



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SECUNDARIA A
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: López Escobar, Maricela Emperatriz

Tutor: Dr. Romo López, Ángel Geovanny

Ambato – Ecuador

Mayo 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor en el Trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico con el tema: **“INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SECUNDARIA A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR”** de López Escobar Maricela Emperatriz, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado examinador, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Ambato, Abril 2018

EL TUTOR.

.....
Dr. Romo López, Ángel Geovanny

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del presente caso clínico: **“INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SECUNDARIA A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR”** así como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Abril 2018

LA AUTORA

.....
López Escobar, Maricela Emperatriz

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de el mismo, un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de Investigación.

Cedo los derechos en línea Patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Abril 2018

LA AUTORA

.....
López Escobar, Maricela Emperatriz

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema “**INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SECUNDARIA A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**”, de López Escobar Maricela Emperatriz, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo 2018

Para constancia firman:

.....
PRESIDENTE /A

1er VOCAL

2 do VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por darme el don maravilloso de la vida, bendecirme y guiarme por el sendero del triunfo.

A mis distinguidos padres: Mariana Escobar y Gustavo López, ejemplos vivientes de sacrificio y esfuerzo que con ejemplo de humildad y sacrificio nunca bajaron los brazos para que yo tampoco lo haga, estuvieron siempre pendientes de mí progreso, gracias a ellos veo un sueño de vida hacerse realidad.

A mi hermana Monserrath López, por el amor y comprensión que me brindó, quien sin mirar obstáculos supo apoyar, darme fuerza y valor para seguir adelante.

Con profundo amor se los dedico.

AGRADECIMIENTO

Al término de este trabajo investigativo, elevo mi profundo agradecimiento a Dios, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este periodo de estudio.

A la gloriosa Universidad Técnica de Ambato, en especial a la Facultad de Medicina, a todos los distinguidos catedráticos que con sus amplios conocimientos supieron iluminar los míos.

Un agradecimiento muy especial y con expresión de eterna gratitud al Dr. Esp. Ángel Romo, quien con su evidente y extraordinaria capacidad intelectual, sabiduría y experiencia en el conocimiento de la materia, me asesoró de forma desinteresada, haciendo posible la realización de este trabajo investigativo.

A todas las casas de salud especialmente al Hospital General Docente Ambato elevo mi eterna gratitud y respeto a profesores, tutores, médicos, residentes, enfermeras por brindarme la oportunidad de desarrollar muchas destrezas en las distintas áreas con su ejemplo todo esto dentro de un clima de amplia tolerancia y entrega a la enseñanza.

A mis queridos padres Mariana y Gustavo seres divinos que me brindaron y brindan todo el apoyo, colaboración y cariño para proseguir por el camino del bien.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	1
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	vi
ÍNDICE GENERAL	viii
RESUMEN	ix
SUMMARY	xi
1. INTRODUCCIÓN	1
TEMA DE INVESTIGACIÓN	2
2. OBJETIVOS:.....	2
2.1. OBJETIVO GENERAL	2
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES	3
3.1. CAMPO:.....	3
3.2.- FUENTES DE RECOLECCIÓN:	3
3.3.- DOCUMENTOS REVISADOS:.....	4
3.4.- PERSONAS CLAVE A CONTACTAR:.....	4
3.5.- INSTRUMENTOS:	4
4. DESARROLLO	4
4.1. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	4
4.2. DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO:	15
4.3 ANALISIS DEL CASO CLÍNICO:	17
4.4 IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS:	18
• Tiempo de espera para la obtención de una cita médica en esta casa de salud.	18
4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	23
5. CONCLUSIONES	24
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	26
7. ANEXOS:.....	29
EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE INGRESO:	29

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
“INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SECUNDARIA A
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR”

Autora: López Escobar, Maricela Emperatriz

Tutor: Dr. Romo López, Ángel Geovanny

Fecha: Ambato, Abril 2018

RESUMEN

Paciente femenina de 66 años de edad, casada, nacida en Quito y residente en Ambato, con antecedente de hipertensión arterial sin tratamiento y como antecedentes patológicos familiares de importancia: madre fallecida por hipertensión arterial y hemorragia cerebral, padre fallecido por cáncer gástrico.

La paciente acude por presentar desde hace 6 meses dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad localizado en mesogastrio sin irradiación, se refiere también pérdida de peso hace 3 meses misma que no fue cuantificada, además paciente manifiesta que desde hace 2 semanas presenta dolor torácico, disfagia a sólidos y líquidos. Accesos de tos seca de forma frecuente de 2 semanas de evolución.

Al examen físico, lo positivo: paciente consiente, orientado, FC 78x`, FR 24 x`, TA 90/60 mmHg, SO₂ 88%, T°36.9°C, piel y faneras levemente cianóticas, tiroides aumentada de tamaño a la palpación con nódulos de aproximadamente 6 mm en lóbulo izquierdo, tórax con expansibilidad conservada; pulmones murmullo vesicular disminuido y estertores crepitantes a nivel de bases pulmonares de forma bilateral; abdomen suave, depresible y doloroso a la palpación de hipocondrio izquierdo y epigastrio, RHA

aumentados. Durante su estancia hospitalaria paciente presenta disnea y saturaciones que van de 85% a 87% a aire ambiente, al realizársele exámenes de laboratorio se evidencia un dímero D positivo. En la escala de Wells paciente presenta una probabilidad de 40.6% para tromboembolia pulmonar, misma que fue confirmada en exámenes posteriores mediante una angiotac pulmonar.

La evolución de la paciente es regular hasta el décimo segundo día de su estancia hospitalaria, día en el que presente decaimiento y por la tarde vómito de contenido fecaloide, Cirugía General cataloga el cuadro como un íleo adinámico, mismo que fue confirmado por exámenes de imagen (TAC de abdomen).

Cuadro no mejora y al día siguiente de recrudecimiento de sintomatología la paciente presenta por cuatro ocasiones cuadros compatibles con una parada cardiorrespiratoria, y fallece este mismo día a causa de cuarto evento en el que el rescate cardiopulmonar fue fallido.

PALABRAS CLAVES: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, DOLOR TORÁCICO, DISNEA, ANTICOAGULACIÓN, TROMBOLISIS.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER

**“RESPIRATORY INSUFFICIENCY SECONDARY TO
PULMONARY THROMBOEMBOLISM”**

Author: López Escobar, Maricela Emperatriz

Tutor: Dr. Romo López, Ángel Geovanny

Date: Ambato,

SUMMARY

A 66-year-old female patient, married, born in Quito and resident of Ambato, with a history of arterial hypertension diagnosed 28 years ago without treatment and as pathological family history of importance: mother died by arterial hypertension and brain hemorrhage, father died of gastric cancer.

The patient has been presenting abdominal pain of moderate intensity for 6 months. This pain is located in the mesogastrio without irradiation. It also refers to weight loss since 3 months ago, which was not quantified, and the presence of dysphagia to solids and fluids is manifested on the part of the patient. Sporadic cough Access since 2 weeks ago.

To the physical examination, the positive: patient conscious, oriented, FC 78x', FR 24 x', TA 90/60 mmHg, SO₂ 88%, 36.9 ° C, skin and fanes slightly cyanotic, thyroid augmented in size to palpation with nodules of approximately 6 mm in left lobe, thorax with conserved expandability; Lungs decreased vesicular murmur and rales crackling at the level of pulmonary bases; Heart rhythmic cardiac noises, abdomen soft, destressable and painful to palpation of left hypocondal and During his hospital stay patient presented dyspnea and saturations ranging from 85% to 87%, to be applied laboratory

tests evidenced a dimer D positive. In the scale of Wells patient presents a probability of 40.6% for thromboembolism lung, same that was confirmed in subsequent reviews by a angiotac lung.

The evolution of the patient is favorable until the thirteenth day of her hospital stay, day in which she presents decay and, in the afternoon, vomit of fecaloide content, reason why it was made an interconsult with the area of general surgery who catalogued the picture as an acute obstructive abdomen, which was confirmed by image Examinations (CT scan of the abdomen).

The next day of the clinical picture intensification, in other words, thirteen days after her admission, the patient presents, for four occasions, pictures compatible with a cardiorespiratory stop, and dies this very day because of the third event in which the cardiopulmonary recue was failed.

KEY WORDS: PULMONARY THROMBOEMBOLISM, CHEST PAIN, DYSPNEA, ANTICOAGULATION, THROMBOLYSIS

1. INTRODUCCIÓN

El concepto más sencillo de tromboembolia pulmonar es la obstrucción parcial o completa de una arteria o arterias pulmonares como consecuencia de la migración de un coágulo formado principalmente en miembros inferiores, aunque ocasionalmente puede provenir de los torácicos, sobre todo en aquellos enfermos con catéteres venosos.

Hablamos de trombosis venosa distal, cuando la obstrucción ocurre por debajo de las venas poplíteas y proximales, cuando ocurre en estas últimas el riesgo de TEP es mayor.

Es importante abordar el tromboembolismo pulmonar, dada la elevada frecuencia de pacientes con esta patología en nuestro medio, es fundamental conocer sobre los factores de riesgo de la misma puesto que constituye uno de los problemas más importantes en la patología cardiopulmonar y en general en medicina. Se estima que al tromboembolismo pulmonar le corresponde el tercer lugar como causa de enfermedad y muerte cardiovascular en el mundo, luego de la cardiopatía isquémica y el stroke, es el responsable del 5 % de la mortalidad total en la población adulta. Los datos sobre la incidencia de tromboembolismo pulmonar en la población general varían, por ejemplo para Francia una incidencia anual superior a los 100 000 casos y 60 000 casos por año en Italia. En EE. UU. alcanzó una cifra de 600 000 casos por año, mientras que otras estimaciones del mismo país refirieron 300 000 hospitalizaciones/año por este diagnóstico y 50 000 muertes/año por esta causa. En América Latina se estima una incidencia anual de 60 a 70 casos por 100.000 habitantes. Es también la causa más frecuente de muerte posterior a las cirugías electivas y explica la causa de hasta el 15% de las muertes postoperatorias. La incidencia anual de trombo-embolismo pulmonar (TEP) en el Ecuador es de 0.1%; oscilando entre el 0.01% en adultos jóvenes hasta el 1% en mayores de 60 años, y es causa de elevada mortalidad. Más de la mitad de tales eventos se originan en la trombosis venosa profunda (TVP). Las complicaciones incluyen además, el síndrome post-trombótico y el TEP recurrente, por lo cual resulta de fundamental importancia la prevención.

Aun cuando disponemos de abundante información epidemiológica sobre TEP, ésta debe ser analizada con cautela dado que si bien es adecuada para dimensionar la

trascendencia de esta entidad y sus riesgos, los datos que tenemos no miden con precisión el problema. Podríamos decir que estamos viendo la punta del iceberg, quedando ocultos un gran número de eventos y que nuestro universo visible, a partir del cual referimos los datos epidemiológicos, es parcial e incompleto.

El diagnóstico de tromboembolismo pulmonar con frecuencia se dificulta viéndose asociado a múltiples estados patológicos esencialmente en el paciente grave, por lo tanto es relevante implementar un tratamiento efectivo y oportuno además de valorar las posibles complicaciones y el pronóstico a corto y largo plazo de esta entidad.

Si la embolia pulmonar no se trata puede tener una mortalidad entre 20% a 30%, la que se produce habitualmente por su recurrencia. Sin embargo, si el cuadro se diagnostica y se trata a tiempo, la mortalidad disminuye a valores entre 2% y 8%. Estos hallazgos enfatizan la necesidad de un diagnóstico precoz y un tratamiento efectivo.

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SECUNDARIA A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR”

2. OBJETIVOS:

2.1.OBJETIVO GENERAL

2.1.1 Describir las manifestaciones clínicas, factores de riesgo, complejidades diagnósticas y terapéuticas en un paciente con tromboembolismo pulmonar.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Identificar los factores de riesgo para trombo embolismo pulmonar en ancianos.

- 2.2.2 Describir los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados durante manejo del paciente.
- 2.2.3 Evaluar escalas pronósticas en pacientes con tromboembolismo pulmonar demostrado.
- 2.2.3 Identificar los puntos críticos en la atención del paciente con tromboembolismo pulmonar.
- 2.2.4 Proponer una estrategia diagnóstico-terapéutica para el manejo de pacientes con Tromboembolismo Pulmonar.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

3.1. CAMPO:

Médico – Hospital General IESS Ambato

3.2.- FUENTES DE RECOLECCIÓN:

- Entrevista personal (directa), el mismo que fue colaborador al momento del interrogatorio.
- Entrevista con un familiar de la paciente (esposo) muy útil en la recopilación completa de los datos y consentimiento para el seguimiento y presentación del presente caso.
- Entrevista con el médico especialista y médicos residentes quienes realizaron el seguimiento y tratamiento de la paciente.
- Historia clínica de la paciente del Hospital General IESS Ambato de donde se obtuvieron la mayor parte de datos del presente caso clínico, desde su atención en Emergencia, condición clínica de ingreso y evolución subsecuente del paciente, así como tratamiento administrado, interconsultas realizadas, resultados de exámenes de laboratorio solicitados y seguimiento por consulta externa.
- En cambio para el respectivo análisis del caso clínico se acudió a la revisión de artículos médicos de evidencia científica, Guías de práctica clínica actualizadas, en conjunto con Base de Datos (Revisiones

Bibliográficas) de la Universidad Técnica de Ambato a través de la cual se obtuvieron definiciones, protocolos estandarizados, y medidas terapéuticas para la actualización teórica de la patología presentada.

3.3.- DOCUMENTOS REVISADOS:

Hoja 008 de Emergencia, anamnesis, nota de ingreso, notas de evolución, reporte de exámenes de laboratorio e imagen.

3.4.- PERSONAS CLAVE A CONTACTAR:

Expertos en el tema (Médicos tratantes del área de Medicina Interna del Hospital General IESS Ambato).

3.5.- INSTRUMENTOS:

Entrevista directa a la paciente (historia clínica), computador, Internet, bolígrafo, papel, recursos económicos, cámara fotográfica.

4. DESARROLLO

4.1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Fecha de Ingreso: 13/04/2017

Datos de filiación:

Paciente femenina de 66 años de edad, nacida en Quito y residente en Ambato (plaza de los Carrizos), fecha de nacimiento: 1949/11/06, Instrucción: Secundaria incompleta, Ocupación: Anteriormente profesora de corte y confección, Casada, Religión: Católico, Etnia: Mestizo, Lateralidad: Diestro, Tipo de afiliación: Seguro por extensión, Grupo sanguíneo: ORH+, Fuente de información: Directa.

Motivo de consulta:

P1: Dolor abdominal

P2: Tos

Enfermedad actual:

P1: Paciente refiere que hace 6 meses como fecha real y una semana como fecha aparente presenta dolor abdominal tipo cólico sin causa aparente de moderada

intensidad localizado en mesogastrio que se irradia a hipocondrio izquierdo hace 3 meses cuadro se intensifica por lo que acude a Medico particular quien realiza endoscopia digestiva alta con biopsia en donde se encuentra helicobacter pylori y es enviada a domicilio con tratamiento.

Paciente refiere presentar sintomatología similar a la anteriormente descrita hace 1 semana esta vez acompañado de náusea que llega al vomito por 2 ocasiones de contenido alimentario.

P2: Paciente refiere que hace 2 semanas como fecha real y 48 horas como fecha aparente, presenta tos seca de forma frecuente durante el día, sin causa aparente que se acompaña de dolor torácico tipo continuo, de moderada intensidad (4/10 Evans), sin irradiación, que se intensifica con episodios de tos, además presenta disfagia a sólidos y líquidos, sialorrea de 48 horas de evolución.

