:00 PA:138/95 mmHg, FC:85 LPM, SO2:99 %, FiO2:32 %

- Hora: 11:05 PA:106/75 mmHg, FC:85 LPM, SO2:99 %, FiO2:32 %

- Hora: 11:10 PA:111/78 mmHg, FC:85 LPM, SO2:96 %, FiO2:32 %

Signos vitales al finalizar el procedimiento:

- Hora: 11:15 PA:112/77 mmHg, FC:91 LPM, SO2:98 %, FiO2:32 %

Medicamentos Administrados:

Midazolam titulado dosis total: 3 Miligramos

Fentanyl titulado dosis total: 30 Microgramos

Ketamina titulado dosis total: 20 Miligramos

Grado de sedación alcanzado: Grado II (Sedación consciente)

Evaluación Final: Procedimiento sin complicaciones. Paciente que presenta apertura ocular espontánea, sin alteración neurológica aparente y sin agitación. Estable hemodinámicamente, sin signos de dificultad respiratoria. Se traslada para monitorizar evolución y recuperación, se autoriza dar de alta del servicio con escala Aldrete Mayor de 8 puntos y signos vitales estables, de lo contrario avisar

Signos vitales:

Presión arterial (mmHg): 112/77, Presión arterial media(mmHg): 88, Frecuencia cardíaca(LPM): 91, Frecuencia respiratoria(Respiraciones/minuto): 18,

Saturación de oxígeno(%): 98, (FIO2) Fracción inspirada de oxígeno(%): 32

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLANGITIS (En Estudio), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, COLESTASIS (En Estudio), METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO, SOMNOLENCIA (En Estudio).

Firmado por: SUSANA LOPEZ PINEDA, MEDICO GENERAL, Registro 1152452110, CC 1152452110

Fecha: 19/01/2024 11:33

Nota de Evolución - Apoyo - MEDICO GENERAL

RONDA DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES.

Ligia Gonzalez, 69 años.

Especialidad tratante: oncología.

Diagnósticos:

-Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia.

Antecedentes:

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa
- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo después a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresión

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progresión

Tratamiento:

Piperacilina tacobactam 4. 5 gr cada 6 horas FI 19/01/24
LEV lactato de ringer 80ml/h.
hioscina butilbromuro 20mg de rescate oral
Tapentadol 50mg cada 12 horas
Esomeprazol 40mg c/24 horas VO
Nadroparina 40mg Sc c/24 horas

En compañía de familiar

Subjetivo: Ha estado somnolienta, desorientada

PA: 112/77 FC: 91 Fr 18 SAO2: 98%

Paciente alerta, sin signos de dificultad respiratoria, sin requerimiento de oxígeno suplementario.

Escleras ictericas.

Adecuado patrón respiratorio

Abdomen No dolor aparente

Extremidades sin edemas, llenado capilar menor 2 segundos.

Paraclínicos:

19/01/24 hemocultivos penidntes
Ca 8 Cr 1. 26 Na 137 K 5. 44 BUN 54. 6

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLANGITIS (En Estudio), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, COLESTASIS (En Estudio), METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO, SOMNOLENCIA (En Estudio).

Análisis y Plan de manejo: Paciente de 69 años con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV con metastasis hepaticas extensas. Hospitalizada por ictericia y patrón colestásico asociado, con ecografía donde se evidencia dilatación de radicales intrahepáticos por lo que fue llevada a colangioRNM, ayer a CPRE, hoy con evolución estacionaria se amplían estudios y se indica cubrimiento antibiotico

Se encuentra estable hemodinámicamente

En proceso de bloqueo solicitado por dolor y cuidados paliativos y radioterapia.

Cuenta con tromboprofilaxis y gastroprotección.

Explico las conductas, refiere entender y aceptar.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente/cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento.

Firmado por: PAOLA ANDREA HERNÁNDEZ RÚA, MEDICO GENERAL, Registro 05-0832-15, CC 1035223935

Fecha: 19/01/2024 16:37

Nota de Evolución - Interconsultante - DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Paciente de 69 años, en compañía de su familia al momento de la valoración.

Diagnósticos

-Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia.

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa
- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo después a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresión

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progreison

En tratamiento con: tapentadol de acción prolongada 50 miligramos cada 12 horas, dexametasona 4 miligramos cada 8 horas, metoclopramida 1 ampolla cada 8 horas, acetaminofen 1 gramo cada 8 horas, esomeprazol 40 miligramos cada 24 horas, ketorolaco 30 miligramos cada 12 horas.

Desde ayer en la tarde la notan muy somnolienta, y por momentos desorientada, con leucocitosis, neutropenia y bandemia, la PCR no ha incrementado, pero se inicia antibiótico pensando en colangitis.

Signos vitales: Presión arterial (mmHg): 80/60, Presión arterial media(mmHg): 66, Escala del dolor: 0-No dolor

Paciente en regulares condiciones generales, icterica, somnolienta, al activarse responde incoherente.

Cabeza: normal.

Cuello: no adenopatías.

Corazón: rítmico, sn S3

Pulmones: bien aireados, sin ruidos sobreagregados.

Abdomen: dolor a la palpación en epigastrio.

Extremidades: sin edema

DNeurológico: sin déficit.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLANGITIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, COLESTASIS (En Estudio), METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACIÓN - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAÚSEA Y VÓMITO, SOMNOLENCIA (En Estudio).

Análisis y Plan de manejo: Paciente en la 7 década de vida, con dx de tumor de colon se hace reorientación terapéutica y se suspende por ahora la quimioterapia, ingresa por ictericia y aumento del dolor, se realiza CPRE y se deja stent desde el procedimiento mas somnolienta con leucocitosis, neutropenia y bandemia razón por la que se piensa en colangitis y se inicia antibiótico.

Hoy se le realizó bloqueo de ganglio celiaco, no se pudo hacer la radioterapia por la condición de la paciente.

Seguimos atentos a su evolución.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento.

Firmado por: NORA HELENA SALDARRIAGA CARTAGENA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO - MEDICINA INTERNA, Registro 01-001837-90, CC 42995650

Fecha: 19/01/2024 20:04

Reporte Valores Críticos - BACTERIOLOGIA

Se realiza llamada para reportar valores críticos del área de Laboratorio

Examen reportado: Hemocultivos positivos

Nombre y cargo de quien recibe la llamada: Enfermera Daniela Agudelo

Observaciones: Se reporta valor crítico de las ordenes 2401190408 y 2401190409.

Firmado por: JULIANA ANDREA ALVAREZ QUINTERO, BACTERIOLOGIA, Registro 1214732727, CC 1214732727

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 19/01/2024 20:07

Reporte Valores Críticos - ENFERMERA(O)

Se recibe llamada telefónica para reportar valores críticos de Laboratorio

Examen reportado: Hemocultivos positivos

Nombre y cargo de quien reporta: JULIANA ANDREA ALVAREZ QUINTERO, BACTERIOLOGIA

Observaciones: Se notifica a medico de pisos.

Firmado por: DANIELA AGUDELO RESTREPO, ENFERMERA(O), Registro 1036954123, CC 1036954123

Fecha: 19/01/2024 20:23

Reporte Valores Críticos - MEDICO GENERAL

Se recibe llamada telefónica para reportar valores críticos de Laboratorio

Examen reportado: Hemocultivos positivos

Nombre y cargo de quien reporta: DANIELA AGUDELO RESTREPO, ENFERMERA

Observaciones: Diagnósticos:

-Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia.

Tratamiento:

Piperacilina tacobactam 4. 5 gr cada 6 horas FI 19/01/24

LEV lactato de ringer 80ml/h.

hioscina butilbromuro 20mg de rescate oral

Tapentadol 50mg cada 12 horas

Esomeprazol 40mg c/24 horas VO

Nadroparina 40mg Sc c/24 horas

Paciente con cifras tensionales con sistolica baja, pero medias en sobre 65mmHG, ha estado somnolienta

Eno es candidata a UCI, UCE o RCP

En hemocultivos tiene aislamiento de bacilos gram negativos, desde hoy en la mañana se inicio piperacilina/tazobactam, no se realiza por ahora ajuste

Calculo TFG, da por encima de 45, no hay necesidad de ajuste de dosis.

DEo bolo de LEV y continuar con infusión como estaba ordenada

Ya cuenta con paracétamoles de control para el día de mañana

Quedamos atentos a evolución

Conducta médica tomada: Bolo de LEV

continúa igual dosis de piperacilina/tazobactam.

Firmado por: JUAN PABLO ZULUAGA GARCIA, MEDICO GENERAL, Registro 1036961046, CC 1036961046

Fecha: 20/01/2024 05:34

Nota general - MEDICO GENERAL

Revaloro paciente por hipotensión

Ligia Gonzalez, 69 años.

Especialidad tratante: oncología.

Diagnósticos:

-Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia.

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa

- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado

- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023

- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

Paciente somnolienta, poca respuesta a el estímulo, cuidadora menciona que estuvo tranquila en el transcurso de la noche, luego quejidos de dolor que mejoraron con la medicación analgésica.

En controles de signos de la madrugada hipotensa

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

signos vitales: Pa: 64/42, FC: 84, SaO2: 91% ambiente, afebril Fr: 18
Somnolienta, malas condiciones generales
Ruidos rítmicos, no soplos
Murmullo disminuido en base
No acentua dolor ni irritación a la palpación abdominal
Extremidades con edema grado II, llenado capilar de 3 segundos

Hemocultivos con BGN en identificación

Paciente con diagnósticos descritos, colangitis or clínica y paraclínica, con bacteremia por BGN asociada, desde el día de ayer se inicio cubrimiento antibiotico, habia manejado sistolicas bajas pero con medias en metas, ahora nuevo episodio de hipotensión, muy somnolienta, llenado capilar lento. Ante lo anterior y las directrices previamente señaladas con la paciente y expresadas por su medico tratante e hija (medica), considero por ahora administrar ultimo bolo de ringer, ajusto medicación en pro de paliación de sintomatología y alivio del dolor. comento con cuidadora para comunicarnos con la hija y de ser posible que la acompañe
Explico
Quedamos atentos a cualquier necesidad de la paciente y/osus familiares.

Firmado por: JUAN PABLO ZULUAGA GARCIA, MEDICO GENERAL, Registro 1036961046, CC 1036961046

Nota aclaratoria

Fecha: 20/01/2024 05:37

Cambio medicación a venosa, elimino medicación oral no esencial

Firmado por: JUAN PABLO ZULUAGA GARCIA, MEDICO GENERAL, Registro 1036961046, CC 1036961046

Fecha: 20/01/2024 06:26

Nota de Evolución - RESIDENTE CIRUGIA GENERAL

Cirugía Hepatobiliar

Ligia Gonzalez Castañeda, 69 años

Diagnósticos:
- Adenocarcinoma de colon estadio IV
* Quimioterapia 3ra linea
- Ictericia obstructiva
* Dilatación de la vía biliar intrahepática
* Colangitis aguda post-CPRE
- Dolor en cadera derecha

Aislamientos:
- 19/01/2024: Hemocultivos BGN

Antibióticos:
- Piptazo 4. 5gr cada 6 horas FI 19/01/2024

Procedimientos:
- 18/01/2024 CPRE Dr. Gabriel Alonso Mosquera HPTU: Vía biliar extrahepática normal, no estenosis del hepático común. En la parte más distal de la intrahepática izquierda hay un defecto que parece corresponder a la lesión endoluminal. La vía biliar derecha no se opacifica. Se deja stent plástico de 10cm x 7Fr hacia intrahepática derecha y otro de 10cm x 10fr en intrahepática izquierda.

Antecedentes:
1. Patológicos:
- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa
- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.
2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Cilco#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo despues a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresion

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progreison

Estudios previos:

- 09/01/2024 Ecografia de abdomen

No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar: no hay dilatación de la vía biliar ni distensión de la vesícula. El hígado tiene aumento de su tamaño y ecogenicidad heterogénea por compromiso difuso por metástasis. Nopresenta absceso ni cirrosis. En la vesícula encuentro pólipo pediculado de 0, 3 cm que no tiene significado clínico. La vesícula no presentacálculos ni signos de inflamación. El páncreas es normal. El riñón derecho tiene tamaño y ecogenicidad normales. Conserva la relación y diferenciación corticomedular. No muestra masas, cálculos ni hidronefrosis. Hay ascitis con líquido perihépático y periesplénico. CONCLUSIÓN1. No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar. 2. Metástasis hepáticas conocidas. 3. Ascitis. 4. Pólipo vesicular que no tiene significado clínico

- 26/01/23 *TAC de Abdomen contrastado: Hígado con multiples lesiones focale shipovasculares de comportamiento hipodenso que comprometen ambos lobulos la de mayor tamaño en el seg V? de 42x37mm, no adenopatias mesentericas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histectomia

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no compliadas, grado I, diverticulosis, leison de aspecto neoplasico en transverso distal de al mno 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles dle ciego, no resecados, ileoscopia normal, pendinete biopsias

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

-17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

. Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transversal adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.

. Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominioizquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogéna.

. Foco hiper metabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, sin clararepresentación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematogéna.

. Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo

-TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto parala arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudioprevio. Dos adenopatias adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4, 2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2. 3 cm, hoy 2cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y tamaño estables, sinlesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplenomesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñónderecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples Flebolitos pélvicos. Sinmasas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardio: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

- Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transversal, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes anivel morfológico, compatible con tumoración maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13. 6 (previamente de 16. 4), volumen metabólico actual de 813 cm3(previamente de 938 cm3), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en númeroy tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia denecrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogéna.

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulaciónsacroilíaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematogéna.

. Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable

- Aparición de lesiones hipermetabólicas en:

. Adenopatias en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminaciónmetastásica por vía linfática.

. Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestivo de diseminación metastásica porvía hematogéna.

. Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contextosugiere diseminación metastásica por vía hematogéna

*20-nov-2023 TAC Torax y Abdomen ---CONCLUSIÓN Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. -

Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroilíaca izquierda. - Lesión primaria en colon transversal distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

Marcadores tumorales:

-23/02/23 Antígeno carcinoembrionario 307 -25/03/23 ACE 164 -22/04/23 ACE 127 -20/05/23 ACE 120. 2 -18/06/23 ACE 140 (Lab HPTU) -22/07/23 ACE 159 -19/08/23 ACE 204 -09/10/23 ACE 237* -07/11/23 ACE 222 -21/11/23 ACE 280. 9

Subjetivo: Cuidadora refiere paso regular noche, al principio agitada, cambios repetidos de posición, cifras tensionales bajas pero con PAM >65mmHg. Luego en la madrugada muy somnolienta, no apertura ocular al llamado con hipotensión a pesar de líquidos.