Revisión de aparatos y sistemas:

- APARATO CIRCULATORIO: (**Hipotensión**) paciente se ha realizado monitoreo ambulatorio de presiones arteriales donde se encuentra por debajo de valores normales. Las cifras tensionales más bajas de cuatro tomas realizadas se registran en un valor de 70/53
- APARATO GASTROINTESTINAL Y RESPIRATORIO: Sintomatología ya descrita en enfermedad actual.
- APARATO UROGENITAL: no refiere
- APARATO NERVIOSO: no refiere
- SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR: no refiere
- SISTEMA ENDOCRINO: no refiere
- FUNCIÓN MENTAL: no refiere

Historia patológica personal

Antecedentes patológicos personales	<ul style="list-style-type: none">• Hipertensión arterial hace 28 años,• Gastritis diagnosticada hace 6 meses en tratamiento con IBP.
-------------------------------------	--

Antecedentes quirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Catarata de ojo derecho hace 3 meses , quiste de mandíbula derecha hace 40 años
Antecedentes patológicos familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Madre con hemorragia cerebral , hipertensión arterial • Padre con cáncer gástrico, • Hermana con hemorragia cerebral.
Alergias	<ul style="list-style-type: none"> • Duspatalin, claritromicina, amoxicilina, simeticona, zaldiar.
Medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Losartan 100mg/qd, • Amlodipina 5mg/qd, Clortalidona 50mg/qd • Tobramicina3% dexametasona1% una gota cada 3 horas
Transfusiones	<ul style="list-style-type: none"> • No refiere

Historia personal no patológica:

- Alimenticio: 3 veces /día
- Miccional: 5 ocasiones
- Defecatorio: 2 ocasiones
- Alcohol: no refiere
- Tabaco: no refiere
- Drogas: no refiere

Historia socioeconómica

Paciente habita en casa propia en zona urbana de Ambato (Montes del cajas y Camino el Rey-antigua plaza de carrizos), casa de ladrillo de 2 pisos con 3 habitaciones, cocina y un baño, cuenta con todos los servicios básicos (luz, agua,

alcantarillado, teléfono, internet), dependiente de sus hijos y esposo, actualmente no desempeña ninguna actividad.

Fuente de información

- Directa (paciente)

EXAMEN FÍSICO:

Tabla 1: Signos vitales (13/04/2017)

Signos vitales
TA: 90/60
FC: 78 lpm
FR: 24 rpm
Sat: O2 88% AA
T° axilar 36.9 °C

Antropometría
Peso: 78 kg
Talla: 1.68 m
IMC: 27.65 kg/m ²

Examen general:

- **Examen regional:** Paciente lúcida, consiente, afebril, hidratada, orientada en tiempo, espacio y persona, deambulación normal, constitución mesomorfa.
- **Piel:** Fina con disminución de elasticidad y grosor, normotérmica, hidratada, con buena higiene y sin presencia de lesión.
- **Cabeza:** Acorde a su biotipo, edad y sexo.
- **Cráneo:** Cabello escaso, de buena implantación, de color blanco textura y distribución de acuerdo con su edad, sexo y raza.

- **Cara:** Simétrica, músculos de buen tono, surcos de la frente que se acentúan con la mímica facial; pestañas con implantación adecuada en los bordes de los párpados y cejas completas.
- **Ojos:** De color café, pupilas isocóricas, simétricas, no lesiones del iris, conjuntivas y córneas.
- **Oídos:** Simétricos de implantación normal, pabellones auriculares sin deformidad; a la otoscopia CAE permeable, membrana timpánica visible, nacarada, sin presencia de tapones de cerumen o signos obstructivos.
- **Nariz:** Simétrica, sin evidencia de desviaciones del tabique, fosas nasales permeables, senos paranasales traslúcidos y no dolorosos al tacto.
- **Boca:** Normocoloreada, piezas dentarias incompletas con buena higiene, lengua y labios simétricos y móviles.
- **Cuello:** Pícnico, Simétrico, no doloroso a los movimientos de flexión, extensión, rotación derecha e izquierda, lateralización derecha e izquierda y circunducción. Resalto laringo- traqueal presente y normal. Tiroides OB con nódulos palpables de más o menos 6 mm de diámetro, no adenopatías, no tumoraciones. Pulsos carotídeos presentes y sincrónicos. No ingurgitación yugular.
- **Tórax:** Normoconfigurado según su biotipo, simétrico, con expansibilidad conservada, sin abombamientos ni retracciones, no lesiones en la piel. Doloroso a la palpación y percusión de las articulaciones esternocostales en tórax anterior.
- **Mamas:** Simétricas, de tamaño mediano. Areola y pezón central, normal y erectal. Tubérculos de Montgomeri presentes y normales. Piel lisa, hidratada, sin abombamientos ni retracciones, no piel de naranja, no se evidencia circulación colateral. Palpación de los cuadrantes, colas de Spence y regiones retroareolar no dolorosos, no se palpan tumoraciones. No se observa secreción por el pezón, no adenopatías
- **Pulmones:** Murmullo pulmonar atenuado en base pulmonar derecha, presencia de crepitantes inspiratorios en bases pulmonares con broncofonía. Soplo tubárico
- **Corazón:** No se observa choque de punta o deformaciones en la región precordial, no palpación de thrills, matidez cardiaca encontrada entre el 2º y

5° espacio intercostal, ruidos cardiacos rítmicos de intensidad y de tono moderado, primer ruido con mayor intensidad en focos mitral y tricuspídeo sincrónicos con el pulso carotideo, segundo ruido audible con mayor intensidad en focos aórtico y pulmonar, no se ausculta R3 y R4, no se auscultan soplos.

- **Abdomen:** Globoso, simétrico, normocrómico, con exceso de panículo adiposo, no evidencia circulación colateral, no movimientos peristálticos evidentes, no masas visibles, ruidos hidroaéreos presentes, no se ausculta soplo en aorta, timpanismo abdominal conservado, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio izquierdo y epigastrio, matidez hepática conservada, reflejo hepatoyugular ausente.
- **Extremidades:**
- **Superiores:** Tono, movilidad y fuerza conservados, no se evidencian deformidades, pulsos periféricos presentes y sincrónicos.
- **Inferiores:** Tono, movilidad y fuerza conservados; se evidencia varices serpiginosas de colaterales del sistema safeno externo en cara anterior y posterior, pulsos periféricos presentes y sincrónicos.
- **Neurológico:** Vigíl, orientado en tiempo, lugar y persona, Glasgow 15/15. Funciones mentales superiores conservadas, marcha conservada, sensibilidad superficial y profunda adecuada, fuerza 3/5 globalmente, sin signos meníngeos ni de focalidad neurológica.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE INGRESO: Dispepsia+ gastritis + HTA mal controlada +D/C bocio, D/C hipotiroidismo

PLAN:

1. Ingreso a Medicina Interna
2. Exámenes: BH. QS, perfil hepático, perfil lipídico, perfil tiroideo,
3. Marcadores tumorales, sangre oculta en heces
4. EKG
5. Rx estandar de tórax

6. Eco de cuello
7. Endoscopia digestiva alta

RP:

1. Dieta gástrica
2. Control de signos vitales
3. Curva térmica
4. TA cada 6 horas y anotar
5. Metoclopramida 1 amp IV cada 8 horas
6. Omeprazol 20 mg VO BID
7. Claritromicina 500 mg VO cada 12 horas
8. Amoxicilina 1 g VO cada 12 horas

RESUMEN DE EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

DÍA 1: Paciente en su primer día de evolución refiere astenia y dolor abdominal localizado en mesogastrio y de similares características que el día de ingreso. La tos tiene las mismas características del ingreso.

Al examen físico de este día se denota además de lo encontrado al ingreso dolor a la palpación en región esternal de tórax, y ruidos hidroaéreos aumentados en abdomen.

Dentro de exámenes de laboratorio se evidencia como dato relevante Ca 125 elevado (77.3U/ml). Además de anemia normocítica, normocrómica.

En las prescripciones de este día se continua con antibioticoterapia con claritromicina y amoxicilina (segundo día), y se añade al tratamiento heparina de bajo peso molecular y ASA 100mg VO cada día.

Se solicita exámenes complementarios de laboratorio como sangre oculta en heces, perfil de hierro y reticulocitos y exámenes de imagen: ecografía de cuello, endoscopia digestiva alta, ecocardiograma y una tomografía simple y contratada de tórax.

DÍA 2: paciente refiere dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo con irradiación a fosa iliaca izquierda, de moderada intensidad.

Al examen físico el abdomen se encuentra distendido, suave y doloroso a la palpación de forma difusa.

En este día no se reporta ningún resultado de laboratorio, en las prescripciones de este día se decide añadir lactulosa 1 TP vía oral, hora sueño y analgesia con paracetamol 1 gr IV TID. Se añade a la antibioticoterapia ceftriaxona 2 gr IV BID y se continúa con el tercer día de amoxicilina y claritromicina. Además de insistir en exámenes complementarios solicitados se pide a Cardiología un interconsulta.

DÍA 3: Paciente continua con dolor abdominal esta vez de mayor intensidad durante la noche que se acompaña de náuseas que llegan al vómito por dos ocasiones, de contenido alimenticio, en moderada cantidad.

Al examen físico el abdomen se encuentra globoso y el dolor persiste a la palpación de manera difusa

Se recibe respuesta de interconsulta realizada, Cardiología cataloga al cuadro como una cardiopatía isquémica en estudio y solicita un ecocardiograma para una nueva valoración.

Como resultado de exámenes complementarios se recibe una sangre oculta en heces negativo.

En este día se decide suspender claritromicina y amoxicilina al percatarse de antecedentes alérgicos de paciente a pesar de no haber presentado manifestaciones clínica compatibles con dicho cuadro tras dos días del uso de los antibióticos mencionados.

En las prescripciones se continua con ceftriaxona (segundo día) y se añade ondasetron 1 ampolla IV TID y clopidogrel 75mg VO QD.

Día 4: Paciente refiere mejoría de signos y síntomas anteriormente descritos, el dolor abdominal es leve, ha realizado deposiciones de forma normal y no tiene náusea ni vómitos. La tos no ha cedido desde su ingreso y se mantiene en frecuencia e intensidad.

Al examen físico el abdomen se encuentra doloroso a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo. En tórax es persistente el dolor a la palpación en esternón con irradiación a todo el tórax anterior.

En las prescripciones de este día no se puso ninguna otra indicación ni solicitud de exámenes.

Día 5: Paciente en este día refiere dificultad para respirar, además a sintomatología digestiva que ha mejorado de forma relativa se añade deposiciones diarreicas por 3 ocasiones, niega dolor abdominal, náusea o vómito.

Al examen físico la paciente que siempre ha tenido saturaciones entre 90 y 91% en este día alarma una saturación de 87% al aire ambiente. Dolor torácico se mantiene y auscultación pulmonar no ha mejorado a pesar de antibioticoterapia. Abdomen continúa doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo. Al evaluar extremidades inferiores se recalca que hay tono y fuerza muscular disminuida de forma bilateral, pulsos palpables, se evidencia presencia de edema +/+++ bilateral. ROTS 2/5. Signo de Homans (negativo).

Hoy se decide la prescripción de oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto. Se descarta el uso de lactulosa VO este día

Dentro de los exámenes solicitados en este día esta una nueva biometría, cuantificación de dímero D, radiografía de tórax, esto pensando en una posible tromboembolia pulmonar, además se solicita exámenes de función renal y un Coproparasitario.

Día 6: Paciente refiere que la dificultad respiratoria persiste y se ha incrementado su intensidad, también manifiesta haber realizado deposiciones diarreicas por cuatro ocasiones.

Al examen físico tanto aparato respiratorio como digestivo se encuentran en iguales condiciones que el día anterior.

Se recibe resultados de exámenes solicitados en donde se evidencia un dímero D positivo (3.090 ug /L), la radiografía de tórax realizada se encuentra dentro de parámetros de la normalidad, se realiza Escala de Wells misma que revela un 40,6% de probabilidad de TEP. Se realizó además la endoscopia alta solicitada y se reporta una gastropatía eritematosa moderada de antro y cuerpo.

Las prescripciones de este día se mantienen, siendo el cuarto día de antibioticoterapia con ceftriaxona y deciden añadir Sinvastatina 40 mg VO HS.

Día 7: Paciente aún refiere dificultad para respirar y que ha realizado deposiciones diarreicas por dos ocasiones. La tos se mantiene es seca y frecuente como al ingreso.

En el examen físico se denota el tórax anterior doloroso a la palpación, auscultación pulmonar no mejora y palpación abdominal aun es dolorosa en hipocondrio derecho pese a analgesia. Se valora nuevamente extremidades inferiores que no dan indicios de trombosis venosa profunda como probable causa de TEP en estudio.

Se recibe resultados de TAC simple y contrastada de abdomen donde se reporta hallazgos intestinales que sugieren descartar proceso obstructivo: íleo. Quiste simple renal izquierdo. Líquido libre pélvico y perihepático. Derrame pleural discreto bilateral. Dicho derrame no se observa en radiografía realizada con antelación.

Hoy se decide mantener indicaciones anteriores y solicitar angiotac pulmonar, proteínas totales, albumina y electrolitos.

Día 8: Paciente se encuentra en mejores condiciones manifiesta que dificultad respiratoria ha cedido y que ya no ha realizado deposiciones diarreicas.

En el examen físico se observa una saturación de oxígeno de 95% con 3 litros de O₂ por cánula nasal, dolor torácico persiste y en abdomen aún se manifiesta dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho.

Se recibe resultados de Coproparasitario que no reporta presencia de parásitos ni otras anomalías.

En las prescripciones se solicita una nueva radiografía de tórax además de anticuerpos (ANA y ANTI DNA) para estudio de etiología de TEP.

Día 9: Paciente refiere mejoría de sintomatología gastrointestinal, la tos persiste sigue siendo seca y no tiene relación con las posiciones ni la ingesta de líquidos.

Se recibe resultado de Angiotac pulmonar la misma que reporta tromboembolia pulmonar bilateral, ateromatosis aortica, derrame pleural izquierdo.

Oxígeno por cánula nasal se baja a razón de 1 litro, las prescripciones de este día se mantienen iguales.

Día 10: Paciente refiere haber realizado deposiciones diarreicas por 4 ocasiones, tos no se ha modificado.

Al examen físico se corrobora nuevamente dolor difuso a la palpación abdominal.

En las prescripciones de este día se añade la administración de warfarina 5mg VO QD y se solicita la realización de tiempos de coagulación para el día siguiente a la 5pm.

Día 11: Paciente refiere que deposiciones diarreicas han cedido completamente, la tos persiste y nuevamente refiere dificultad respiratoria.

Al examen físico en este día resalta una saturación de 87% con O₂ por canula nasal a 1 litro. Dolor a la palpación en tórax anterior.

Se recibe nueva placa de tórax solicitada en donde se evidencia un discreto derrame pleural bilateral.

En este día las prescripciones se mantienen

Día 12: Paciente refiere que no ha tenido dolor abdominal ni deposiciones diarreicas, recalca no haber realizado la deposición durante la noche, la tos no ha cedido y el dolor torácico se mantiene.

Al examen físico se evidencia dolor a la palpación en tórax anterior que no cede, y un abdomen levemente distendido, ruidos hidroaéreos disminuido pero presentes.

Se recibe resultados de anticuerpos y tanto ANA como ANTI-DNA son negativos.

Se recibe resultados de tiempos de coagulación los cuales están prolongados por lo que se decide retirar anticoagulación.

Dentro de los exámenes de laboratorio se solicita nuevamente tiempos de coagulación para el siguiente día por la tarde.

El día 12 por la tarde paciente al momento refiere nauseas que llegan al vómito por 4 ocasiones de abundante cantidad y apariencia fecaloide, además de dolor abdominal de gran intensidad localizado en epigastrio que se irradia a hipocondrio izquierdo.

Al examen físico se evidencia una saturación de oxígeno de 91 % con 2 litros de O₂ por cánula nasal, fascies algica, un abdomen distendido doloroso a la palpación de forma difusa.

Las prescripciones en este momento varían, se deja a paciente en NPO, se solicita nueva radiografía de tórax, electrolitos de forma urgente al igual que una interconsulta para el área de Cirugía.

Cirugía acude a la valoración solicitada y cataloga al cuadro como un ileo adinámico que no requiere resolución quirúrgica, solicita la colocación de sonda nasogástrica y

la cuantificación de producción por la misma además de una radiografía AP de abdomen, cambia hidratación mantenida hasta el momento con solución salina al 0.9% por una con dextrosa al 5% en solución salina al 0.9 % mas 15 cc de potasio.