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Examen físico:

Regulares condiciones generales, alerta, orientada
Mucosas hidratadas, conjuntivas rosadas. Escleras y tinte icterico generalizado.
Cuello móvil
Torax simétrico, sin retracciones.
Abdomen blando, no dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.
Extremidades sin edemas.

Paraclínicos:

19/01/2024:

Calcio 8, creatinina 1. 26, sodio 137, potasio 5. 44, BUN 54. 6

18/01/2024:

ALT 130, AST 383, BT 14. 8, BD 11, calcio 8. 1, cloro 102, sodio 135, potasio 5. 61, creatinina 1. 86, magnesio 2. 84, PCR 16. 48, hemoglobina 14. 5, hematocrito 42. 1%, leucocitos 17482, plaquetas 277200, TP 13. 9, INR 1. 25, TPT30

15/01/2024:

ALT 114, AST 350, BT 13. 82, BD 10. 12, calcio 9. 1, cloro 105. 7, sodio 136, potasio 5. 34, creatinina 0. 84, FA 580, GGT 511, PCR 23. 19, BUN 23. 3, hemoglobina 14. 9, hematocrito 43. 3%, leucocitos 11220, plaquetas 211200

Imágenes:

- 15/01/2024: Ecografía de abdomen

Extenso compromiso infiltrativo del parenquima hepático por antecedente ya conocido con leve dilatación de radicales intrahepáticos en ambos lóbulos, probablemente por compresión extrínseca.
No hay dilatación de la vía biliar extrahepática.

- 16/01/2023: ColangioRMN

Compromiso metastásico en el parenquima hepático, extenso, que conduce a obstrucción con dilatación proximal de radicales biliares periféricos, tanto en el lóbulo derecho como en el lóbulo izquierdo. El ducto biliar más dilatado mide 10mm de diámetro para los segmentos V y VI. La vía biliar central y extrahepática de diámetro normal. Hepatomegalia de 28cm. Aparición de ascitis. Nodularidad del mesenterio, sugestiva de carcinomatosis peritoneal.
Estruc

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLANGITIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, COLESTASIS (En Estudio), METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO, SOMNOLENCIA (En Estudio).

Análisis y Plan de manejo: Paciente femenina de 69 años con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV, con metastasis hepáticas extensas. Con cuadro de ictericia progresiva, paraclínicos con patrón colestásico. Ecografía que demuestra leve dilatación de radicales intrahepáticos. Se solicitó colangioRMN donde se evidencia dilatación de la vía biliar intrahepática, sin embargo se revisan imágenes y no es posible evidenciar el conducto hepático común. Llevada a CPRE con inserción de 2 stent biliares, posteriormente con deterioro clínico, somnolencia, cifras tensionales con hipotensión, se toman hemocultivos los cuales van creciendo BGN, ya en cubrimiento antibiótico desde ayer. A pesar de esto persiste hipotensión y somnolienta, Medicina General maneja con bolo de líquidos. La paciente por su patología no es candidata a maniobras invasivas, RCCP, UCE o UCI, por lo tanto se continuará acompañamiento, manejo establecido. Se comenta con docente.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento.

Firmado por: MARIA CAMILA JARAMILLO GUZMAN, RESIDENTE CIRUGIA GENERAL, Registro 1037652610, CC 1037652610

Fecha: 20/01/2024 12:16

Nota de Evolución - Apoyo - MEDICO GENERAL

RONDA DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES.

Ligia Gonzalez, 69 años.

Especialidad tratante: oncología y cirugía hepatobiliar

Diagnósticos:

-Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia.

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

tubulovelloso con displasia de alto grado extensa

- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado

- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023

- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo después a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresión

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progresión

Tratamiento:

Piperacilina tacobactam 4. 5 gr cada 6 horas FI 19/01/24

LEV lactato de ringer 80ml/h.

hioscina butilbromuro 20mg de rescate oral

Tapentadol 50mg cada 12 horas

Esomeprazol 40mg c/24 horas VO

Nadroparina 40mg Sc c/24 horas

En compañía de familiar

Subjetivo: Ha estado más somnolienta, desorientada, inquieta, en la noche, incluso se retiró el catéter

ha estado hipotensa en registros de enfermería

La hija manifiesta que le hidromorfona le genera náuseas y vómito

PA: 95/61 FC: 85 Fr 16 SAO2: 90%

Paciente somnolienta, sin signos de dificultad respiratoria, sin requerimiento de oxígeno suplementario.

Escleras ictericas.

Adecuado patrón respiratorio, corazón rítmico, pulmones ventilados

Abdomen No dolor aparente

Extremidades sin edemas, llenado capilar menor 2 segundos.

Paraclínicos:

20/01/24 ALT 126 ASt 488 BD 9. 23 BT 12. 53 Cr 1. 48 PCR 13. 74 HLG Hb 12. 7 Hto 37. 1 GB 13638 Nuevos 11592 plaquetas 123. 900

19/01/24 hemocultivos con crecimiento de bacilos gram negativos en identificación

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLANGITIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, COLESTASIS (En Estudio), METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO, SOMNOLENCIA (En Estudio).

Análisis y Plan de manejo: Paciente de 69 años con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV con metastasis hepáticas extensas.

Hospitalizada por ictericia y patrón colestásico asociado, con ecografía donde se evidencia dilatación de radicales intrahepáticos por lo que fue llevada a colangiograma y CPRE, evolución estacionaria, con síntomas de delirium, posiblemente cursa con colangitis y bacteremia asociada, ya en manejo antibiótico, cifras tensionales en límite inferior, ya con LEV, paciente a quien se continúa manejo en salas generales

Continuara con tapentadol, ya que tiene poca tolerancia a hidromorfona según informa hija, dejare por ahora solo de rescate

Quedamos atentos

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento.

Firmado por: PAOLA ANDREA HERNÁNDEZ RÚA, MEDICO GENERAL, Registro 05-0832-15, CC 1035223935

Fecha: 20/01/2024 12:52

Nota de Evolución - Tratante - CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS

Signos vitales: Frecuencia cardíaca(LPM): 82, Frecuencia respiratoria(Respiraciones/minuto): 16, Escala del dolor: No evaluable

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLANGITIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, COLESTASIS (En Estudio), METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO, SOMNOLENCIA (En Estudio).

Análisis y Plan de manejo: Enterado de la nota de la Dra Jaramillo Residente. Doña Ligia con falla orgánica múltiple secundaria a sepsis de origen biliar en Quimioterapia activa, bacteremia por bacilos Gram negativos, hipotensión, muy somnolienta, falla renal. Ya se logró permeabilizar la vía biliar por vía endoscópica y recibe antibiótico intravenoso. Se espera tipificación y sensibilidad de los bacterias en sangre, explico a la Dra Mónica su hija, comento con la Dra Quiroga su Oncóloga.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente/cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento, Diagnóstico del paciente y las recomendaciones de autocuidado, Preparación para exámenes y procedimientos ordenados.

Firmado por: JAIME FERNANDO CHAVEZ TRUJILLO, CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS, Registro 1468-02, CC 75064430

Fecha: 20/01/2024 14:12

Nota de Evolución - Interconsultante - DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Paciente de 69 años, acompañada de sus familiares.

Diagnosticos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia.
- Sepsis de origen biliar, bacteremia por bacilos gram negativos.

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa
- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo después a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresión

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progreison

En tratamiento con: piptazo 4. 5 gramos cada 6 horas, tapentadol 50 miligramos cada 12 horas, hidromorfona 0. 3 de rescate, hioscina 1 ampolla cada 8 horas.

Su hija la ha visto un poco mejor, con respiración regular, sin facies de dolor, pero ha estado anurica desde anoche.

Signos vitales: Presión arterial (mmHg): 90/50, Presión arterial media(mmHg): 63, Escala del dolor: No evaluable

Encuentro paciente icterica, se observa respiración regular, sin uso de musculos accesorios.

Cabeza: Normal.

Cuello: no adenopatías.

Corazón: rítmico, sin S3

Pulmones: no ruidos sobreagregados.

Abdomen: blando, depresible, sin visceromegalias, no palpo globo vesical.

Extremidades: no edema

Neurológico: somnolienta, abre los ojos debilmente al llamado, moviliza las 4 extremidades.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLANGITIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, COLESTASIS (En Estudio), METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO, SOMNOLENCIA (En Estudio).

Análisis y Plan de manejo: Paciente en la 7 década de la vida, con diagnostico de tumor de colon se hace reorientación terapeutica y se suspende por ahora la quimioterapia, ingresa por ictericia y aumento del dolor, se realiza CPRE y se deja stent desde el procedimiento mas somnolienta con

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

leucocitosis, neutropenia y bandemia, se aislan bacilos gram negativos de sangre, con diagnóstico de colangitis se inicia manejo con piptazo. continuamos con tapentadol si esta muy dormida y no se puede administrar y si tiene dolor se puede colocar hidromorfona de rescate. Dejo una dosis de furosemida para ver si hay eliminación si no se intentará una sonda evacuante.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento, Diagnóstico del paciente y las recomendaciones de autocuidado.

Firmado por: NORA HELENA SALDARRIAGA CARTAGENA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO - MEDICINA INTERNA, Registro 01-001837-90, CC 42995650

Fecha: 20/01/2024 18:43

Nota general - MEDICO GENERAL

Paciente de 69 años, historia de adenocarcinoma de colon estadio IV con metastasis hepaticas extensas. Hospitalizada por ictericia y patrón colestásico asociado, con ecografía donde se evidencia dilatación de radicales intrahepáticos por lo que fue llevada a colangioRNM y CPRE, evolución estacionaria, con sintomas de delirium, posiblemente cursa con colangitis y bacteremia asociada, ya en manejo antibiotico, evolucion estacionaria, aun sin lograr miccion a pesar de LEV y aplicacion de furosemida, al momento de valorar sin globo vesical, viene con azoados en aumento, comprometido SNC y ahora renal, paciente anurica, acuerdo con familia que se pasara sonda vesical evacuante en caso de documentarse retencion urinaria.

Firmado por: PAOLA ANDREA HERNÁNDEZ RÚA, MEDICO GENERAL, Registro 05-0832-15, CC 1035223935

Fecha: 21/01/2024 06:33

Nota de Evolución - RESIDENTE CIRUGIA GENERAL

Cirugía Hepatobiliar

Ligia Gonzalez Castañeda, 69 años

Diagnósticos:

- Adenocarcinoma de colon estadio IV

* Quimioterapia 3ra linea

- Ictericia obstructiva

* Dilatación de la vía biliar intrahepática

* Colangitis aguda post-CPRE

- Dolor en cadera derecha

Aislamientos:

- 19/01/2024: Hemocultivos BGN

Antibióticos:

- Piptazo 4. 5gr cada 6 horas FI 19/01/2024

Procedimientos:

- 18/01/2024 CPRE Dr. Gabriel Alonso Mosquera HPTU: Vía biliar extrahepática normal, no estenosis del hepático común. En la parte más distal de la intrahepática izquierda hay un defecto que parece corresponder a la lesión endoluminal. La vía biliar derecha no se opacifica. Se deja stent plástico de 10cm x 7Fr hacia intrahepática derecha y otro de 10cm x 10fr en intrahepática izquierda.

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa

- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado

- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023

- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo despues a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresion

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

por Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23
*progreison

Estudios previos:

- 09/01/2024 Ecografía de abdomen

No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar: no hay dilatación de la vía biliar ni distensión de la vesícula. El hígado tiene aumento de su tamaño y ecogenicidad heterogénea por compromiso difuso por metástasis. No presenta absceso ni cirrosis. En la vesícula encuentro pólipo pediculado de 0,3 cm que no tiene significado clínico. La vesícula no presenta cálculos ni signos de inflamación. El páncreas es normal. El riñón derecho tiene tamaño y ecogenicidad normales. Conserva la relación y diferenciación corticomedular. No muestra masas, cálculos ni hidronefrosis. Hay ascitis con líquido perihépatico y periesplénico. **CONCLUSIÓN** 1. No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar. 2. Metástasis hepáticas conocidas. 3. Ascitis. 4. Pólipo vesicular que no tiene significado clínico

- 26/01/23 *TAC de Abdomen contrastado: Hígado con múltiples lesiones focales hipodensas de comportamiento hipodenso que comprometen ambos lóbulos la de mayor tamaño en el segmento V de 42x37mm, no adenopatías mesentericas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histectomía

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no complicadas, grado I, diverticulosis, lesión de aspecto neoplásico en transverso distal de al menos 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles de ciego, no resecaos, ileoscopia normal, pendiente biopsias

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

-17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

. Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transverso adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.

. Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominio izquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hipermetabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, sin clara representación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo

-TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto para la arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudio previo. Dos adenopatías adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4,2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2,3 cm, hoy 2 cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y tamaño estables, sin lesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplénico mesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñón derecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples flebolitos pélvicos. Sin masas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardiografía: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

- Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transverso, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes a nivel morfológico, compatible con tumoración maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13,6 (previamente de 16,4), volumen metabólico actual de 813 cm³ (previamente de 938 cm³), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en número y tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia de necrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable

- Aparición de lesiones hipermetabólicas en:

. Adenopatías en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminación metastásica por vía linfática.

. Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestiva de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contexto sugiere diseminación metastásica por vía hematogénica

*20-nov-2023 TAC Tórax y Abdomen ---**CONCLUSIÓN** Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. -

Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroilíaca izquierda. - Lesión primaria en colon transverso distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

Marcadores tumorales:

-23/02/23 Antígeno carcinoembrionario 307 -25/03/23 ACE 164 -22/04/23 ACE 127 -20/05/23 ACE 120. 2 -18/06/23 ACE 140 (Lab HPTU) -22/07/23 ACE 159 -19/08/23 ACE 204 -09/10/23 ACE 237* -07/11/23 ACE 222 -21/11/23 ACE 280. 9

Subjetivo: Cuidadora refiere que paso regular noche, se agita por periodos pero la mayoría del tiempo esta somnolienta, no hace apertura ocular al llamado. No picos febriles. Persiste con presiones límites.

Examen físico:

Regulares condiciones generales, somnolienta, no apertura ocular al llamado.

Mucosas hidratadas, conjuntivas rosadas. Escleras y tinte icterico generalizado.

Cuello móvil

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Torax simétrico, sin retracciones.
Abdomen blando, no dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.
Extremidades con edema grado II.