Día 13: Cuadro recrudece en horas de la madrugada, dolor abdominal incrementa, se solicita valoración por parte de UCI, paciente es bajada a la planta baja del Hospital General IESS Ambato para realización de estudio tomográfico, en dicho estudio paciente sufre un cuadro compatible con un paro respiratorio y es llevado de forma inmediata al servicio de Emergencia, quienes reportan inicio de maniobras de RCP básico y avanzado, inicialmente con un ritmo de asistolia, se administra adrenalina 1mg por cuatro dosis, con recuperación de la circulación espontanea a los 18 minutos, saliendo a ritmo de taquicardia sinusal con FC 120x', TA 60/40.

Se procede a asegurar vía aérea con video laringoscopia evidenciándose abundante cantidad de contenido intestinal de características fecaloideas en orofaringe, se intuba con tubo endotraqueal N°8 y posterior salida de contenido intestinal por tubo endotraqueal.

Se indicó inicio de vasoactivo y sedoanalgesia para neuroprotección.

Paciente es trasladada a UCI y tras realizar tres cuadros más compatibles con paradas cardiorespiratorias fallece.

4.2. DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO:

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con el paciente se encuentran:

Edad: Un factor de riesgo biológico por tanto no modificable es la edad pues la tromboembolia pulmonar tiene mayor incidencia en personas por encima de los 40 años de edad (sumado a otros factores). En el presente caso nos encontramos ante una paciente de 66 años de edad.

Cardiopatía isquémica: En los pacientes fallecidos por una cardiopatía isquémica la complicación más frecuente es el tromboembolismo pulmonar (42, 85 %) y en segundo lugar el shock cardiogénico (33, 33 %). En el caso clínico

que está siendo objeto de estudio nos encontramos ante la presencia de troponinas elevadas y a pesar de encontrarse con un electrocardiograma de características normales el servicio de Cardiología lo ha catalogado con un cuadro compatible con cardiopatía isquémica, la ateromatosis aórtica evidenciada en la angiotac realizada como estudio complementario nos da aún más indicios de una cardiopatía isquémica.

Enfermedad neoplásica: La tromboembolia pulmonar (TEP) constituye una causa frecuente de morbimortalidad en los pacientes oncológicos. Tener cáncer es un factor de riesgo de muerte independiente en las series generales de pacientes con TEP y se incluye como variable en las escalas pronósticas de TEP aguda sintomática.

El estado de hipercoagulabilidad asociado al cáncer (principalmente adenocarcinomas) es conocido como síndrome de Trousseau. Su manifestación clínica más frecuente es en forma de enfermedad tromboembólica venosa (ETV), entidad clínica que incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y la tromboembolia pulmonar (TEP). La presencia de células malignas favorece un estado protrombótico por múltiples mecanismos biológicos.

Los pacientes con cáncer tienen entre 4 y 7 veces más riesgo de desarrollar ETV que la población general y la incidencia oscilan entre el 4 y más del 20% de los pacientes con cáncer.

Los émbolos de células tumorales son frecuentes en los pacientes neoplásicos, aunque suelen pasar clínicamente desapercibidos. El lecho vascular pulmonar es la primera red capilar para la sangre procedente de la mayor parte del cuerpo; también tumores de las restantes localizaciones pueden soltar células tumorales vía linfática, que posteriormente llegan al pulmón. Finalmente, hay tumores con tendencia al crecimiento extenso por las grandes venas, sobre todo el carcinoma de células renales y los mixomas de aurícula derecha, dando lugar a grandes émbolos tumorales y a veces TEP masivo.

En este caso clínico se puede evidenciar la elevación del marcador tumoral CA 125, el cual se eleva con mayor frecuencia en el cáncer de origen ginecológico con especial énfasis en el cáncer de ovario, con menor frecuencia se ha visto su

elevación en el cáncer de pulmón, de mama, de páncreas, de hígado y cáncer de colon.

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una enfermedad frecuente que supone, en muchos casos, un reto diagnóstico en los servicios de urgencias y a menudo plantea problemas de decisión terapéutica.

La oclusión de una o más arterias pulmonares puede poner en riesgo la vida de paciente, lo que obliga a actuar rápidamente.

Existe una serie de datos epidemiológicos y de factores de riesgo que deben tenerse en cuenta a la hora de la sospecha de esta enfermedad.

A pesar de ello, hasta un 20 % de los casos son “idiopáticos”, es decir, sin ninguna asociación conocida.

4.3 ANALISIS DEL CASO CLÍNICO:

OPORTUNIDAD DE LA CONSULTA.

Según lo manifestado por familiar de paciente (esposo) quien fue acompañante de la paciente en todo momento, no existió ningún tipo de dificultad una vez que pudo acceder a un turno para la atención en esta casa de salud, esposo dice que el horario para el cual había logrado conseguir su cita médica si se cumplió.

ACCESO.

Esposo de la paciente refiere que tardo en conseguir una cita médica, por lo que ya anteriormente había optado por acudir a la atención particular.

CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN.

La valoración por parte del personal médico tardo aproximadamente 45 minutos y dicha valoración fue realizada a profundidad, con lo cual se determinó la necesidad de que la paciente fuera hospitalizada para su estudio fuese más minucioso.

OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN.

En el presente caso no hubo necesidad de remitir a la paciente a otra unidad de salud de mayor complejidad pues todos los exámenes tanto de laboratorio como de imagen que a criterio de profesionales encargados del manejo de la paciente necesitaba, se encontraban disponibles en esta misma casa de salud

TRAMITES ADMINISTRATIVOS.

A lo largo de la redacción de caso clínico se puede evidenciar que hubo cierta demora en el trámite de algunos exámenes complementarios importantes para el diagnóstico de la paciente, tanto es así que la ecografía de cuello, ecocardiograma y ecografía transvaginal nunca se llegó a realizar por el excesivo intervalo de tiempo que hubo entre la solicitud por parte de personal médico y la consignación de las fechas correspondientes para su realización.

4.4 IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS:

- Tiempo de espera para la obtención de una cita médica en esta casa de salud.
- La administración de un fármaco (antibiótico) al cual paciente era alérgica y lo manifestó dentro de sus antecedentes personales, dicho error fue notado al tercer día de su administración por lo que fue cambiado.
- Excesivo intervalo de tiempo entre la solicitud y la fecha de realización de los exámenes solicitados.
- La no realización de exámenes complementarios que a pesar de haber sido prescritos no se hicieron.
- Falta de apego a las normas farmacológicas para la anticoagulación de un paciente con tromboembolia pulmonar.
- Transporte inadecuado al momento de trasladar a paciente a último examen de imagen realizado, ya que esto aumento el riesgo de broncoaspiración, hecho confirmado en los hallazgos al momento de la intubación en UCI.

TROMBOEMBOLIA PULMONAR

Generalidades

La tromboembolia de pulmón (TEP) es una urgencia cardiovascular de una incidencia anual de 70 casos por cada 100.000 habitantes.

El pronóstico de la enfermedad puede variar ampliamente con dependencia de la forma de presentación. Dentro de este amplio abanico de posibilidades encontramos en uno de los extremos a la TEP de riesgo alto con una mortalidad elevada y en el otro extremo, a la TEP de riesgo bajo con escasa repercusión hemodinámica, de baja mortalidad.

Epidemiología

La trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia de pulmón (EP) conforman la Enfermedad Tromboembólica (ET). La ET representa la tercera causa de muerte cardiovascular después del infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular y se considera entre las principales causas de muerte intrahospitalaria.

En la mayoría de los casos, el TEP es una consecuencia de la TVP. Entre los pacientes con TVP, alrededor del 50% tienen un TEP clínicamente asintomático. En alrededor del 70% de los pacientes con TEP, se puede encontrar TVP en las extremidades inferiores.

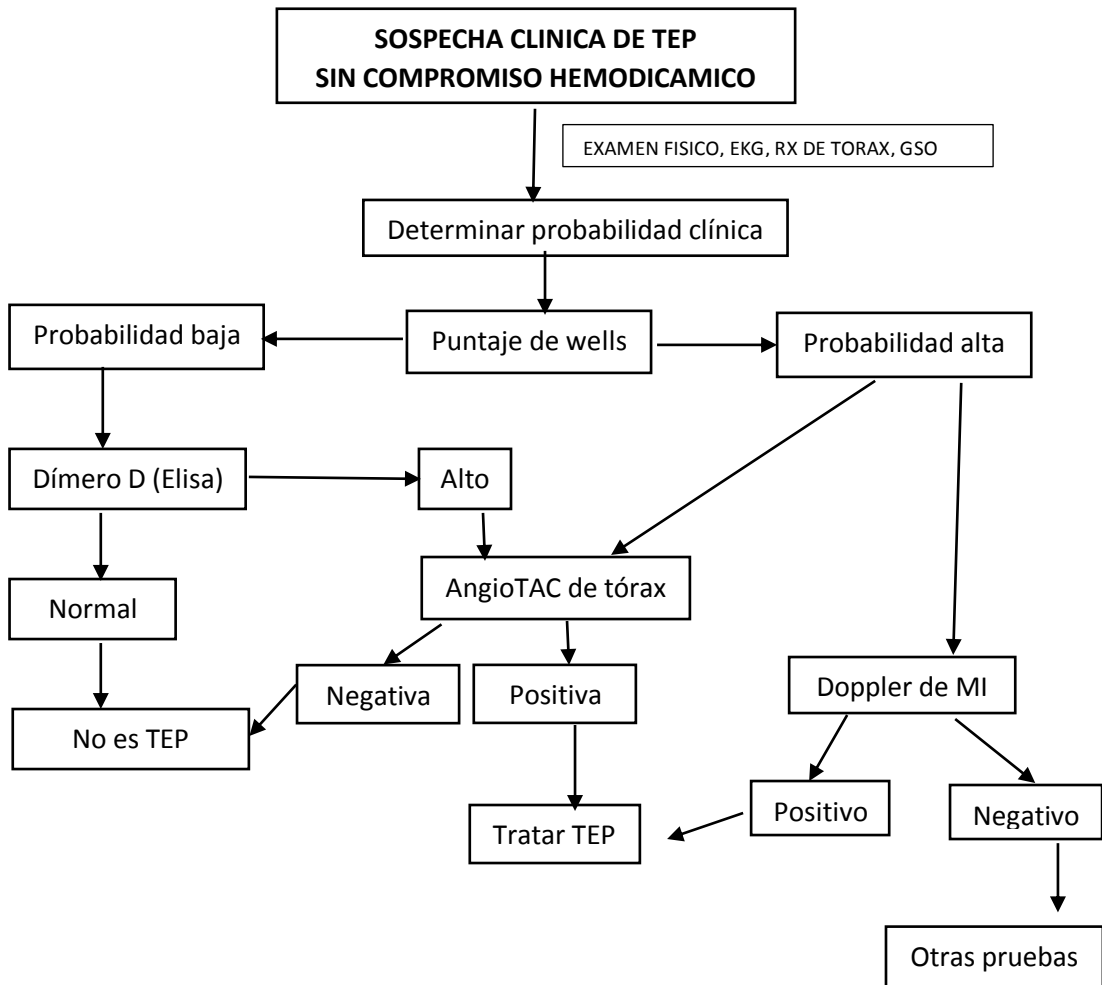
Pronóstico

La mortalidad de la TEP de riesgo alto es mayor del 15%, con cifras superiores al 60% en casos de paro cardiocirculatorio o shock. La TEP de riesgo intermedio presenta una mortalidad del 3% al 15% y la TEP de riesgo bajo tiene una mortalidad menor del 1%.

Factores de riesgo

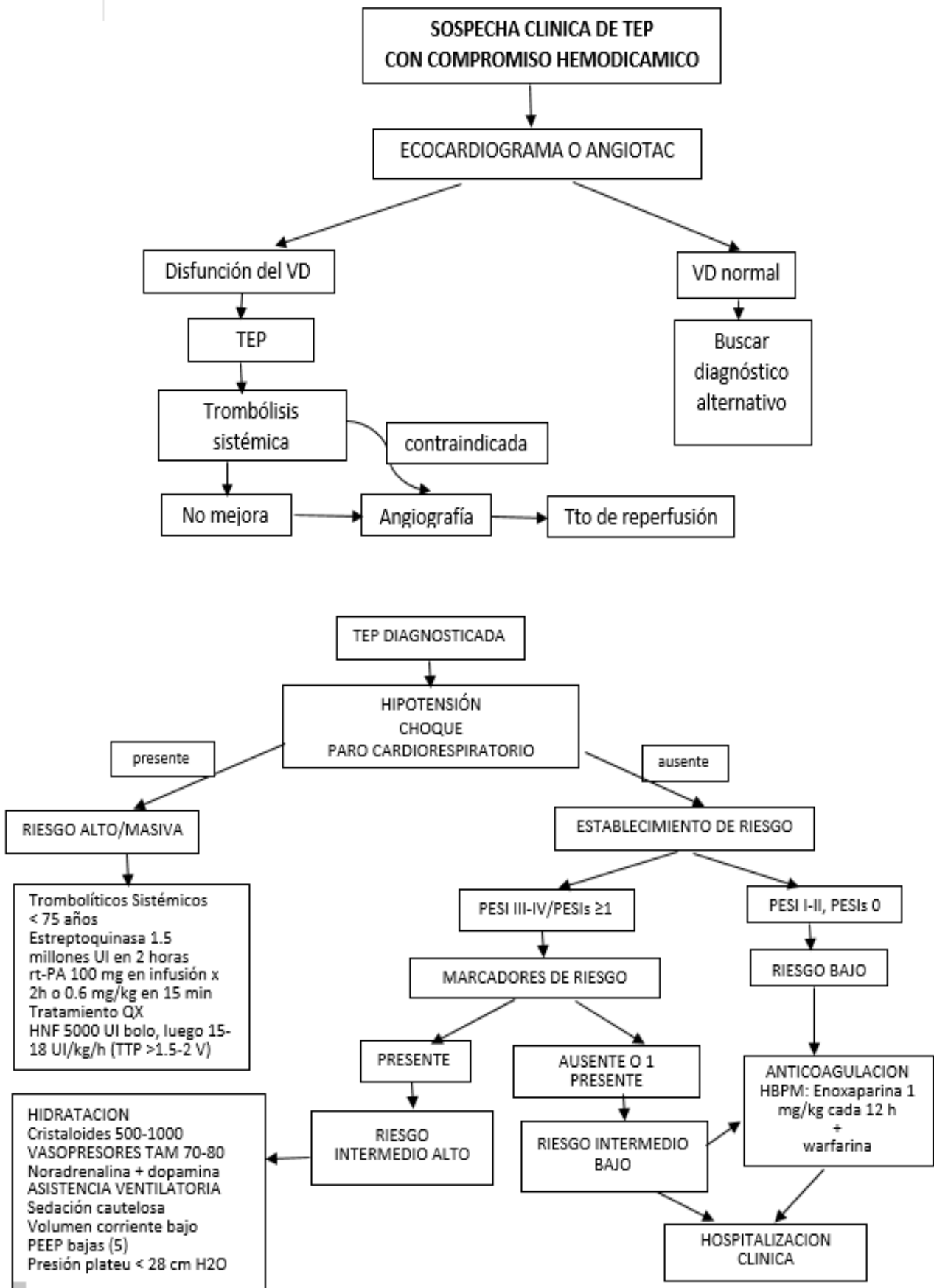
Los factores de riesgo primarios y secundarios conocidos están en relación con la tríada de Virchow: estasis venosa, hipercoagulabilidad sanguínea y lesiones en las paredes vasculares. El factor de riesgo más importante es la edad. La prevalencia es mayor en el sexo masculino, al igual que la recidiva de ET.