Paraclínicos:

20/01/2024:

ALT 126, AST 488, BT 12. 53, BD 9. 23, creatinina 1. 48, PCR 13. 74, hemoglobina 12. 7, hematocrito 37. 1%, leucocitos 13638, plaquetas 123900

19/01/2024:

Calcio 8, creatinina 1. 26, sodio 137, potasio 5. 44, BUN 54. 6

18/01/2024:

ALT 130, AST 383, BT 14. 8, BD 11, calcio 8. 1, cloro 102, sodio 135, potasio 5. 61, creatinina 1. 86, magnesio 2. 84, PCR 16. 48, hemoglobina 14. 5, hematocrito 42. 1%, leucocitos 17482, plaquetas 277200, TP 13. 9, INR 1. 25, TPT30

15/01/2024:

ALT 114, AST 350, BT 13. 82, BD 10. 12, calcio 9. 1, cloro 105. 7, sodio 136, potasio 5. 34, creatinina 0. 84, FA 580, GGT 511, PCR 23. 19, BUN 23. 3, hemoglobina 14. 9, hematocrito 43. 3%, leucocitos 11220, plaquetas 211200

Imágenes:

- 15/01/2024: Ecografía de abdomen

Extenso compromiso infiltrativo del parenquima hepático por antecedente ya conocido con leve dilatación de radicales intrahepáticos en ambos lóbulos, probablemente por compresión extrínseca.

No hay dilatación de la vía biliar extrahepática.

- 16/01/2023: ColangioRMN

Compromiso metastásico en el parenquima hepático, extenso, que conduce a obstrucción con dilatación proximal de radicales biliares periféricos, tanto en el lóbulo derecho como en el lóbulo izquierdo. El ducto biliar más dilatado mide 10mm de diámetro para los segmentos V y VI. La vía biliar central y extrahepática de diámetro normal. Hepatomegalia de 28cm. Aparición de ascitis. Nodularidad del mesenterio, sugestiva de carcinomatosis peritoneal. Estructuras vasculares no valorables porque no se administró medio de contraste, sin embargo signos sugestivos de compromiso de la rama izquierda de la porta por el compromiso metastásico. Lesión nodular de la glándula adrenal derecha y metástasis en el sacro, conocidas.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLANGITIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, COLESTASIS (En Estudio), METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACIÓN - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAÚSEA Y VÓMITO, SOMNOLENCIA (En Estudio).

Análisis y Plan de manejo: Paciente femenina de 69 años con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV, con metástasis hepáticas extensas. Con cuadro de ictericia obstructiva. Se solicitó colangioRMN donde se evidencia dilatación de la vía biliar intrahepática. Llevada a CPRE con inserción de 2 stent biliares, posteriormente con deterioro clínico, somnolencia, cifras tensionales con hipotensión, se toman hemocultivos los cuales van creciendo BGN en tipificación, ya en cubrimiento antibiótico. Paraclínicos con descenso de reactantes de fase aguda, pero persiste con cifras tensionales límites, no picos febriles. La paciente por su patología no es candidata a maniobras invasivas, RCCP, UCE o UCI, por lo tanto se continuará acompañamiento, manejo establecido, continua antibioticoterapia. Se comenta con docente.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento.

Firmado por: MARIA CAMILA JARAMILLO GUZMAN, RESIDENTE CIRUGIA GENERAL, Registro 1037652610, CC 1037652610

Fecha: 21/01/2024 06:57

Reporte Valores Críticos - BACTERIOLOGIA

Se realiza llamada para reportar valores críticos del área de Laboratorio

Examen reportado: Hemocultivos positivos

Nombre y cargo de quien recibe la llamada: DANIELA AGUDELO RESTREPO, ENFERMERA

Observaciones: Se reporta valor crítico de la orden 2401200432-155

Firmado por: JULIAN CUERVO VELEZ, BACTERIOLOGIA, Registro 1042060310, CC 1042060310

Fecha: 21/01/2024 07:57

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Reporte Valores Críticos - ENFERMERA(O)

Se recibe llamada telefónica para reportar valores críticos de Laboratorio
Examen reportado: Hemocultivos positivos
Nombre y cargo de quien reporta: JULIAN CUERVO VELEZ, BACTERIOLOGIA
Observaciones: Se notifica a medica de pisos.

Firmado por: DANIELA AGUDELO RESTREPO, ENFERMERA(O), Registro 1036954123, CC 1036954123

Fecha: 21/01/2024 08:01

Reporte Valores Críticos - MEDICO GENERAL

Se recibe llamada telefónica para reportar valores críticos de Laboratorio
Examen reportado: Hemocultivos positivos
Nombre y cargo de quien reporta: Daniela Agudelo
Conducta médica tomada: Paciente de 69 años, con colangitis aguda post-CPRE con bacteremia asociada, con hemocultivos perifericos con aislamiento de bacilos gram negativos, ahora reportan hemocultivos tomados del cateter de camara implantable con bacilos gram negativos, cifras tensionales bajas PA 81/53 Fc 83 Fr, paciente quien viene con evolucion hacia el deterioro, ya con manejo antibiotico, a la espera e aislamiento definitivo para ajustes, con indicacion de contrinuar manejo en salas generales, continuamos acompañamiento

Firmado por: PAOLA ANDREA HERNÁNDEZ RÚA, MEDICO GENERAL, Registro 05-0832-15, CC 1035223935

Fecha: 21/01/2024 10:49

Nota de Evolución - Apoyo - MEDICO GENERAL

RONDA DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES.
Ligia Gonzalez, 69 años
Especialidad tratante: oncología y cirugía hepatobiliar

Diagnósticos:
Colangitis + bacteremia
** Anuria
** Deterioro del estado de conciencia
Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia.

Antecedentes:
1. Patológicos:
- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa
- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.
2. Farmacológicos:
-27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo despues a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23
*Progresion
-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23
*progreison

Tratamiento:
Tapentadol 50mg cada 12 horas
Hidromorfona 0. 3mg de rescate
hioscina butilbromuro 20mg cada 8 horas
Piperacilina tacobactam 4. 5 gr cada 6 horas FI 19/01/24
LEV lactato de ringer 80ml/h.

En compañía de familiar (hija Monica)
Subjetivo: Ha estado mas somnolienta, aun sin diuresis, saturaciones limitrofes por lo que requirio oxigeno por canula nasal, le ha notado edemas

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

PA: 81/53 FC: 83 Fr 18 SAO2: 94% con canula nasal
Paciente somnolienta, sin signos de dificultad respiratoria
Escleras ictericas.
Adecuado patrón respiratorio, corazon ritmico, pulmones ventilados
Abdomen No dolor aparente, sin globo vesical
Extremidades con edema grado I, llenado capilar menor 2 segundos.

Paraclínicos:

20/01/24 ALT 126 ASt 488 BD 9. 23 BT 12. 53 Cr 1. 48 PCR 13. 74 HLG Hb 12. 7 Hto 37. 1 GB 13638 Nuetros 11592 plaquetas 123. 900
hemocultivos perifericos y de cateter de camara implantable con crecimiento de bacilos gram negativos en identificación

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLANGITIS (En Estudio), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, COLESTASIS (En Estudio), METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO, SOMNOLENCIA (En Estudio).

Análisis y Plan de manejo: Paciente de 69 años con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV con metastasis hepaticas extensas. Hospitalizada por ictericia y patrón colestásico asociado, con ecografía donde se evidencia dilatación de radicales intrahepáticos por lo que fue llevada a colangioRNM y CPRE, evolución estacionaria, con sintomas de delirium, cursa con colangitis y bacteremia asociada, con hemocultivos perifericos y del cateter de camara implantable con germen en identificación, recibe antibiotico, cifras tensionales bajas, ya con LEV, paciente a quien se continua manejo en salas generales con enfoque al confort, hija enterada del pronostico y riesgo de muerte
Quedamos atentos

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento.

Firmado por: PAOLA ANDREA HERNÁNDEZ RÚA, MEDICO GENERAL, Registro 05-0832-15, CC 1035223935

Fecha: 21/01/2024 11:41

Nota de Evolución - Tratante - CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS

Signos vitales:, Frecuencia cardíaca(LPM): 84, Escala del dolor: No evaluable

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLANGITIS (En Estudio), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, COLESTASIS (En Estudio), METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO, SOMNOLENCIA (En Estudio).

Análisis y Plan de manejo: Enterado de la nota de la Dra Jaramillo Residente de Cirugía. La paciente evoluciona en grave estado de salud, falla orgánica múltiple secundaria a sepsis en el escenario de un ca de colon avanzado. Alto riesgo de muerte a corto plazo. Acompaño a su hija la Dra Mónica.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente/cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento, Diagnóstico del paciente y las recomendaciones de autocuidado.

Firmado por: JAIME FERNANDO CHAVEZ TRUJILLO, CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS, Registro 1468-02, CC 75064430

Fecha: 21/01/2024 17:39

Nota general - MEDICO GENERAL

En acuerdo con familia se ordena metoclopramida de rescate para controlar nauseas que puedan generarse cuando requiera administracion de hidromorфона

Firmado por: PAOLA ANDREA HERNÁNDEZ RÚA, MEDICO GENERAL, Registro 05-0832-15, CC 1035223935

Fecha: 22/01/2024 05:56

Nota de Evolución - RESIDENTE CIRUGIA GENERAL

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Cirugía Hepatobiliar

Ligia Gonzalez Castañeda, 69 años

Diagnósticos:

- Adenocarcinoma de colon estadio IV
- * Quimioterapia 3ra línea
- Ictericia obstructiva
- * Dilatación de la vía biliar intrahepática
- * Colangitis aguda post-CPRE
- Dolor en cadera derecha

Aislamientos:

- 19/01/2024: Hemocultivos Klebsiella pneumoniae (pendiente antibiograma)

Antibióticos:

- Piptazo 4. 5gr cada 6 horas FI 19/01/2024

Procedimientos:

- 18/01/2024 CPRE Dr. Gabriel Alonso Mosquera HPTU: Vía biliar extrahepática normal, no estenosis del hepático común. En la parte más distal de la intrahepática izquierda hay un defecto que parece corresponder a la lesión endoluminal. La vía biliar derecha no se opacifica. Se deja stent plástico de 10cm x 7Fr hacia intrahepática derecha y otro de 10cm x 10fr en intrahepática izquierda.

Antecedentes:

1. Patológicos:

- Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubuloviloso con displasia de alto grado extensa
- Infección severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caída de su propia altura 11/10/23.

2. Farmacológicos:

- 27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo después a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresión

- 24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis glúteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*progreison

Estudios previos:

- 09/01/2024 Ecografía de abdomen

No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar: no hay dilatación de la vía biliar ni distensión de la vesícula. El hígado tiene aumento de su tamaño y ecogenicidad heterogénea por compromiso difuso por metástasis. No presenta absceso ni cirrosis. En la vesícula encuentro pólipo pediculado de 0,3 cm que no tiene significado clínico. La vesícula no presentacálculos ni signos de inflamación. El páncreas es normal. El riñón derecho tiene tamaño y ecogenicidad normales. Conserva la relación y diferenciación corticomedular. No muestra masas, cálculos ni hidronefrosis. Hay ascitis con líquido perihepático y periesplénico. CONCLUSIÓN1. No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar. 2. Metástasis hepáticas conocidas. 3. Ascitis. 4. Pólipo vesicular que no tiene significado clínico

- 26/01/23 *TAC de Abdomen contrastado: Hígado con múltiples lesiones focales hipodensas de comportamiento hipodenso que comprometen ambos lóbulos la de mayor tamaño en el seg V? de 42x37mm, no adenopatías mesentericas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histerectomía

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no compliadas, grado I, diverticulosis, lesión de aspecto neoplásico en transversal distal de al mmo 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles dle ciego, no resecados, ileoscopia normal, pendiente biopsias

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

- 17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

- . Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transversal adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.
- . Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominio izquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.
- . Foco hiper metabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, sin clara representación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematogénica.

- . Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo
- TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto para la arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudio previo. Dos adenopatías adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4,2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2,3 cm, hoy 2 cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

tamaño estables, sin lesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplenomesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñón derecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples flebolitos pélvicos. Sin masas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardiografía: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

- Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transverso, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes a nivel morfológico, compatible con tumoración maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13.6 (previamente de 16.4), volumen metabólico actual de 813 cm³ (previamente de 938 cm³), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en número y tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia de necrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable

- Aparición de lesiones hipermetabólicas en:

. Adenopatías en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminación metastásica por vía linfática.

. Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestivo de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contexto sugiere diseminación metastásica por vía hematogénica

*20-nov-2023 TAC Torax y Abdomen ---CONCLUSIÓN Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. -

Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroilíaca izquierda. - Lesión primaria en colon transverso distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

Marcadores tumorales:

-23/02/23 Antígeno carcinoembrionario 307 -25/03/23 ACE 164 -22/04/23 ACE 127 -20/05/23 ACE 120. 2 -18/06/23 ACE 140 (Lab HPTU) -22/07/23 ACE 159 -19/08/23 ACE 204 -09/10/23 ACE 237* -07/11/23 ACE 222 -21/11/23 ACE 280. 9

Subjetivo: Persiste muy somnolienta. Cuidadora refiere que paso la noche muy regular, se agita por periodos, dice que no esta comoda.

Examen físico:

Malas condiciones generales, somnolienta, apertura ocular al llamado, no respuesta verbal.

Mucosas secas, conjuntivas rosadas. Escleras y tinte icterico generalizado.

Cuello móvil

Torax simétrico, sin retracciones.

Abdomen blando, no dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

Extremidades con edema grado II.

Paraclínicos:

20/01/2024:

ALT 126, AST 488, BT 12. 53, BD 9. 23, creatinina 1. 48, PCR 13. 74, hemoglobina 12. 7, hematocrito 37. 1%, leucocitos 13638, plaquetas 123900

19/01/2024:

Calcio 8, creatinina 1. 26, sodio 137, potasio 5. 44, BUN 54. 6

18/01/2024:

ALT 130, AST 383, BT 14. 8, BD 11, calcio 8. 1, cloro 102, sodio 135, potasio 5. 61, creatinina 1. 86, magnesio 2. 84, PCR 16. 48, hemoglobina 14. 5, hematocrito 42. 1%, leucocitos 17482, plaquetas 277200, TP 13. 9, INR 1. 25, TPT30

15/01/2024:

ALT 114, AST 350, BT 13. 82, BD 10. 12, calcio 9. 1, cloro 105. 7, sodio 136, potasio 5. 34, creatinina 0. 84, FA 580, GGT 511, PCR 23. 19, BUN 23. 3, hemoglobina 14. 9, hematocrito 43. 3%, leucocitos 11220, plaquetas 211200

Imágenes:

- 15/01/2024: Ecografía de abdomen

Extenso compromiso infiltrativo del parenquima hepático por antecedente ya conocido con leve dilatación de radicales intrahepáticos en ambos lóbulos, probablemente por compresión extrínseca.

No hay dilatación de la vía biliar extrahepática.