ALGORITOMO DIAGNOSTICO Y DE MANEJO DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR



ESCALA DE WELLS ORIGINAL

PARAMETRO	PUNTOS
TVP o TEP previas	1.5
FC > 100	1.5
Inmovilización o cirugía < 4 semanas	1.5
Hemoptisis	1
Cáncer activo	1
Signos clínicos de TVP	3
TEP el diagnóstico más probable	3
PROBABILIDAD CLINICA BAJA 0-4 ALTA ≥ 5	



VARIABLES DE RIESGO

PARAMETRO	
PESI > 86 PUNTOS, > 1 PUNTO	
Disnea clase funcional IV	
Índice de Shock FC/PAS > 1	
Ácido Láctico > 2 mmol/L	
Sat venosa central < 65 mmhg	
Oximetría < 90% o PAFi < 300	
Supradesnivel ST V1 y AVR, S1Q3T3, ondas T negativas V1 a V3, nuevo bloqueo incompleto o completo de rama derecha	
Elevación de troponinas	
Elevación de pro-BNP	
Diámetro VD/VI > 0.9	
Deterioro de la función sistólica del VD	
Ubicación proximal de los trombos o presente en las ramas lobulares	
TVP extensa proximal o bilateral, trombo en tránsito o trombo sénil	

ESCALA RIETE MODIFICADA

VARIABLE	PUNTAJE
Hemorragia mayor reciente (un mes)	2
Creatinina > 1.2 mg/dl	1.5
Anemia	1.5
Cáncer	1
Edad ≥ 75 años	5
Riesgo bajo 0, riesgo intermedio 1-4, riesgo alto >4	

PESIs

VARIABLE	PTS
Edad > 80	1
Cáncer	1
Enfermedad cardiopulmonar crónica	1
FC > 110	1
TAS < 100	1
Sat < 90%	1
Riesgo bajo 0, riesgo alto ≥ 1	

PFSI

VARIABLE	PTS
Edad	
Sexo masculino	10
Cáncer	30
Insuficiencia cardiaca	10
Enfermedad pulmonar crónica	10
FC > 110	20
TAS < 100 mmHg	30
FR > 30	20
Temperatura < 36	20
Estado mental alterado	60
Saturación de O2 < 90	20
Clase I < 65, clase II 66-85, clase III 86-105, clase IV 106-125, clase V > 125	

4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
Concientizar al personal de salud sobre la importancia de realizar una historia clínica completa y detallada	Charlas de actualización	Mediano plazo	Docencia intrahospitalaria	Personal de salud
Conocimiento del cuadro clínico de TEP ya que es un enfermedad frecuente que supone un reto diagnóstico	Capacitación sobre signos y síntomas de alarma que ameriten referencia. Insistir más en el cumplimiento de las tareas del personal de salud	A corto plazo	MSP-IESS	TAPS, Médicos rurales, Médicos tratantes en zona urbana y rural.
Manejo integral de un paciente con tromboembolia pulmonar	Agilizar los trámites de referencia a segundo y tercer nivel	A corto plazo	MSP-IESS	Profesionales de primer nivel de atención de salud
Diagnóstico y tratamiento	Identificación de factores de	Mediano plazo	Personal médico de	Evaluación posterior al

oportuno de tromboembolia pulmonar	riesgo, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento mediante charlas		experiencia: Médicos tratantes.	personal que recibió la capacitación
Fortalecer la guías clínicas con evidencias recientes y realizadas de maneras interdisciplinarias en el diagnóstico y tratamiento farmacológico y no farmacológico	Realizar juntas medicas de opinión interdisciplinarias para el fortalecimiento de las guías clínicas	Corto y mediano plazo	Director de IESS y HPDA, Jefe médico de servicio de Medicina Interna	Guías clínicas acompañados de algoritmos de atención
Garantizar seguimiento	Facilitar turno	A corto plazo	MSP - IESS	Profesionales de segundo o tercer nivel de atención
Alta Médica oportuna	Descentralizar los servicios de Salud	A largo plazo	MSP - IESS	Todos los niveles de atención de Salud

5. CONCLUSIONES:

1. En este caso clínico se realizó un correcto diagnóstico de la patología pese a que es un enfermedad de difícil diagnóstico por lo que se la conoce como “la gran simuladora”, se pudo identificar como factores de riesgo la edad, una cardiopatía isquémica y una enfermedad neoplásica preexistente.

2. La prescripción de exámenes de laboratorio y de imagen fueron oportunos y basados en guías clínicas. En este caso la Angiotac fue el examen confirmatorio de la tromboembolia pulmonar, previo a esto se utilizó otros exámenes y escalas que orientaron de buena manera el diagnóstico como el dímero D y la escala de Wells entre otros.
3. Dentro de los puntos críticos se debe tomar en cuenta que:
 - La historia clínica detallada y ordenada nos guiará al diagnóstico definitivo oportuno de un determinado cuadro clínico para brindar un tratamiento curativo o paliativo.
 - Los antecedentes patológicos tanto personales, familiares, alérgicos y de hábitos tienen gran importancia no solo para el diagnóstico sino también para el tratamiento de los pacientes en cualquier patología.
 - Los exámenes complementarios deben ser pertinentes en sospecha de confirmar o descartar enfermedades planteadas como posibles diagnósticos durante la agrupación sindrómica por lo tanto estos deben ser realizados de forma oportuna.
4. Existe la necesidad de la correcta aplicación de las guías de diagnóstico y tratamiento de tromboembolia pulmonar que sirven de apoyo para el manejo adecuado de esta patología, tanto por parte de Médicos del Hospital IESS como por parte del Ministerio de Salud Pública.
5. El seguimiento de los pacientes debe ser periódico y se controlara por consulta externa de cada servicio atendido, por las unidades de salud de primer nivel, puestos de salud y visitas familiares.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Acosta Reynoso IM, Zayas Peña YA, Rodríguez Rojas, Guerrero ES, Manso López M. Análisis clínico anatomopatológico de pacientes fallecidos con tromboembolismo pulmonar. Correo Científico Médico. 2014 Octubre – Diciembre.
- Díaz Rodríguez Á, García Frade LJ, Herrero Velazquez S, López Ballesteros LM, Matía Cubillo AC, Sánchez Fuentes, et al. Guía clínica de consenso de anticoagulación oral en Castilla y León; 2014.
- Dr. Sandoval B. J, Dr. Florenzano V. Diagnóstico y Tratamiento del Tromboembolismo Pulmonar. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015 Mayo.
- Dr. Ubaldini, Dr. Bilbao, Dr. Spennato MC, Dr. Bonorino J, Dr. Flores LA, Dr. Kenar, et al. Consenso de Enfermedad Tromboembólica Aguda. Revista Argentina de Cardiología. 2016 Febrero.
- Kara H, Bayir A, Degirmenci, Kayis S, Akinci M, Celik B, et al. D-dimer and Ddimer/fibrinogen ratio in predicting pulmonary embolism in patient evaluated in a hospital emergency department. Taylor and Francis Online. 2014 Noviembre 25.
- Machado Villarroel, Gómez-Herná. Tratamiento farmacológico actual del tromboembolismo. Neumología y Cirugía de Tórax. 2014 Enero – Marzo.
- Torbicki A, Arnaud P, Konstantinides S, Agnelli G, Galiè N, Pruszczyk P, et al. Guía de Práctica Clínica de la ESC 2014 Sobre el Diagnóstico y el Tratamiento de la Embolia Pulmonar Aguda. Revista Española de Cardiología. 2014 Diciembre.
- P. Calvillo Batllés. Algoritmo para el diagnóstico y el seguimiento de la tromboembolia pulmonar aguda. Sociedad Española de Radiología Médica. 29 de febrero de 2016.
- Departamento de Urgencias, Fundación Cardioinfantil, Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia. Tromboembolia pulmonar asociada al síndrome de la vena cava superior de origen trombótico. Sociedad colombiana de Cardiología y Cirugía vascular. 27 de mayo de 2016

- Vargas Solórzano. Tromboembolismo Pulmonar. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2015 Marzo.
- Wells, Forgie M, Rodger. Treatment of Venous Thromboembolism. JAMA. 2014 Febrero.
- Carme Fonta, Alberto Carmona-Bayonasb, Juana M. Plasenciac, David Calvo-Tempranod, Marcelo Sánchez. Embolia pulmonar en el paciente oncológico: bases para el estudio EIPHANY. Departamento de Oncología Médica, Hospital Clínic, Barcelona, España. 2014 Elsevier España.
- Zamora Gómez SE, Gorordo Delsol LA, Hernández López GD, García Román MTA, Jiménez Ruiz, Tercero Guevara BI. Tromboembolia Pulmonar: Revisión Sistemática. Medigraphic. 2015
- Zhang LJ, Lu GM, Meinel FG, McQuiston AD, Ravenel JG, Schoepf UJ. Computed tomography of acute pulmonary embolism: state-of-the-art. European Radiology. 2015 Septiembre.
- SCOPUS. Ordi J, Salmerón L, Acosta F, Camacho I, Marín N. Study of prognostic factors and prevalence of post-thrombotic syndrome in patients with deep vein thrombosis in Spain. Med Clin 2016.
- SCOPUS. Fuentes Camps E, Luis Del Val García J, Bellmunt Montoya S, Hmimina Hmimina S, Gómez Jabalera E, Muñoz Pérez MÁ. Cost-effectiveness of the deep vein thrombosis diagnosis process in primary care. Aten Prim 2016.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASES DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO:

- **PROQUEST:** Jiang L, Ma, Zhao , Shen , Feng , Xu Y, et al. Role of Transthoracic Lung Ultrasonography in the Diagnosis of Pulmonary Embolism: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS ONE. 2015 Junio 15 ISSN 1462-2416
- **PROQUEST:** Md. Mostafa, Md. Briasoulis A, Md. Telila, Md. Belgrave, Md. Grines. Treatment of Massive or Submassive Acute Pulmonary Embolism With Catheter-Directed Thrombolysis. The American Journal of Cardiology. 2015 diciembre 3.

- **PROQUEST:** Morales Blanhir JE, Sierra Lara Martínez JD, Rosas Romero MdJ. Tratamiento intervencionista en tromboembolia pulmonar. Neumología y cirugía de tórax. 2014 Enero Marzo.
- **SCOPUS.** Olarte-Casas MÁ, Rojas-Reyna GA, García-Ortiz JR, Ponce De León JMS, Ríos Nava MÁ. Asymptomatic pulmonary embolism in patients with deep venous thrombosis. Rev Mex Angiol 2013.
- **PROQUEST:** George, Jacob; George, Reeba; Dixit, R; Gupta, R; Gupta, N. Lung India. Fat embolism síndrome. (Jan 2013): 47-53.
- **PROQUEST:** Natalia Stoeva, Galina Kirova, Milena Staneva, Diana Lekova, Anton Penev, Rumiana Bakalova. Recognition of unprovoked (idiopathic) pulmonary embolism – prospective observational study. Medical Faculty, Sofia University "St. Kliment Ohridski", Sofia, Bulgaria. 30 August 2017.
- **PROQUEST:** Kenta Nakahashi¹, Hiroyuki Oizumi, Hirohisa Kato, Jun Suzuki. Venous phase contrast-enhanced computed tomography facilitates the detection of pulmonary venous tumor thrombus. Second Department of Surgery, Faculty of Medicine, Yamagata University. 22 December 2017.

7. ANEXOS:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE INGRESO:

Exámenes complementarios. (13/04/2017)

Tabla 2: Biometría hemática (13/04/2017)

BIOMETRÍA HEMÁTICA	RESULTADOS
RECUENTO LEUCOCITARIO (WBC)	6.00 x 10 ³
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	4.31
HEMOGLOBINA (HGB)	11.0 g/dl
HEMATOCRITO (HCT)	33.3 %
VOLUMEN CORP. MEDIO (MCV)	77 fL
HEMOGLOBINA COSPUS MEDIA (MCH)	25.6 pg
CONCEN HB CORP. MEDIA (MCHC)	33.2 g/dl
RECUENTO DE PLAQUETAS	203.000
NEUTROFILOS %	69.3
LINFOCITOS %	21.7
MONOCITOS %	7.4
EOSINOFILOS %	1.0
BASOFILOS %	0.6

Fuente:Laboratorio Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López.

Tabla 3: Química Sanguínea (13/04/2017)

QUÍMICA SANGUINEA	RESULTADOS
GLUCOSA	98.4 mg/dl
UREA EN SUERO	207.4 mg/dl
CREATININA	1.2mg/dl

TP	14.3 seg
TTP	32.5 seg
INR	1.34

Fuente:Laboratorio Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López.

Tabla 4: Perfil Hepático (13/04/2017)

PERFIL HEPÁTICO	RESULTADOS
BILIRRUBINA TOTAL	0.47 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0.25 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.22 mg/dl
AST (SGOT)	14 mg/dl
ALT (SGPT)	5 mg/dl
FOSFATASA-ALKALINA	110 mg/dl

Fuente:Laboratorio Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López.

Tabla 5: Perfil Lipídico (13/04/2017)

PERFIL LIPÍDICO	RESULTADOS
TRIGLICERIDOS	160 mg/dl
COLESTEROL	144 mg/dl
HDL	38.4 mg/dl
LDL	74 mg/dl

Fuente:Laboratorio Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López.

Tabla 6: Perfil Tiroideo (13/04/2017)

PERFIL TIROIDEO	RESULTADOS
T4 LIBRE	1.80
TSH (HORMONA TIROESTIMULANTE)	0.47
T3 LIBRE	0.243

Fuente:Laboratorio Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López.

Tabla 7: Marcadores tumorales (13/04/2017)

MARCADORES TUMORALES	RESULTADOS
CA-125	77.33 U/ml
CA 19-9	17.30 U/ml

Fuente:Laboratorio Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López.

Tabla 8: Radiografía de tórax y electrocardiograma (13/04/2017)

RADIOGRAFÍA STANDAR DE TÓRAX Se observa infiltrados pulmonares diseminados en ambos campos pulmonares	ELECTROCARDIOGRAMA: Normal
--	--------------------------------------

Fuente: Imágenesología Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López.

EVOLOCIÓN DE PACIENTE:

DÍA 1: Viernes 14 /04/2017 Paciente femenina 66 años de edad. IDG: Neumonía+ Dispepsia+ gastritis + HTA mal controlada +D/C bocio, D/C hipotiroidismo	
S	Paciente en su primer día de hospitalización refiere astenia además de dolor abdominal
O	<p>Paciente lúcida, consiente, afebril, hidratada, orientada en tiempo, espacio y persona, constitución mesomorfa.</p> <p>TA: 90/60 mmHg FC:72lpm FR:20rpm Sat O2:89%</p> <p>Tórax: Expansibilidad disminuida de predominio derecho.</p> <p>Pulmones: Murmullo pulmonar atenuado en base pulmonar derecha, presencia de crepitantes inspiratorios en bases pulmonares con broncofonía. Soplo tubárico.</p> <p>Abdomen: Globoso, con exceso de panículo adiposo, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio izquierdo y epigastrio,</p>
A	Paciente al momento álgica, dentro de exámenes de laboratorio se evidencia como dato relevante Ca 125 elevado (77.3U/ml). Además de anemia normocítica, normocrómica, por lo que se decide enviar pedido de cuantificación de hierro y reticulocitos; además de sangre oculta en heces.
P	<p>Rp:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dieta gástrica 2. Control de signos vitales 3. Curva térmica 4. T/A cada 6 horas y anotar 5. Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc + complejo B 3 cc iv a 120 cc hora 6. Metoclopramida 1 amp IV cada 8 horas 7. Omeprazol 20 mg VO BID 8. Claritromicina 500 mg VO cada 12 horas 9. Amoxicilina 1 g VO cada 12 horas 10. ASA 100 mg VO QD 11. Heparina de bajo peso molecular 0,6 cc SC QD

12. Sangre oculta en heces PD 13. Perfil del hierro, reticulocitos 14. Eco de cuello PD 15. Endoscopia digestiva alta PD 16. TAC simple y contrastada de tórax 17. Novedades

Exámenes complementarios 14/04/2017

Tabla 9: Perfil de hierro y reticulocitos (14/04/2017)

ESTUDIO	RESULTADO
CONTAJE DE RETICULOCITOS	2.6
HIERRO	19.65
TRANFERRINA	87
TROPONINA	79.69
CK-MB	73.50

Fuente: Laboratorio Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López

Tabla 10: Tomografía simple y contrastada de tórax (14/04/2017)

ESTUDIO	RESULTADO
TAC SIMPLE Y CONTRASTADA DE TÓRAX	No se evidencia signos de obstrucción Tomografía simple y contrastada dentro de parámetros de la normalidad

Fuente: Imágenología Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López

DÍA 2: Sábado 15 /04/2017 Paciente femenina 66 años de edad. IDG: Neumonía+ Dispepsia+ gastritis + HTA mal controlada +D/C bocio, D/C hipotiroidismo+ anemia microcítica hipocrómica.	
S	Paciente al momento refiere dolor abdominal en hipocondrio izquierdo que se irradia a fosa iliaca izquierda de moderada intensidad, sin ningún otro síntoma acompañante.
O	Paciente lúcida, consiente, afebril, hidratada, orientada en tiempo, espacio y persona, constitución mesomorfa. TA: 100/60 mmHg FC:75 lpm FR:20 rpm Sat O2:90% En el examen físico regional paciente en similares condiciones que el día anterior.
A	Paciente que persiste con sintomatología de ingreso, ahora dolor presenta irradiación a fosa iliaca izquierda, se decide añadir lactulosa 1 TP VO HS. Además de iniciar antibioticoterapia por cuadro compatible con neumonía y realizar TAC abdomen y pelvis simple y contrastada. Además se evidencia valores elevados de troponina y de CK-MB por lo que se decide interconsultar a Cardiología
P	Rp: 1. Dieta hipograsa 2. Control de signos vitales 3. Curva térmica 4. TA cada 6 horas. 5. Levantar am y pm 6. Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc + complejo B 3 cc IV a 120 cc hora 7. Ondasetrom 1 amp IV cada 8 horas 8. Omeprazol 20 mg VO BID 9. Claritromicina 500 mg VO cada 12 horas (dia 3) suspender 10. Amoxicilina 1 g VO cada 12 horas (dia 3) suspender 11. Ceftriaxona 2 gr IV cada 12 horas 12. Asa 100 mg VO QD 13. Heparina de bajo peso molecular 0,6 cc SC QD 14. Paracetamol 1 gr IV cada 8 horas

15. Sangre oculta en heces (PD)
16. Eco de cuello (PD)
17. Endoscopia digestiva alta (PD)
18. Tac abdomen y pelvis simple y contrastada
19. Lactulosa 1 TP VO HS
20.I/C a servicio de Cardiología
21. Novedades

Interconsulta a Cardiología:

Paciente de 66 años de edad con diagnóstico de: Neumonía + enfermedad ácido péptica + insuficiencia renal aguda superada + ateromatosis + Ca 125 elevado en estudio; al momento en condiciones estables al realizársele exámenes de gabinete por dolor torácico en estudio se evidencia valores elevados de troponinas. Favor valorar

Respuesta de Cardiología

Paciente de 66 años de edad, ingresada al servicio de Medicina Internada el día 13/04/2017 con impresión diagnóstica de : dispepsia+ gastritis + HTA mal controlada +D/C bocio, D/C hipotiroidismo, al momento es valorada por servicio de Cardiología y al examen físico presenta:

TA: 100/60 mmHg FC:75 lpm FR:20 rpm Sat O2:90%

Tórax: Simétrico, expansibilidad conservada, doloroso a la digito presión en espacios intercostales.

- **Corazón:** No se observa choque de punta, ruidos cardiacos rítmicos de intensidad, no se auscultan soplos.
- A la paraclínica se denota valores de troponina: 79.69 y de CK-MB: 73.50
- Idg: Cardiopatía isquémica en estudio
- Rp:
 1. Ecocardiograma
 2. Nueva valoración con ecocardiograma
 3. Continuar indicaciones por parte de Medicina Interna

DÍA 3: Domingo 16 /04/2017 Paciente de 66 años de edad IDG: Neumonía + enfermedad ácido péptica + cardiopatía isquémica+ insuficiencia renal aguda superada + ateromatosis + Ca 125 elevado	
S	Paciente que durante toda la noche presenta dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad en flanco izquierdo, acompañado de náusea que llega al vómito por dos ocasiones, vómito de contenido líquido.
O	<p>Paciente lúcida, consciente, afebril, hidratada, orientada en tiempo, espacio y persona, constitución mesomorfa.</p> <p>TA: 100/70 mmHg FC:68lpm FR:22rpm Sat O2:90%</p> <p>Pulmones: Murmullo pulmonar rudo en base pulmonar derecha, presencia de crepitantes inspiratorios en bases pulmonares. Sopleo tubárico se mantiene.</p> <p>Abdomen: Globoso, simétrico, normocrómico, con exceso de pániculo adiposo, timpanismo abdominal conservado, doloroso a la palpación superficial y profunda en flanco izquierdo, matidez hepática conservada, reflejo hepatoyugular ausente.</p>
A	<p>Paciente con recrudecimiento de cuadro abdominal, se insiste en TAC de abdomen y pelvis, además se decide realizar endoscopia digestiva alta.</p> <p>Se suspende Claritromicina y amoxicilina por antecedente alérgico referido por la paciente.</p>
P	<p>Rp:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dieta hipograsa 2. Control de signos vitales 3. Curva térmica 4. TA cada 6 horas y anotar 5. Levantar am y pm 6. Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc + complejo B 3 cc IV a 120 cc hora 7. Ondasetrom 1 amp IV cada 8 horas 8. Omeprazol 20 mg VO BID 9. Claritromicina 500 mg VO cada 12 horas (dia 3) suspender 10. Amoxicilina 1 g VO cada 12 horas (dia 3) suspender

11. Ceftriaxona 2 gr IV cada 12 horas 12. Asa 100 mg VO QD 13. Heparina de bajo peso molecular 0,6 cc SC QD 14. Paracetamol 1 gr IV cada 8 horas 15. Sangre oculta en heces (PD) 16. Eco de cuello (PD) 17. Ecocardiograma (PD) 18. Endoscopia digestiva alta (PD) 19. Tac abdomen y pelvis simple y contrastada (PR) 20. Lactulosa 1 TP VO HS 21. Novedades
--

Exámenes complementarios 16/04/2017

Tabla 11: Sangre oculta en heces (16/04/2017)

ESTUDIO	RESULTADO
SANGRE OCULTA EN HECES	Negativo

Fuente:Laboratorio Hospital General IESS Ambato. Elaborado por:Maricela López

DÍA 4: Lunes 17/04/2017 Paciente de 66 años de edad IDG: Neumonía + enfermedad ácido péptica + cardiopatía isquémica+ insuficiencia renal aguda superada + ateromatosis + Ca 125 elevado	
S	Paciente en mejor estado general no nausea no vómito, no fiebre, no dolor abdominal
O	Paciente de sexo femenino, afebril, hidratada, que descansa de cubito dorsal, consciente, orientado en espacio, persona y tiempo de biotipo normosómico. TA: 110/70 mmHg FC:68lpm FR:20rpm Sat O2:90% Tórax: Doloroso a la palpación en región esternal. Pulmones: Murmullo pulmonar rudo en base pulmonar derecha, presencia de crepitantes inspiratorios en bases pulmonares. Sople tubárico se mantiene. Abdomen: Doloroso a la palpación profunda en flanco izquierdo
A	Paciente al momento en mejores condiciones, se realiza el día de ayer TAC simple de abdomen y de pelvis y está pendiente retiro de placas e informe del mismo, además ya se asigna fecha para Ecografía de cuello y ecocardiograma. Por otra parte se solicita valoración por parte de Ginecología, en busca de posible patología oncológica de origen Ginecológico, esto por valores elevados de Ca 125.
P	Rp: 1. NPO hasta realización de exámenes luego dieta blanda gástrica 2. Control de signos vitales 3. Curva térmica 4. Bajar temperatura por medios físicos 5. Sentar en silla am y pm 6. Oxígeno por cánula nasal a 2 litros por minuto 7. Cloruro de sodio al 0,9% 1000 cc IV a 80 cc hora 8. Ceftriaxona a 2 g IV cada 12 horas 9. Ondansetron 1 amp IV cada 8 horas 10. Omeprazol 20 mg VO cada 12 horas 11. Paracetamol 1 g VO si temperatura mayor o igual a 38,5 grados centigrados

<p>12. Clopidogrel 75 mg VO QD</p> <p>13. Asa 100 mg VO QD</p> <p>14. Heparina de bajo peso molecular 0,6 cc SC QD</p> <p>15. Lactulosa 1 TP VOHS</p> <p>16. Eco de cuello (viernes 28/04/2017 a las 13 pm)</p> <p>17. Ecocardiograma (viernes 28/04/2017 a las 09:30 am)</p> <p>18. Endoscopia digestiva alta</p> <p>19. TAC simple y contrastada de abdomen y pelvis (PR)</p> <p>20. Novedades</p> <p>21. I/C Ginecología</p>

Interconsulta a Ginecología:

Paciente de 66 años de edad con diagnóstico de: Neumonía + enfermedad ácido péptica + insuficiencia renal aguda superada + ateromatosis + Ca 125 elevado en estudio; al momento en condiciones estables al realizársele exámenes de gabinete por dolor torácico en estudio se evidencia valores elevados de troponinas. Favor valorar

Respuesta de Ginecología:

Paciente de 66 años de edad, ingresada al servicio de Medicina Internada el día 13/04/2017 con impresión diagnóstica de : dispepsia+ gastritis + HTA mal controlada +D/C bocio, D/C hipotiroidismo, al momento es valorada por servicio de Cardiología y al examen físico presenta:

TA: 100/60 mmHg FC:75 lpm FR:20 rpm Sat O2:90%

Tórax: Simétrico, expansibilidad conservada, doloroso a la digito presión en espacios intercostales.

RIG: Genitales femeninos, al examen especular no se evidencia sangrado, hallazgos dentro de la normalidad

- **Corazón:** No se observa choque de punta, ruidos cardiacos rítmicos de intensidad, no se auscultan soplos.
- En la paraclínica se denota valores de troponina: 79.69 y de CK-MB: 73.50
- IDg: CA 125 elevado en estudio.

- Rp:
 1. Ecografía pélvica endovaginal
 2. Nueva valoración con ecografía
 3. Continuar indicaciones por parte de Medicina Interna

DÍA 5: Martes 18/04/2017 Paciente de 66 años de edad IDG: Neumonía + enfermedad ácido péptica + cardiopatía isquémica+ insuficiencia renal aguda superada + ateromatosis + Ca 125 elevado	
S	Paciente en mejor estado general no náusea no vómito, no fiebre, no dolor abdominal. Paciente manifiesta dificultad para respirar. También refiere deposiciones diarreicas por 3 ocasiones.
O	Paciente de sexo femenino, afebril, hidratada, que descansa de cubito dorsal, consciente, orientado en espacio, persona y tiempo de biotipo normosómico. TA: 90/60 mmHg FC:71lpm FR:24rpm Sat O2:87% Tórax: Doloroso a la palpación en región esternal Pulmones: Murmullo pulmonar rudo en base pulmonar derecha, presencia de crepitantes inspiratorios en bases pulmonares. Sopleo tubárico se mantiene. Abdomen: Doloroso a la palpación profunda en flanco izquierdo
A	Paciente al momento con dificultad respiratoria, saturando 87% a aire ambiente, por lo que se decide administrar oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto. Además al examen físico paciente se denota un MV disminuido que se acompaña de estertores en bases pulmonares por lo que se decide repetir Rx de Tórax además de la cuantificación de Dímero D ante la presunción diagnóstica de TEP.
P	Rp: 1. NPO hasta realización de exámenes luego dieta blanda gástrica 2. Control de signos vitales 3. Curva térmica 4. Bajar temperatura por medios físicos 5. Sentar en silla am y pm 6. Oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto 7. Cloruro de sodio al 0,9% 1000 cc IV a 80 cc hora 8. Ceftriaxona a 2 g IV cada 12 horas d 3 9. Ondansetron 1 amp IV cada 8 horas

10. Omeprazol 20 mg VO cada 12 horas
11. Paracetamol 1 g VO si temperatura mayor o igual a 38,5 grados centigrados
12. Clopidogrel 75 mg VO QD
13. Asa 100 mg VO QD
14. Heparina de bajo peso molecular 0,6 cc SC QD
15. Carvedilol 6.25 mg VO c12h
16. Sinvastatina 40mg VO HS
17. Eco de cuello (viernes 28/04/2017 a las 13 pm)
18. Ecocardiograma (viernes 28/04/2017 a las 9:30 am)
19. Endoscopia digestiva alta HOY
20. Tac simple y contrastada de abdomen y pelvis (PR)
21. Coproparasitario + SOH + PMN
22. Radiografía de tórax
23. Biometría y creatinina
24. Dímero D
25. Novedades

Exámenes complementarios 18/04/2017

Tabla 12: Biometría hemática (18/04/2017)

BIOMETRÍA HEMÁTICA	RESULTADOS
RECUESTO LEUCOCITARIO (WBC)	4.90 X 10 ³
RECUESTO DE GLOBULOS ROJOS	3.68
HEMOGLOBINA (HGB)	8.4 g/dl
HEMATOCRITO (HCT)	28.9 %
VOLUMEN CORP. MEDIO (MCV)	79 fL
HEMOGLOBINA COSPUS MEDIA (MCH)	22.9 pg
CONCEN HB CORP. MEDIA (MCHC)	29.1 g/dl
RECUESTO DE PLAQUETAS	241.000
NEUTROFILOS %	71.5

LINOCITOS %	20.8
MONOCITOS %	6.6
EOSINOFILOS %	0.8
BASOFILOS %	0.3

Fuente:Laboratorio Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López.

Tabla 13: Creatinina (18/04/2017)

ESTUDIO	RESULTADO
CREATININA	0.8 mg/dl

Fuente:Laboratorio Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López

Tabla 14: Dímero D (18/04/2017)

ESTUDIO	RESULTADO
DIMERO D	3.09 mg/L

Fuente:Laboratorio Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López

Tabla 15: Radiografía de tórax (18/04/2017)

ESTUDIO	RESULTADO
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX	Radiografía de tórax dentro de parámetros de la normalidad.

Fuente: Imagenología Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López

Tabla 16: Endoscopía alta (18/04/2017)

ESTUDIO	RESULTADO
ENDOSCOPIÍA ALTA	Gastropatía eritematosa moderada de antro y cuerpo

Fuente: Gastroenterología Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López

DÍA 6: Miércoles 19/04/2017 Paciente de 66 años de edad IDG: Neumonía + enfermedad ácido péptica + cardiopatía isquémica+ insuficiencia renal aguda superada + ateromatosis + Ca 125 elevado + D/C tromboembolia pulmonar.	
S	Paciente al momento refiere dificultad respiratoria, además de haber realizado deposiciones diarreicas por 4 ocasiones en moderada cantidad.
O	<p>Paciente de sexo femenino, afebril, hidratada, que descansa de cubito dorsal, consciente, orientado en espacio, persona y tiempo de biotipo normosómico.</p> <p>TA: 100/70 mmHg FC:78 lpm FR:24rpm Sat O2: 87%</p> <p>Tórax: Tórax anterior doloroso a la palpación</p> <p>Pulmones: Murmullo vesicular rudo en base pulmonar derecha, presencia de crepitantes inspiratorios en bases pulmonares. Soplo tubárico se mantiene.</p> <p>Abdomen: Doloroso a la palpación profunda en flanco izquierdo. Ruidos hidroaéreos aumentados.</p> <p>Extremidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inferiores: Tono y fuerza muscular disminuida de forma bilateral, pulsos palpables, se evidencia presencia de edema +/-+++ bilateral. ROTS 2/5. Signo de Homans (negativo).
A	Paciente durante su estancia hospitalaria con disnea saturando 87% con FiO2 0,28; laboratorio evidencia dímero D positivo, escala de Wells: probabilidad alta 40.6% para tromboembolia pulmonar que requiere confirmación con Angiotac pulmonar.
P	<p>Rp:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dieta blanda gástrica Control de signos vitales Curva térmica Bajar temperatura por medios físicos Sentar en silla am y pm Oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto

<p>7. DICH</p> <p>8. Ceftriaxona a 2 g IV cada 12 horas d 4</p> <p>9. Ondansetron 1 amp IV cada 8 horas</p> <p>10. Omeprazol 20 mg VO cada 12 horas</p> <p>11. Paracetamol 1 g VO si temperatura mayor o igual a 38,5 grados centígrados</p> <p>12. Clopidogrel 75 mg VO QD</p> <p>13. Asa 100 mg VO QD</p> <p>14. Heparina de bajo peso molecular 0,6 cc SC BID</p> <p>15. Carvedilol 6.25 mg VO c12h</p> <p>16. Sinvastatina 40mg VO HS</p> <p>17. Tramitar Angiotac pulmonar</p> <p>18. Eco de cuello (viernes 28/04/2017 a las 13 pm)</p> <p>19. Ecocardiograma (viernes 28/04/2017 a las 9:30 am)</p> <p>20. Tac simple y contrastada de abdomen y pelvis pedir placas e informe</p> <p>21. Coproparasitario + SOH + PMN PD</p> <p>22. Novedades</p>

TAC simple y contrastada de abdomen y pelvis:

Tabla 17: TAC simple y contrastada de abdomen y pelvis (19/04/2017)

Hallazgos intestinales que sugieren descartar proceso obstructivo: íleo. Quiste simple renal izquierdo. Líquido libre pélvico y perihepático. Derrame pleural discreto bilateral. Correlacionar con clínica, antecedentes y estudios complementarios.