- 16/01/2023: ColangioRMN

Compromiso metastásico en el parenquima hepático, extenso, que conduce a obstrucción con dilatación proximal de radicales biliares periféricos, tanto en el lóbulo derecho como en el lóbulo izquierdo. El ducto biliar más dilatado mide 10mm de diámetro para los segmentos V y VI. La vía biliar central y extrahepática de diámetro normal. Hepatomegalia de 28cm. Aparición de ascitis. Nodularidad del mesenterio, sugestiva de carcinomatosis peritoneal.

Estructuras vasculares no valoradas porque no se administró medio de contraste, sin embargo signos sugestivos de compromiso de la rama izquierda de

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

la porta por el compromiso metastásico. Lesión nodular de la glándula adrenal derecha y metastasis en el sacro, conocidas.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLANGITIS (En Estudio), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, COLESTASIS (En Estudio), METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO, SOMNOLENCIA (En Estudio).

Análisis y Plan de manejo: Paciente femenina de 69 años con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV, con metastasis hepáticas extensas. Con cuadro de ictericia obstructiva. Se solicitó colangioRMN donde se evidencia dilatación de la vía biliar intrahepática. Llevada a CPRE con inserción de 2 stent biliares, posteriormente con deterioro clínico, con evolución torpida, hemocultivos con crecimiento de K. pneumoniae pendiente antibiograma, por el momento continúa manejo antibiótico establecido. Persiste muy somnolienta, inquieta, presiones límites. La paciente por su patología no es candidata a maniobras invasivas, RCCP, UCE o UCI, por lo tanto se continuará acompañamiento, manejo establecido. Se comenta con docente.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente/cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento.

Firmado por: MARIA CAMILA JARAMILLO GUZMAN, RESIDENTE CIRUGIA GENERAL, Registro 1037652610, CC 1037652610

Fecha: 22/01/2024 09:27

Nota de Evolución - Interconsultante - CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS

Signos vitales:, Frecuencia cardíaca(LPM): 86, Frecuencia respiratoria(Respiraciones/minuto): 18, Escala del dolor: No evaluable

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - COLANGITIS (En Estudio), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, COLESTASIS (En Estudio), METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO, SOMNOLENCIA (En Estudio).

Análisis y Plan de manejo: Enterado de la nota de la Dra Jaramillo Residente de Cirugía. La paciente continúa en delirio, no habla, poca apertura ocular, con tendencia a la hipotensión. Se comenta con la Dra Quiroga Oncóloga, solicitamos exámenes de control para determinar si se amplía el espectro antibiótico mientras se obtiene la sensibilidad antibiótica de la Klebsiella pneumoniae aislada en sangre, obvio también se quiere con estos determinar hacia donde va la falla orgánica múltiple.
Explico a la Dra Mónica su hija.

Información durante la estancia

¿A quién se informa?: Paciente/cuidador

Se brinda información sobre: Resultados esperados de la atención y el tratamiento, Diagnóstico del paciente y las recomendaciones de autocuidado, Preparación para exámenes y procedimientos ordenados.

Firmado por: JAIME FERNANDO CHAVEZ TRUJILLO, CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS, Registro 1468-02, CC 75064430

Nota aclaratoria

Fecha: 22/01/2024 12:04

La Klebsiella pneumoniae es un germen silvestre multisensible a todos los antibióticos probados en el antibiograma. Su falla orgánica múltiple empeora, ahora con mayor elevación de azúcares, BUN de 93.7, empeoramiento de la disfunción hepática, Trombocitopenia, Coagulopatía, mayor elevación de la PCR.

No hay intervención adicional para ofrecer por Cirugía Hepatobiliar en el momento, comento con la Dra Quiróga su Oncóloga y con la Dra Mónica hija de la paciente.

Firmado por: JAIME FERNANDO CHAVEZ TRUJILLO, CIRUGIA HÍGADO - VIAS BILIARES Y PANCREAS, Registro 1468-02, CC 75064430

Fecha: 22/01/2024 10:21

Nota Oncológica - Tratante - ONCOLOGIA CLINICA ADULTO

Información del traslado

Requiere traslado a una unidad asistencial: No

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/04/2024 10:27:36

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Fecha primera evaluación oncológica por el Hospital: 26/01/2023

Fecha de diagnóstico: 30/01/2023

Dx Oncológico/Histología: Adenocarcinoma de colon de tipo usual moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante a todo el espesor de la biopsia y originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado extensa

Variables biológicas: Sin inestabilidad microsatelital. Mutación Exon 2 del KRAS G13X. negativo para mutaciones Exones 2, 3 y 4 NRAS y exon15 del BRAF. SIN MSI

Diagnósticos activos Diagnóstico principal - COLANGITIS (En Estudio), OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, COLESTASIS (En Estudio), METASTASIS A HIGADO, TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA, METASTASIS A HUESO, METASTASIS A SUPRARRENAL, DOLOR EN ARTICULACION - Izquierda, TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), NAUSEA Y VOMITO, SOMNOLENCIA (En Estudio), SEPSIS, NO ESPECIFICADA.

Clasificación oncológica inicial:

Organo Tumor Primario	Tipo de Tumor	Tipo clasificación	T	N	M	Estadio	Fecha de estadificación	Observaciones
Colon	Maligno	TNM c	TX	NX	M1	IV	17/02/2023	

Detalles tratamiento oncológico: -27/02/2023 Catéter implantable por radiología intervencionista (PORT ACATH) + Quimioterapia paliativa FOLFIRI (Fluorouracilo más Irinotecan) + Bevacizumab. Ciclo#2 el 13/03/23. Ciclo#3 el 27/03/23 (Reynaud? en dos oportunidades cede espontáneamente). Ciclo#4 el 11/04/23. Ciclo#5 el 24/04/23. ciclo#6 el 08/05/23. Ciclo#7 el 23/05/23. Ciclo#8 el 05/06/23 (Tuvo un episodio de sangrado vaginal autolimitado en la madrugada, lo atribuyo despues a hemorroides). Ciclo#9 el 20/06/23 (neutropenia grado 1). Ciclo#10 el 10/07/23. Ciclo#11 el 24/07/23. Ciclo#12 el 08/08/23

*Progresion

-24/08/2023 Quimioterapia paliativa FOLFOX y Bevacizumab ciclo#1. Ciclo#2 el 21/09/23 diferido por neutropenia grado 2. Ciclo#3 el 10/10/23 (Diferido por Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado y neutropenia grado 3). Ciclo#4 el 25/10/23. Ciclo#5 el 08/11/23

*Progresion

-08/12/23 Regorafenib ciclo#1. El ciclo#2 se interrumpe despues de 2 dias por ictericia

Antecedentes:

- Infeccion severa Cv19 en mar/2021 con tromboembolismo pulmonar y O2 - desmontado
- Celulitis gluteo izquierdo por hematoma sobreinfectado en Sept/2023
- Fractura costal izquierda por trauma con caida de su propia altura 11/10/23

Diagnósticos:

- Ictericia en estudio
- * Dilatación de la vía biliar intrahepática
- * Sepsis biliar
- Dolor en cadera derecha.