Fuente: Imagenología Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López

DÍA 7: Jueves 20/04/2017 Paciente de 66 años de edad IDG: Neumonía + enfermedad ácido péptica + cardiopatía isquémica+ insuficiencia renal aguda superada + ateromatosis + Ca 125 elevado + DC tromboembolia pulmonar.	
S	Paciente refiere dificultad respiratoria. También refiere haber tenido deposiciones blandas por 2 ocasiones.
O	Paciente de sexo femenino, afebril, hidratada, que descansa de cubito dorsal, consciente, orientado en espacio, persona y tiempo de biotipo normosómico TA: 100/70 mmHg FC:82 lpm FR:24rpm Sat O2: 93% Tórax: Tórax anterior doloroso a la palpación Pulmones: Murmullo vesicular rudo en base pulmonar derecha, presencia de crepitantes inspiratorios en bases pulmonares. Soplo tubárico se mantiene. Abdomen: Doloroso a la palpación profunda en flanco izquierdo. Ruidos hidroaéreos aumentados.
A	Paciente persiste con dificultad respiratoria en TAC de abdomen y pelvis se evidencia imagen sugestiva de derrame pleural bilateral, mañana se realizará angiotac pulmonar para confirmar o descartar diagnóstica presuntivo de TEP.
P	Rp: 1. Dieta blanda gástrica 2. Control de signos vitales 3. Curva térmica 4. Bajar temperatura por medios físicos 5. Sentar en silla am y pm 6. Oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto 7. DICH 8. Ceftriaxona a 2 g IV cada 12 horas d 5 9. Ondansetron 1 amp IV cada 8 horas 10. Omeprazol 20 mg VO cada 12 horas 11. Paracetamol 1 g VO si temperatura mayor o igual a 38,5 grados centígrados 12. Clopidogrel 75 mg VO QD 13. Asa 100 mg VO QD 14. Heparina de bajo peso molecular 0,6 cc SC BID

15. Carvedilol 6.25 mg VO c12h
16. Simvastatina 40mg VO HS
17. Angiotac pulmonar (viernes 21/04/2017 09:30)
18. Eco de cuello (viernes 28/04/2017 a las 13 pm)
19. Ecocardiograma (viernes 28/04/2017 a las 9:30 am)
20. Coproparasitario + SOH + PMN PD
21. Proteínas totales albumina y electrolitos
22. Novedades

Exámenes complementarios 21/04/2017

Tabla 18: Proteínas totales, albúmina y electrolitos (21/04/2017)

ESTUDIO	RESULTADOS
PROTEINAS TOTALES	4.2 g/
ALBUMINA	2.3 g/dl
SODIO	138.0 mEq/L
POTASIO	4.00 mEq/L

Fuente: Laboratorio Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López

DÍA 8: Viernes 21/04/2017 Paciente de 66 años de edad IDG: Neumonía + enfermedad ácido péptica + cardiopatía isquémica+ insuficiencia renal aguda superada + ateromatosis + Ca 125 elevado + D/C tromboembolia pulmonar.	
S	Paciente refiere dificultad respiratoria, además manifiesta que episodios diarreicos han cedido.
O	<p>Paciente de sexo femenino, afebril, hidratada, que descansa de cubito dorsal, consciente, orientado en espacio, persona y tiempo de biotipo normosómico.</p> <p>TA: 100/70 mmHg FC:78 lpm FR:20rpm Sat O2: 95%</p> <p>Tórax: Normoconfigurado según su biotipo, simétrico, con expansibilidad discretamente disminuida de forma bilateral, sin abombamientos ni retracciones, no lesiones en la piel.</p> <p>Pulmones: Murmullo vesicular rudo en base pulmonar derecha, presencia de crepitantes inspiratorios en bases pulmonares.</p> <p>Abdomen: Globoso, simétrico, normocrómico, con exceso de panículo adiposo, timpanismo abdominal conservado, levemente a la palpación profunda</p>
A	Paciente en mejor estado general no náusea no vómito, no fiebre, no dolor abdominal, no tos, al momento con disnea. Ya no refiere episodios diarreicos. En espera de resultados de angiotac hoy.
P	<p>Rp:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dieta hiperproteica y 2 claras de huevo tibio TID 2. Control de signos vitales 3. Curva térmica 4. Bajar temperatura por medios físicos 5. Sentar en silla am y pm 6. Oxígeno por cánula nasal a 1 litros por minuto 7. Control de ingesta y excreta 8. DICH 9. Ceftriaxona a 2 g IV cada 12 horas d 6 10. Ondansetron 1 amp IV cada 8 horas 11. Omeprazol 20 mg VO cada 12 horas

12. Paracetamol 1 g VO si temperatura mayor o igual a 38,5 grados centigrados
13. Clopidogrel 75 mg VO QD
14. Asa 100 mg VO QD
15. Heparina de bajo peso molecular 0,6 cc SC BID
16. Carvedilol 6.25 mg VO c12h
17. Simvastatina 40mg VO HS
18. Angiotac pulmonar HOY 9:30
19. Coproparasitario + SOH + PMN pendiente
20. Biometría, creatinina (domingo23 /04/2017)
21. Ana y anti DNA tramitar
22. Radiografía de tórax (domingo23 /04/2017)

Exámenes complementarios 22/04/2017

Tabla 19: Coproparasitario (22/04/2017)

<i>COPROPARASITARIO:</i>	Flora bacteriana: ++ Parasitos: Negativo Polimorfonucleares: +
--------------------------	--

Fuente: Laboratorio Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López

DÍA 9: Sábado 22/04/2017 Paciente de 66 años de edad IDG: Neumonía + enfermedad ácido péptica + cardiopatía isquémica+ insuficiencia renal aguda superada + ateromatosis + Ca 125 elevado + D/C tromboembolia pulmonar.	
S	Paciente al momento no refiere molestias
O	<p>Paciente de sexo femenino, afebril, hidratada, que descansa de cubito dorsal, consciente, orientado en espacio, persona y tiempo de biotipo normosómico.</p> <p>TA: 100/60 mmHg FC:74 lpm FR:22rpm Sat O2: 92%</p> <p>Tórax: Tórax anterior doloroso a la palpación</p> <p>Pulmones: Murmullo vesicular rudo en base pulmonar derecha, presencia de crepitantes inspiratorios en bases pulmonares. Soplo tubárico se mantiene.</p> <p>Abdomen: Suave, depresible, no doloroso a la palpación, RHA conservados</p>
A	En exámenes de laboratorio realizados se evidencia hipoproteinemía; al momento con frecuencia respiratoria estable, saturando 92% con 1lt de O2 por cánula nasal es decir con FIO2 0,24. Paciente con valores de presión arterial dentro de rango de la normalidad.
P	<p>Rp:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dieta hiperproteíca y 2 claras de huevo tibio TID 2. Control de signos vitales 3. Curva térmica 4. Bajar temperatura por medios físicos 5. Sentar en silla am y pm 6. Oxigeno por cánula nasal a 1 litros por minuto 7. Control de ingesta y excreta 8. DICH 9. Ceftriaxona a 2 g IV cada 12 horas d 6 10. Ondansetron 1 amp IV cada 8 horas 11. Omeprazol 20 mg VO cada 12 horas 12. Paracetamol 1 g VO si temperatura mayor o igual a 38,5 grados centigrados 13. Clopidogrel 75 mg VO QD 14. Asa 100 mg VO QD 15. Heparina de bajo peso molecular 0,6 cc SC BID 16. Carvedilol 6.25 mg VO c12h

17. Simvastatina 40mg VO HS
18. Angiotac pulmonar HOY 9:30
19. Biometría, creatinina (domingo 23 /04/2017)
20. Ana y anti DNA tramitar
21. Radiografía de tórax (domingo 23 /04/2017)
22. Novedades

Exámenes complementarios 22/04/2017

Tabla 20: Angiotac Pulmonar (22/04/2017)

<i>ESTUDIO</i>	<i>RESULTADO</i>
ANGIOTAC PULMONAR	Tromboembolia pulmonar bilateral, ateromatosis aortica, derrame pleural izquierdo.

Fuente: Laboratorio Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López

DÍA 10: Domingo 23/04/2017 Paciente de 66 años de edad IDG: Neumonía + enfermedad ácido péptica + cardiopatía isquémica+ insuficiencia renal aguda superada + ateromatosis + Ca 125 elevado + tromboembolia pulmonar.	
S	Paciente refiere que ha presentado episodios de diarrea por aproximadamente 4 veces durante la noche.
O	<p>Paciente de sexo femenino, afebril, hidratada, que descansa de cubito dorsal, consciente, orientado en espacio, persona y tiempo de biotipo normosómico.</p> <p>TA: 100/70 mmHg FC:82 lpm FR:24rpm Sat O2: 92%</p> <p>Tórax: Tórax anterior doloroso a la palpación</p> <p>Pulmones: Murmullo vesicular rudo en base pulmonar derecha, presencia de crepitantes inspiratorios en bases pulmonares. Soplo tubárico se mantiene.</p> <p>Abdomen: Globoso, simétrico, normocrómico, con exceso de panículo adiposo, timpanismo abdominal conservado, doloroso a la palpación en hipogastrio. RHA (aumentados).</p>
A	Paciente en condiciones estables al momento con frecuencia respiratorio estable, saturando 92% con 1lt de O2 por cánula nasal. Paciente con tensión arterial dentro de la normalidad. Se recibe resultados de angiotac que se corroboran con la clínica y arrojan diagnóstico de TEP por lo que se decide añadir a cuadro terapéutico warfarina 5mg VO QD.
P	<p>Rp:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dieta hiperproteica y 2 claras de huevo tibio TID 2. Control de signos vitales 3. Curva térmica 4. Bajar temperatura por medios físicos 5. Sentar en silla am y pm 6. Oxígeno por cánula nasal a 1 litros por minuto 7. Control de ingesta y excreta 8. DICH 9. Ceftriaxona a 2 g IV cada 12 horas (d8)

<p>10. Ondansetron 1 amp IV cada 8 horas</p> <p>11. Omeprazol 20 mg VO cada 12 horas</p> <p>12. Paracetamol 1 g VO si temperatura mayor o igual a 38,5 grados centigrados</p> <p>13. Clopidogrel 75 mg VO QD</p> <p>14. Asa 100 mg VO QD</p> <p>15. Heparina de bajo peso molecular 0,6 cc SC BID</p> <p>16. Carvedilol 6.25 mg VO c12h</p> <p>17. Simvastatina 40mg VO HS</p> <p>18. Warfarina 5mg VO QD</p> <p>19. Ana y anti DNA tramitar</p> <p>20. TP, TTP, INR (lunes 24/04/2017 a las 5 pm)</p> <p>21. Radiografía de tórax HOY</p> <p>22. Novedades</p>

Exámenes complementarios 23/04/2017

Tabla 21: Radiografía de tórax (23/04/2017)

***RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:* se evidencia derrame pleural bilateral**

Fuente: Imagenología Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López

DÍA 11: Lunes 24/04/2017 Paciente de 66 años de edad IDG: Neumonía + enfermedad ácido péptica + cardiopatía isquémica+ insuficiencia renal aguda superada + ateromatosis + Ca 125 elevado + tromboembolia pulmonar.	
S	Paciente al momento refiere dificultad respiratoria.
O	<p>Paciente de sexo femenino, afebril, hidratada, que descansa de cubito dorsal, consciente, orientado en espacio, persona y tiempo de biotipo normosómico.</p> <p>TA: 100/70 mmHg FC:82 lpm FR:24rpm Sat O2: 87%</p> <p>Tórax: Tórax anterior doloroso a la palpación</p> <p>Pulmones: Murmullo pulmonar atenuado en bases pulmonares, presencia de crepitantes inspiratorios en bases pulmonares.</p> <p>Abdomen: Globoso, simétrico, normocrómico, con exceso de panículo adiposo, timpanismo abdominal conservado, doloroso a la palpación en mesogastrio e hipogastrio. RHA (aumentados).</p> <p>Extremidades:</p> <p>Inferiores: Tono y fuerza muscular disminuida de forma bilateral, pulsos palpables, se evidencia presencia de edema +/-+++ bilateral. ROTS 2/5.</p>
A	Paciente nuevamente presenta desaturaciones misma que se denotan en la sed de aire referida por la paciente, hoy se debe realizar TP, TTP E INR para valorar tratamiento anticoagulante.
P	<p>Rp:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Butil escopolamina IV STAT 2. Dieta hiperproteica y 2 claras de huevo tibio TID 3. Control de signos vitales 4. Curva térmica 5. Bajar temperatura por medios físicos 6. Sentar en silla am y pm 7. Oxígeno por cánula nasal a 1 litros por minuto 8. Control de ingesta y excreta 9. DICH 10. Ceftriaxona a 2 g IV cada 12 horas (d8) 11. Ondansetron 1 amp IV cada 8 horas

12. Omeprazol 20 mg VO cada 12 horas
13. Paracetamol 1 g VO si temperatura mayor o igual a 38,5 grados centigrados
14. Clopidogrel 75 mg VO QD
15. Asa 100 mg VO QD
16. Heparina de bajo peso molecular 0,6 cc SC BID
17. Carvedilol 6.25 mg VO c12h
18. Simvastatina 40mg VO HS
19. Warfarina 5mg VO QD
20. Ecocardiograma (28/04/2017 5 pm)
21. Ana y anti DNA tramitar
22. TP, TTP, INR (HOY 24/04/2017 5 pm)
23. Novedades

Exámenes complementarios 24/04/2017

Tabla 22: Tiempos de coagulación e INR (24/04/2017)

ESTUDIO	RESULTADO
TP	61.7 seg.
TTP	66.2 seg.
INR	6.23

Fuente: Laboratorio Hospital General IESS Ambato. Elaborado por: Maricela López

DÍA 12: Martes 25/04/2017 Paciente de 66 años de edad IDG: Neumonía + enfermedad ácido péptica + cardiopatía isquémica+ insuficiencia renal aguda superada + ateromatosis + Ca 125 elevado + tromboembolia pulmonar.	
S	Paciente en buenas condiciones generales que no ha presentado vómitos ni deposiciones líquidas, el día de hoy no ha presentado dolor abdominal.
O	Paciente de sexo femenino, afebril, hidratada, que descansa de cubito dorsal, consciente, orientado en espacio, persona y tiempo de biotipo normosómico. TA: 100/70 mmHg FC: 82 lpm FR: 24rpm Sat O2: 87% aire ambiente. Tórax: Tórax anterior doloroso a la palpación Pulmones: Murmullo pulmonar atenuado en bases pulmonares, presencia de crepitantes inspiratorios en bases pulmonares. Abdomen: Globoso, simétrico, normocrómico, con exceso de panículo adiposo, timpanismo abdominal conservado, no doloroso a la palpación.
A	Paciente que presenta aparente mejoría, a pesar de que desaturación persiste sin aporte de O2 por cánula nasal. En la paraclínica se revela TP e INR prolongado por lo que se decide suspender warfarina. Ya se realizó ANA y anti DNA hoy en dependencia de resultados se solicitará nuevos anticuerpos.
P	Rp: 1. Dieta hiperproteica y 2 claras de huevo tibio TID 2. Control de signos vitales 3. Control de tensión arterial cada 6 horas 4. Curva térmica 5. Bajar temperatura por medios físicos 6. Sentar en silla am y pm 7. Oxígeno por cánula nasal a 1 litros por minuto 8. Control de ingesta y excreta 9. Peso QD 10. DICH 11. Ceftriaxona a 2 g IV cada 12 horas (d10/14) 12. Ondansetron 1 amp IV cada 8 horas