Tumor primario	Tipo de Manejo	Esquema/Dosis	Fecha primer ciclo/evento	Fecha último ciclo/evento	# Ciclos	Respuesta al Tratamiento	Fecha evaluación respuesta
Colon	Quimioterapia paliativa	FOLFIRI + Bevacizumab	27/02/2023	08/08/2023	12	respuesta parcial	18/05/2023
Colon	Quimioterapia paliativa	FOLFOX y bevacizumab	24/08/2023	08/11/2023	5		
Colon	Quimioterapia paliativa	Regorafenib	08/12/2023		1		

Medicamentos actuales: Tapentadol 50mg cada 12 horas

Nadroparina 40mg día

Hioscina de resacte

LEV

Evolución Clínica / Revisión física: Cifras tensionales limite inferior mantiene PAM por encima de 65, sin fiebre, dolor modulado con medicacion actual aunque persiste en cadera con los movimientos y el hipocondrio derecho, ha estado con episodios de delirium/agitacion, sin deposicion ni diuresis

- Examen Físico:

Ictericia en escleras y piel

Estado funcional 2

Mucosas hidratadas

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 41731452
Paciente: LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 09/01/1955
Edad: 68 Años
Identificador único: 1548596-2

NOTAS MÉDICAS

Somnolienta, no se activa al llamado
Cardiopulmonar normal
Abdomen cremiento lobuloso hepático izquierdo, sin dolor, distendido por ascitis no a tensión
Edema grado 1 Mi's
Mejoría de edema en región posterior de muslo a nivel distal a la mejoría con cambios crónicos piel
Neurológico sin déficit

Estudios relevantes: Marly
26/01/23

*TAC de Abdomen contrastado: Hígado con múltiples lesiones focales hipodensas de comportamiento hipodenso que comprometen ambos lóbulos la de mayor tamaño en el seg V? de 42x37mm, no adenopatías mesentericas ni retroperitoneales, cambios degenerativos en columna, cambios por histeectomia

*Colonoscopia: hemorroides internas y externas no complicadas, grado I, diverticulosis, leison de aspecto neoplásico en transversal distal de al mmo 30mm con bordes irregulares e indurados, polipos sesiles de ciego, no resecados, ileoscopia normal, pendinete biopsias

*Endoscopia: gastritis eritematosa antral, pendiente Biopsia

-17/02/23 Estudio PET/TC que muestra:

. Masa de crecimiento concéntrico localizada en el colon transversal adyacente al ángulo esplénico, compatible con tumoración maligna conocida.
. Múltiples lesiones hipermetabólicas hepáticas, que comprometen ambos lóbulos, de predominio izquierdo, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hiper metabólico en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, sin clara representación morfológica, altamente sospechoso de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipermetabólica, sólida, hipervascular, localizada en la bifurcación de la carótida izquierda, compatibles con glomus carotídeo

-TAC de abdomen 18/05/23 Lo incluido del tórax inferior no demuestra lesiones nodulares. Patrón reticular bibasal y algunas áreas de vidrio esmerilado que no han cambiado cuando se compara con el estudio previo. Se identifica imagen de defecto para la arteria interlobar derecha, paciente con antecedente de TEP - Covid no hay infarto parenquimatoso. Se identifica lesión primaria en el ángulo esplénico del colon de 3 cm de diámetro, sin variación con estudio previo. Dos adenopatías adyacentes sin variación con diámetros de 7 y 5 mm. Lesión diana del segmento 6 hepática de 4, 2 cm de diámetro, antes 4 cm. Otra lesión diana del segmento 5, antes 2. 3 cm, hoy 2cms. Se encuentran las lesiones hepáticas en número, distribución y tamaño estables, sin lesiones nuevas. Hay cambio en la atenuación con disminución de la misma en todas las lesiones. El bazo, el páncreas, la vesícula biliar y las glándulas adrenales son normales. Permeabilidad del eje portoesplénico mesentérico. Los riñones conservan la diferenciación corticomedular, pequeño quiste simple en el polo inferior del riñón derecho. No hay dilatación de cavidades. No se observa líquido libre. Vejiga bien distendida sin engrosamientos murales ni lesiones endoluminales. Múltiples flebolitos pélvicos. Sin masas en topografía uteroanexial. Con ventanas óseas no se describen lesiones secundarias. Osteocondrosis L4-L5. Tejidos blandos sin alteración.

CONCLUSIÓN Enfermedad estable. TEP conocido, informe verbal.

-19/05/23 Ecocardi: FEVI 59% resto normal

-22/08/23 Estudio PET/TC compatibles con progresión tumoral:

- Persistencia de lesiones hipermetabólicas en:

. Masa en el colon transversal, con disminución significativa del metabolismo y sin cambios relevantes a nivel morfológico, compatible con tumoración maligna primaria.

. Hígado, con SUV máximo de 13. 6 (previamente de 16. 4), volumen metabólico actual de 813 cm3 (previamente de 938 cm3), en relación con múltiples lesiones hepáticas que han aumentado en número y tamaño, sin embargo el metabolismo ha disminuido discretamente probablemente por presencia de necrosis en varias de ellas, compatibles con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Aumento significativo del metabolismo en lesión ahora blástica en el sacro, adyacente a la articulación sacroilíaca izquierda, compatible con diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Lesión hipervascular en la región cervical izquierda, con aspecto de glomus carotídeo, estable

- Aparición de lesiones hipermetabólicas en:

. Adenopatías en la cadena mamaria interna derecha y en el retroperitoneo, sugestivas de diseminación metastásica por vía linfática.

. Lesión nodular del cuerpo de la glándula adrenal derecha, sugestiva de diseminación metastásica por vía hematogénica.

. Foco hipermetabólico en el acetábulo izquierdo, sin clara representación morfológica, que en el contexto sugiere diseminación metastásica por vía hematogénica

*20-nov-2023 TAC Torax y Abdomen ---CONCLUSIÓN Progresión de enfermedad oncológica. - Nódulos pulmonares bilaterales, menores a 5 mm. -

Progresión en número y tamaño del compromiso metastásico hepático. - Lesión metastásica en la adrenal derecha. - Hallazgos que ameritan descartar compromiso peritoneal. - Lesión esclerosa en el reborde sacro de la articulación sacroilíaca izquierda. - Lesión primaria en colon transversal distal. No se descarta trombosis de la rama izquierda de la porta. Hallazgo de reciente aparición. Quistes simples en riñón derecho, Bosniak 1

-09/01/2024 Eco hígado: No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar: no hay dilatación de la vía biliar ni distensión de la vesícula. El hígado tiene aumento de su tamaño y ecogenicidad heterogénea por compromiso difuso por metástasis. No presenta absceso ni cirrosis. En la vesícula encuentro pólipo pediculado de 0, 3 cm que no tiene significado clínico. La vesícula no presentacálculos ni signos de inflamación. El páncreas es normal. El riñón derecho tiene tamaño y ecogenicidad normales. Conserva la relación y diferenciación corticomedular. No muestra masas, cálculos ni hidronefrosis. Hay ascitis con líquido perihéptico y periesplénico --- CONCLUSIÓN 1. No encuentro signos de obstrucción de la vía biliar. 2. Metástasis hepáticas conocidas. 3. Ascitis. 4. Pólipo vesicular que no tiene significado clínico

-15/01/2024 Ecografía de abdomen: Extenso compromiso infiltrativo del parénquima hepático por antecedente ya conocido con leve dilatación de radicales intrahepáticos en ambos lóbulos, probablemente por compresión extrínseca. No hay dilatación de la vía biliar extrahepática

-15/01/23 Colangiografía simple ---CONCLUSIÓN

. Compromiso metastásico en el parénquima hepático, extenso, que condiciona obstrucción, dilatación proximal de radicales biliares periféricos, tanto en el lóbulo derecho como en el lóbulo izquierdo. El ducto biliar más dilatado mide 10 mm de diámetro para los segmentos V y VI.

. La vía biliar central y extrahepática de diámetro normal.

. Hepatomegalia de 28 cm (versus 24 cm en tomografía previa de 20/11/2023).

Firmado electrónicamente