<p>13. Omeprazol 20 mg VO cada 12 horas</p> <p>14. Paracetamol 1 g VO si temperatura mayor o igual a 38,5 grados centígrados</p> <p>15. Clopidogrel 75 mg VO QD</p> <p>16. Asa 100 mg VO QD</p> <p>17. Carvedilol 6.25 mg VO c12h</p> <p>18. Simvastatina 40mg VO HS</p> <p>19. Furosemida media tab 8 am</p> <p>20. Heparina de bajo peso molecular 0,6 cc SC BID</p> <p>21. Tiempos de coagulación, biometría, creatinina mañana (miércoles 26/04/2017 7 am)</p> <p>22. Ana y anti DNA PR - si resultan positivos solicitar anticuerpo anticardiolipina + anticuerpo lúpico</p> <p>23. Novedades</p>
--

Exámenes complementarios 25/04/2017

Tabla 23: Anticuerpos ANA y Anti DNA (22/04/2017)

ESTUDIO	RESULTADO
ANA	NEGATIVO
ANTI DNA	NEGATIVO

Fuente: Laboratorio clínico MOVILAB Ambato. Elaborado por: Maricela López

DÍA 12: Martes 25/04/2017 17:00 horas Paciente de 66 años de edad	
IDG: Neumonía + enfermedad ácido péptica + cardiopatía isquémica+ insuficiencia renal aguda superada + ateromatosis + Ca 125 elevado + tromboembolia pulmonar.	
S	Paciente al momento refiere nauseas que llegan al vómito por 4 ocasiones de abundante cantidad y apariencia fecaloide, además de dolor abdominal de gran intensidad localizado en epigastrio que se irradia a hipocondrio izquierdo.
O	<p>Paciente de sexo femenino, afebril, hidratada, con fascie álgica, consciente, orientado en espacio, persona y tiempo de biotipo normosómico.</p> <p>TA: 100/70 mmHg FC: 82 lpm FR: 24 rpm Sat O2: 87% aire ambiente.</p> <p>Tórax: Tórax anterior doloroso a la palpación</p> <p>Pulmones: Murmullo pulmonar atenuado en bases pulmonares, presencia de crepitantes inspiratorios en bases pulmonares.</p> <p>Abdomen: Globoso, simétrico, normocrómico, con exceso de panículo adiposo, timpanismo abdominal ausente, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio y mesogastrio.</p> <p>Neurológico: Vigíl, orientado en tiempo, lugar y persona, Glasgow 15/15. Funciones mentales superiores conservadas.</p>
A	Paciente al momento álgica que presenta varios episodios de vómito fecaloide además de dolor abdominal intenso, se decide realizar Rx de abdomen para descartar probable cuadro obstructivo e interconsultar a servicio de Cirugía General
P	<p>Rp:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NPO 2. Solución Salina 0,9% 1000cc +15cc de potasio 3. Ondasetron 8mg IV STAT y PRN 4. Rx de abdomen STAT 5. Electrolitos PR 6. Interconsulta a Cirugía General

INTERCONSULTA A CIRUGÍA GENERAL: 25/04/2017 17:45

Paciente con cuadro de distensión abdominal, dolor abdominal intenso difuso, vómito en abundante cantidad fétido fecaloide. Se solicita RX de abdomen, se evidencia niveles hidroaéreos, pila de monedas. Al examen físico paciente presenta dolor a la palpación difuso.

Paciente anticoagulada INR: 8.8. Favor valorar

RESPUESTA DE INTERCONSULTA A CIRUGÍA GENERAL:

Paciente de 67 años de edad ingresada con cuadro de TEP y dolor abdominal desde hace 12 horas, refiere vómito por una ocasión de contenido gástrico, por lo que es colocado sonda nasogástrica en horas de la tarde, paraclínica evidencia: Potasio bajo, y en RX de abdomen se evidencia íleo. Al examen físico: Abdomen distendido, depresible, no doloroso a la palpación, abdomen al momento no quirúrgico, se recomienda :

1. NPO
2. Sonda nasogástrica a caída libre
3. Cuantificación de sonda
4. Dextrosa al 5% en solución salina al 0,9% + 15 cc de k pasar iv c8h
5. Rx de abdomen a las 6:00 am
6. Electrolitos de control
7. Comunicar novedades
8. Indicaciones de Medicina Interna

INTERCONSULTA A UCI: 26/04/2017 3:10

Paciente con antecedente de TEP en tratamiento con enoxaparina recibió warfarina por 4 días suspendida hace 2 días INR de 4,8 con distensión abdominal, vómito fecaloide y dificultad respiratoria. Favor valorar.

RESPUESTA DE INTERCONSULTA A UCI:

Paciente femenina de 67 años de edad, con múltiples comorbilidades:

Al momento con impresión diagnóstica de:

Neumonía + derrame pleural izquierdo + enfermedad ácido péptica + cardiopatía isquémica+ insuficiencia renal aguda superada + ateromatosis aórtica + CA 125 elevado + tromboembolia pulmonar bilateral + hipoproteinemia.

Paciente hace 3 horas presenta dolor abdominal difuso y distensión abdominal, náusea que no llega al vómito por varias ocasiones, por lo que se decide realiza Rx de abdomen: donde se evidencia niveles hidroaéreos, se realiza interconsulta a Cirugía general quienes indican íleo metabólico y dejan sonda nasogástrica a caída libre, paciente hemodinámicamente estable, abdomen: levemente distendido, suave, depresible, RHA escasos, doloroso a la palpación en todo el marco colónico, suspenden anticoagulación hace 2 días se sugiere:

Rp.

1. O₂ por bigotera nasal para sato₂ > 90%
2. TAC simple de abdomen
3. Solución salina 0.9% 1000 cc + 10 cc de cloruro de potasio a 40 ml/h
4. Reportar Novedades

NOTA 26/04/2017 6:20: Paciente es bajada a la planta baja del Hospital General IESS Ambato para realización de estudio tomográfico, en dicho estudio paciente sufre un cuadro compatible con un paro respiratorio y es llevado de forma inmediata al servicio de Emergencia, quienes reportan:

NOTA DE EMERGENCIAS 26/04/2017 6:30

Paciente de 67años, que durante la realización de un estudio tomográfico presenta parada cardiorrespiratoria, por lo que es traída inmediatamente al servicio, se inicia maniobras de RCP básico y avanzado, inicialmente con un ritmo de asistolia, se administró adrenalina 1mg por cuatro dosis, con recuperación de la circulación espontanea a los 18 minutos, saliendo a ritmo de taquicardia sinusal con FC 120x', TA 60/40, por lo que se administra Lactato de Ringer 1000cc en bolo y se procede a asegurar vía aérea con video laringoscopia evidenciándose abundante cantidad de contenido intestinal de características fecaloides en orofaringe, se intuba con tubo endotraqueal N°8 y posterior salida de contenido intestinal por tubo endotraqueal.

Se indicó inicio de vasoactivo y sedoanalgesia para neuroprotección

Rp.

1. Intubación orotraqueal
2. Lactato ringer 1000cc IV en bolo STAT
3. Noradrenalina 8mg en 92cc de dextrosa 5% en agua IV a 10cc/h
4. Midazolam 100mg en 80cc de solución salina 0.9% IV a 12cc/h (0.2mg/kg/h)
5. Fentanyl 1000ug en 80cc de solución salina 0.9% IV a 20cc/h (3.5ug/kg/min)
6. Gasometría arterial STAT
7. Pase a terapia intensiva para manejo se síndrome posparo
8. Revaloración por Cirugía General

NOTA DE UCI 26/04/2017 6:45

A las 6:40 minutos presenta nuevo paro cardiorespiratorio con ritmo inicial de asistolia, se inicia maniobras de RCP básico y avanzado con la administración de 4mg de norepinefrina con recuperación de la circulación espontánea a los 12 minutos del paro, se continúa con las medidas de manejo del síndrome posparo ya indicadas y ventilación mecánica continua.

IDG:

- Síndrome posparo cardíaco

RP:

1. Ingreso a terapia intensiva
2. NPO
3. Glucosa capilar STAT
4. Monitorización continua de signos vitales
5. Sonda nasogástrica a caída libre
6. Control de I/E
7. VMI VT400 fr 18, peep5, e/i 1:2, fio21
8. Lactato ringer 1000cc IV en bolo STAT
9. Noradrenalina 8mg en 92cc de dextrosa 5% en agua IV a 10cc/h
10. Midazolam 100mg en 80cc de solución salina 0.9% iv a 12cc/h (0.2mg/kg/h)
11. Fentanyl 1000ug en 80cc de solución salina 0.9% iv a 20cc/h (3.5ug/kg/min)
12. Diuresis horaria
13. Indicaciones de piso

NOTA DE UCI 26/04/2017 7:50

A las 7:05 minutos presenta nuevo paro cardiorespiratorio (tercero) con ritmo inicial de asistolia, se inicia maniobras de RCP avanzado iniciando con masaje cardiaco por 2 minutos

07:06 1era dosis de adrenalina

07:07 actividad eléctrica sin pulso

07:09 asistolia + 2da dosis de adrenalina

07:11 actividad eléctrica sin pulso (AESP)

07:12 3era dosis de adrenalina

07:13 actividad eléctrica sin pulso (AESP)

07:15 asistolia+ 4to de adrenalina

07:17 asistolia + gasometría

07:18 5ta dosis de adrenalina

07:19 ritmo sinusal. Se inicia bomba de adrenalina

A las 7:25 minutos presenta nuevo paro cardiorespiratorio (cuarto) con ritmo inicial de asistolia, se inicia maniobras de RCP avanzado iniciando con masaje cardiaco por 2 minutos

07:25 realización de electrocardiograma

07:27 atropina 1 dosis

07:28 asistolia

07:30 asistolia

07:31 adrenalina 1 dosis

07:32 asistolia

07:34 asistolia+ adrenalina 2 dosis

07:36 actividad eléctrica sin pulso (AESP)

07:37 adrenalina 3 dosis

07:38 asistolia

07:40 asistolia + adrenalina 4ta dosis

07:42 asistolia

07:43 adrenalina 5ta dosis

07:45 se declara fallecimiento de paciente

EPICRISIS

Nombre: Pozo Peralta Teresa del Carmen

Fecha de ingreso: 13/04/2017

Edad: 66 años

Resumen de historia clínica y examen físico:

Antecedentes clínico personales:

Antecedentes patológicos personales:

- Hipertensión arterial hace 28 años,

Antecedentes quirúrgicos:

- Catarata de ojo derecho hace 3 meses, quiste de mandíbula derecha hace 40 años

Antecedentes patológicos familiares:

- Madre con hemorragia cerebral, HTA

- Padre con CA gástrico

- Hermana con hemorragia cerebral.

Alergias:

- Duspatalin, claritromicina, amoxicilina, simeticona, zaldiar.

Medicación:

- Losartan 100mg/qd,

- Amlodipina 5mg/qd,

- Clortalidona 50mg/qd
- Tobramicina3% dexametasona1% una gota cada 3 horas

Transfusiones:

- no refiere

Hábitos

Alimentario: 3veces al día

Miccional: 5 ocasiones

Defecatorio: 2 ocasiones

Alcohol: no refiere

Tabaco: no refiere

Drogas: no refiere

Paciente que presenta cuadro de 1 año de evolución de dolor abdominal que hace 3 meses incrementa su intensidad, se realizada endoscopia digestiva alta con biopsia en donde se encuentra H. pilory, y es enviada con tratamiento, con lo cual presenta nausea que llega al vómito, pérdida de peso hace 3 meses, no cuantificada, presencia de disfagia a sólidos y líquidos, salivación, nausea y vómito.

Colonoscopia: colon normal, al parecer colon redundante y con curvaturas pronunciadas.

Examen físico general:

FC: 90 TA: 110/70 FR: 18 SATURACIÓN: 87% fio2 0,32 TEMPERATURA: 36.5

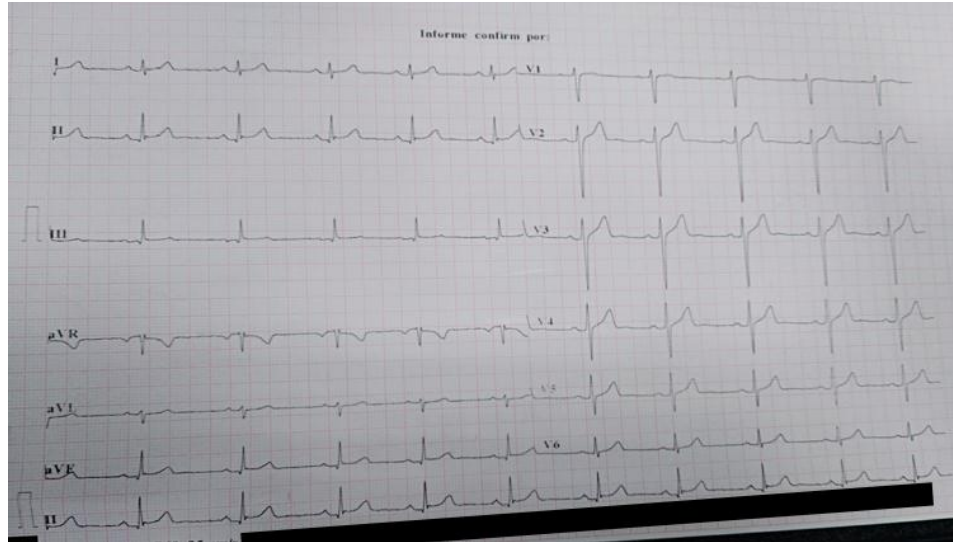
Evolución y complicaciones:

Paciente que al momento del ingreso refiere dolor abdominal desde hace 6 meses se realiza endoscopia digestiva alta con reporte de biopsia, h pilory, recibe tratamiento, con lo cual presenta nausea que llega al vomito. Además refiere pérdida de peso desde hace 3 meses, no cuantificada, presencia de disfagia a sólidos y líquidos, sialorrea. Además de tos seca posterior a ingesta de líquidos sin causa aparente.

Paciente que durante su ingreso presenta episodios de tos con expectoración blanquecina acompañado de disnea más desaturaciones con requerimiento de oxígeno superior a 4lts para saturar superior a 88%. Se solicita estudio de dimero D con reporte anormal, se solicita Angiotac por probabilidad alta 40.6% para tromboembolia pulmonar. Se realiza Angiotac con reporte de tromboembolia pulmonar bilateral, ateromatosis aortica, derrame pleural izquierdo. TP 61.7; TTP 66.2; INR 6.23.

Paciente con evolución clínica regular que 12 horas previas a su descenso presenta cuadro de distensión abdominal brusco acompañado de dolor abdominal intenso, cólico, difuso. Al examen físico doloroso difuso, RHA aumentados. Se solicita RX de abdomen donde se evidencia dilatación de asas, niveles hidroaéreos y ausencia de gas en ampolla rectal. Se procede a colocación de sonda nasogástrica, control de electrolitos e interconsulta a Cirugía general. Quienes corroboran valor de potasio bajo, RX: Se evidencia ileo, abdomen distendido, depresible, no doloroso a la palpación, quienes sugieren abdomen no quirúrgico con recomendación de corrección electrolítica y revaloración posterior. Paciente sin embargo presenta deterioro clínico con alteración del nivel de conciencia, distensión abdominal marcada, RHA disminuidos, sonda nasogástrica con salida de material fecaloide de gran cantidad. A las 06: 00 am del 26 de abril del 2017, mientras a paciente se le realiza tomografía simple de abdomen, realiza paro cardiorespiratorio por lo que es llevada inmediatamente al servicio de emergencia donde se inicia con maniobras de reanimación cardiopulmonar básico y avanzado. Inicialmente con ritmo de asistolia, se administra adrenalina 1mg por cuatro dosis, con recuperación de la circulación espontanea a los 18 minutos, saliendo a ritmo de taquicardia sinusal con frecuencia cardiaca de 120x', TA 60/40, por video laringoscopia se evidencia abundante cantidad de contenido intestinal de características fecaloides en orofaringe, se procede a intubación endotraqueal.

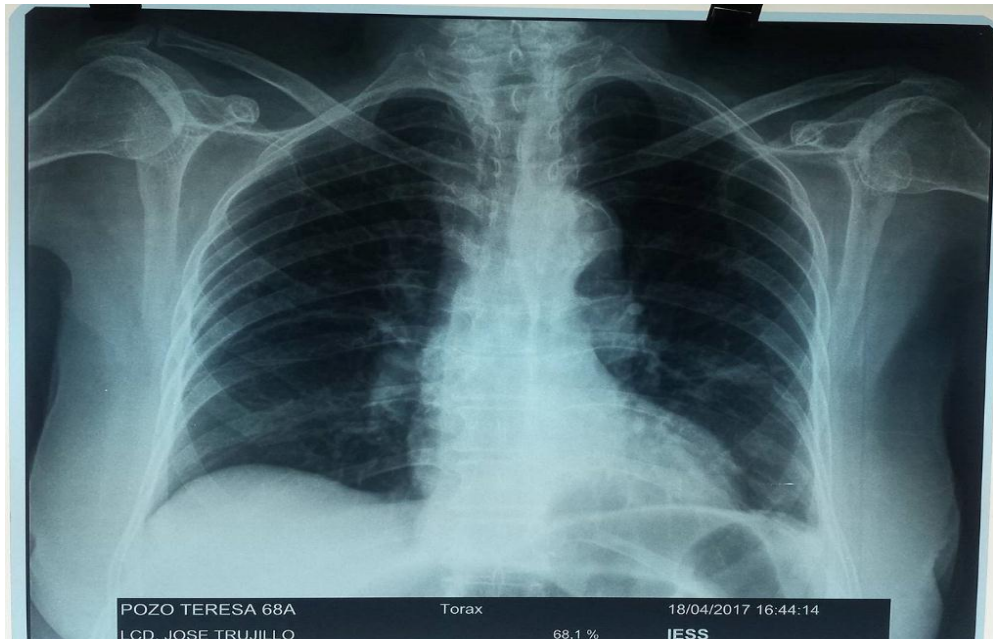
Paciente realiza 4 paros cardiorespiratorios durante su estadía en emergencia es manejada con maniobras de compresión, ventilación, vasoactivos y sedoanalgesia para neuroprotección. Durante las maniobras de reanimación no se obtiene respuesta de paciente por lo que se declara fallecimiento a las 07:30 del 26 de abril del 2017.



Anexo N°1: Electrocardiograma

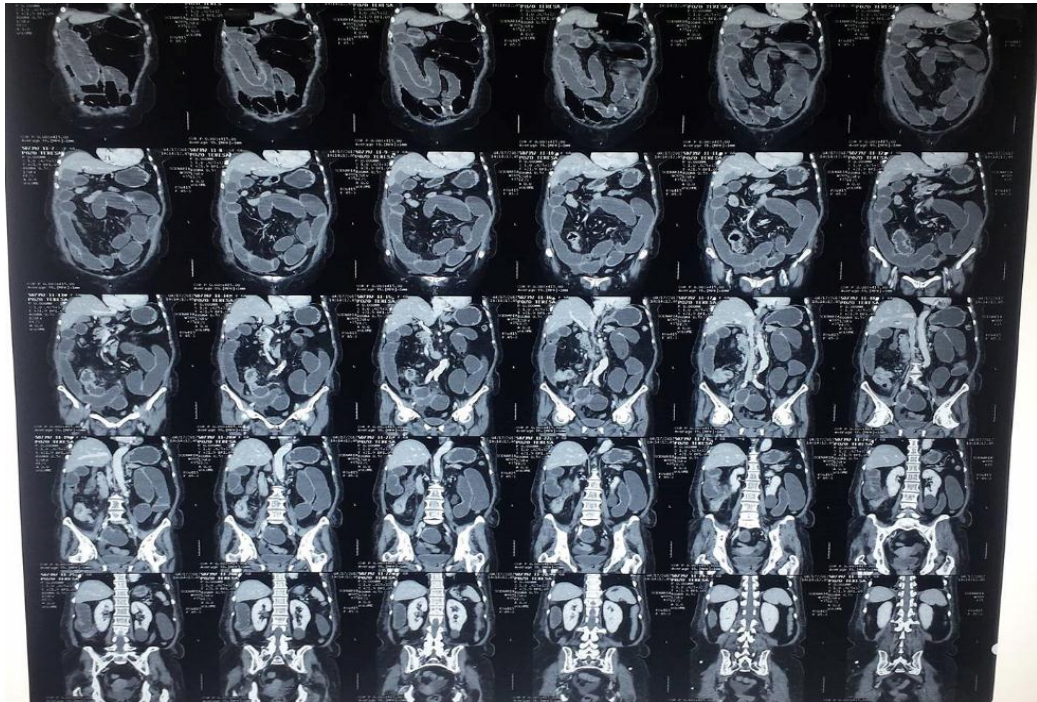
Fuente: López Maricela. Cardiología IESS Ambato. 2017.

Anexo N°2: Radiografía de tórax



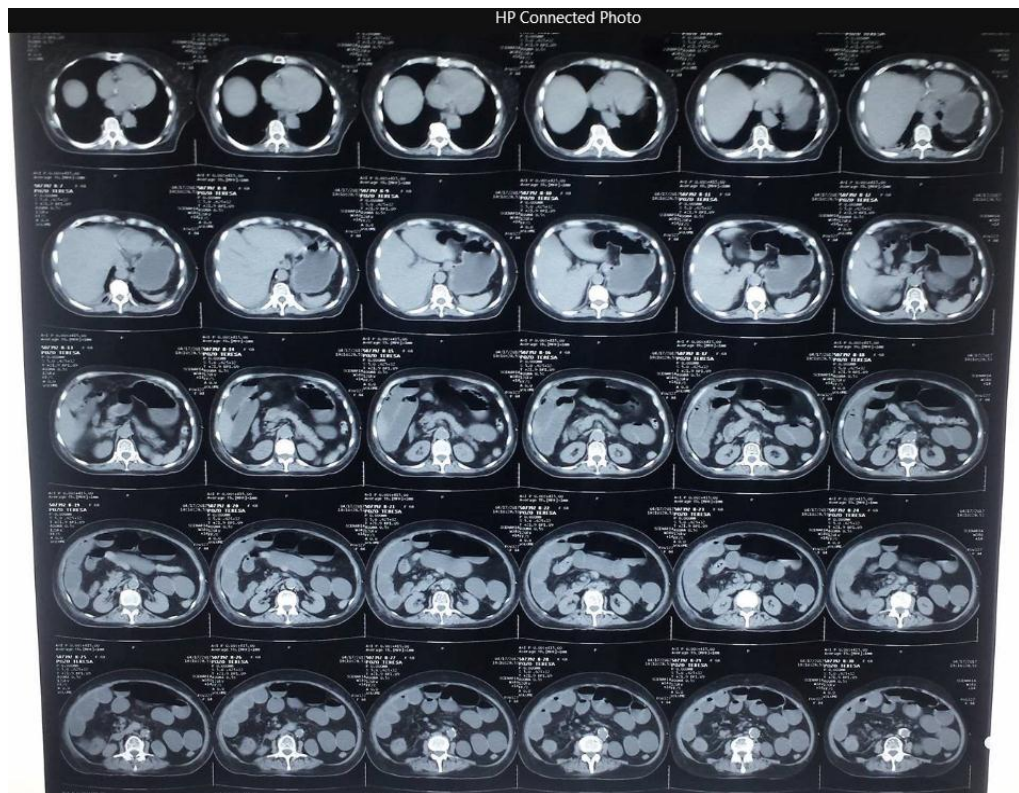
Fuente: López Maricela. Imagenología IESS Ambato. 2017.

Anexo N°3: Tomografía de abdomen



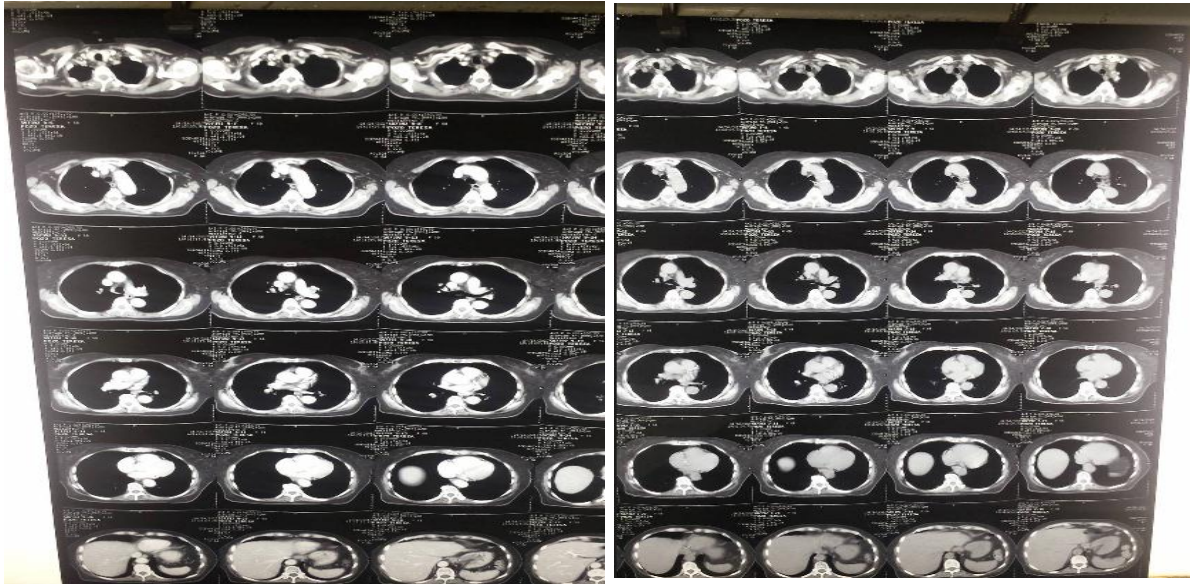
Fuente: López Maricela. Imagenología IESS Ambato. 2017.

Anexo N°4: Tomografía de abdomen



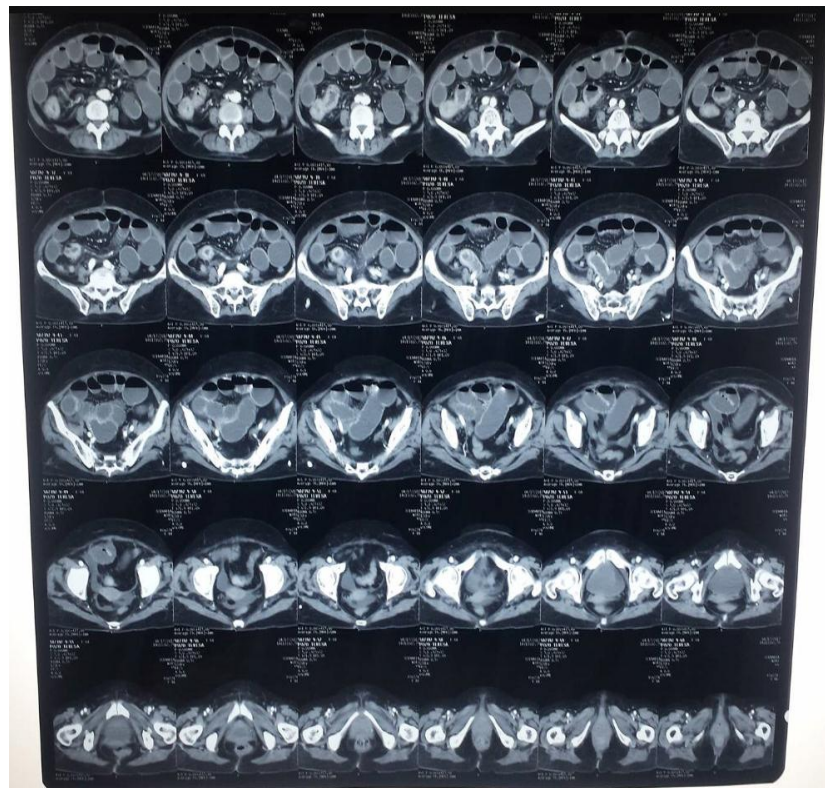
Fuente: López Maricela. Imagenología IESS Ambato. 2017.

Anexo N° 5: Tomografía de abdomen



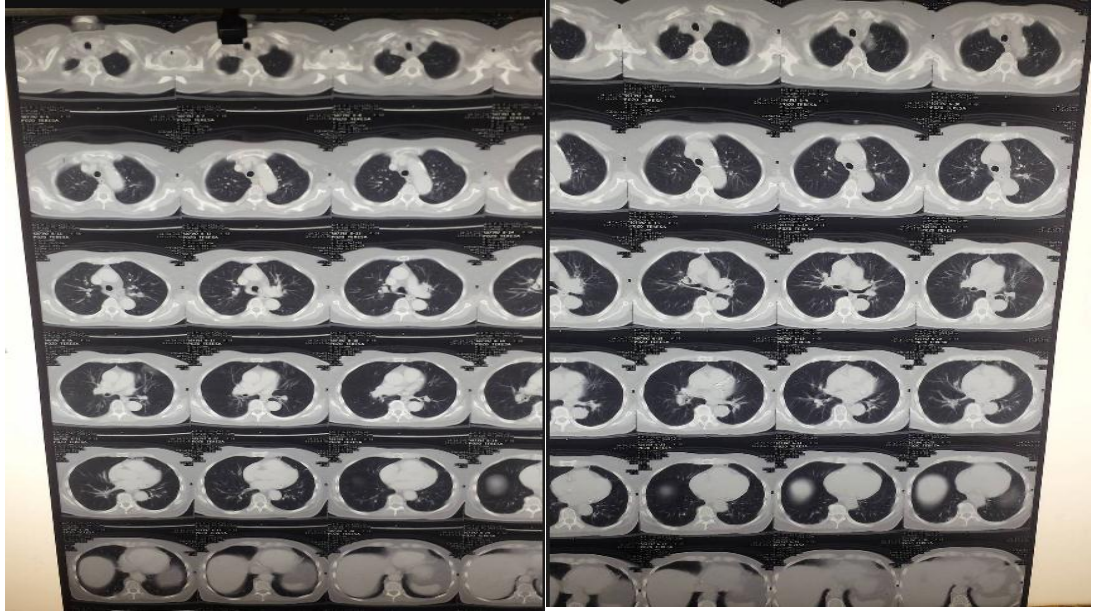
Fuente: López Maricela. Imagenología IESS Ambato. 2017.

Anexo N° 6: Tomografía de abdomen



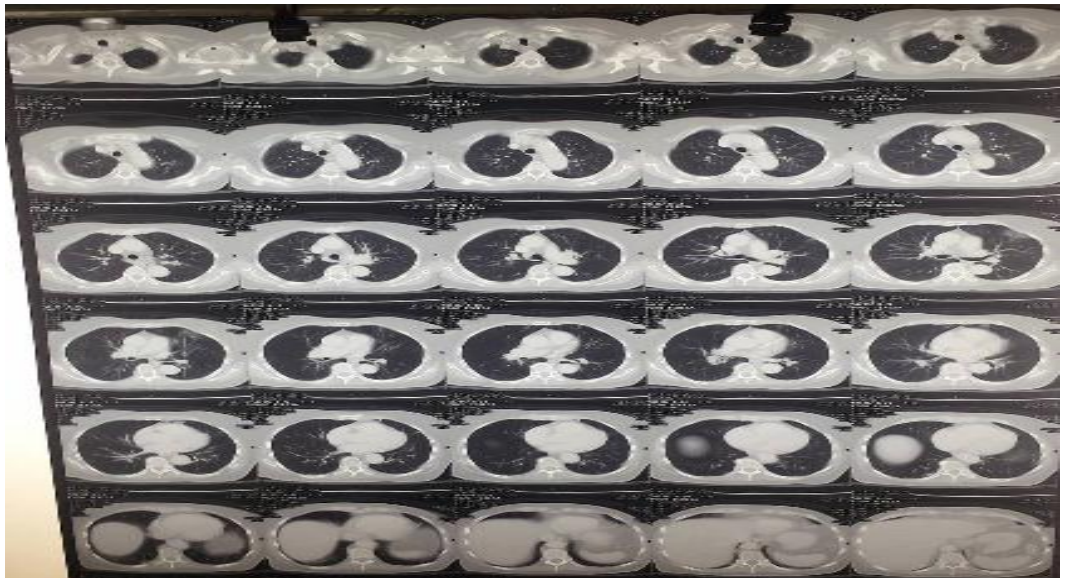
Fuente: López Maricela. Imagenología IESS Ambato. 2017.

Anexo N° 7: Angiotac Pulmonar



Fuente: López Maricela. Imagenología IESS Ambato. 2017.

Anexo N° 8: Angiotac Pulmonar



Fuente: López Maricela. Imagenología IESS Ambato. 2017

