|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del paciente** | Cristhian David Hernández Silva | |
| **Fecha de la atención señalada en la demanda** | Fecha de ingreso: 16 de junio de 2017 | |
| **Fecha análisis** | 7 de enero del 2025 | |
| **Médico que realiza el análisis** | Dra. Patricia de la Ossa. | |
| **Área involucrada** | Cirugía | |
| **Nombre jefe de área** | Jefe Leonel Andrés Castaño | |
| **Datos clínicos relevantes del paciente**(por favor indicar  si dentro de la información (HC) se encuentra información relevante  frente antecedentes que deban ser tenidos en cuenta) | | |
| **Nombre del Usuario**: Cristhian David Hernández Silva **Documento de identidad**: 1192804736 **Edad**: 16 años **Sexo**: Masculino **Diagnóstico principal**:   * Shock séptico de origen abdominal * Peritonitis por *Klebsiella pneumoniae* BLEE * Levaduras * Perforación a nivel de íleon * Falla renal aguda * Apendicectomía * Septicemia * Shock septico falla renal falla respiratoria - injuria pulmonar * Paro cardiaco.   **Informe Clínico - Resumen de Evolución del Usuario**  Fecha de ingreso: 16 de junio de 2017 Procedencia: Periferia (Yumbo) Motivo de ingreso: Dolor abdominal en flanco derecho, náuseas de 48 horas de evolución, sin evidencia de fiebre.  Al examen físico:   * Signos vitales estables * Signo de McBurney y Blumberg positivos.   Debido a los hallazgos, se solicitó valoración por cirugía general, 16/06/2017 16:23 quien quien lo valoro a las 17:54 y ordenó una apendicectomía por laparoscopia como urgencia vital, previa profilaxis con Ampicilina/Sulbactam. A las 20:30 del mismo día, el usuario fue intervenido quirúrgicamente, encontrando los siguientes hallazgos:   * Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local. * Despliegue de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón. * Tecnica quirurgica: * descripción quirúrgica: asepsia antisepsia. campos de cirugia. acceso laparoscopico umbilical con tecnica abierta insuflacion de neumoperitoneo y hallazgos. se procede a diseccion del meso apendice. y liberacion de plastron. se realiza enterorrafia por laparoscopia de desulimiento de serosa de asa yeyunal inmiscuida en plastron con vicryl 3 - 0. se realiza apendicectomia con doble hemolock proximal y hemolock distal. se extrae pieza quirurgica por puerto umbilical. se realiza drenaje de peritonitis localizada. retiro seguro de puertos y evacuacion de neumoperitoneo.   **Postoperatorio inmediato** A las 24 horas del postoperatorio (17/06/2017, 10:17), el usuario persiste con dolor abdominal en hipogastrio. Se inició tratamiento con Ranitidina EV, Tramadol 50 mg SC cada 12 horas y Trazodona 50 mg (para insomnio), sin aparente mejoría. El 19/06/2017 a las 05:34, el cirujano solicitó paraclínicos (sodio, cloro, potasio, hemograma, PCR) y una sonda nasogástrica. El 20/06/2017 a las 11:31, se sospechó íleo paralítico, por lo que se solicitó una placa de abdomen simple y gases arteriales. Reporte del 21/06/2017:   * PCR: 8 * Sodio: 141 * Potasio: 3.7 * Cloro: 103 * Lactato: 1.9 * Magnesio: 2.9 * Gases: Acidosis metabólica con alcalosis respiratoria compensatoria * Hemograma: Leucocitos 4310, N 89.2%, Hb 14.1, plaquetas 214,000 * Radiografía de abdomen: Niveles hidroaéreos escalonados y distensión de asas delgadas.   Tras la valoración del especialista en cirugía, se diagnosticó con íleo vs obstrucción intestinal o peritonitis residual, y se decidió realizar una relaparoscopia. El 22/06/2017 a las 00:26, el usaurio fue sometido a laparotomía exploratoria (laparoscopia diagnóstica, drenaje de peritonitis generalizada, anastomosis de intestino delgado a intestino delgado, y lisis de adherencias peritoneales por laparotomía). Durante el procedimiento, se evidencio:   * Abundante material intestinal. * Contaminación y estado comprometido de las asas intestinales, por lo que se decidió conversión a laparotomía mediana suprainfraumbilical. * Se drenó la peritonitis, se lavó profusamente la cavidad abdominal con 12 litros de solución salina y se evidenció perforación intestinal. * Se realizó resección segmentaria: ligadura del meso, resección y anastomosis término-terminal.   El usuario fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos con las siguientes indicaciones terapéuticas:   * Dipirona 2 g cada 6 horas * Omeprazol 40 mg EV * Hidromorfona 0.5 mg ahora * Piperacilina/Tazobactam 4.5 mg * Enoxaparina 40 mg SC cada 24 horas   **Evolución postoperatoria** A pesar del tratamiento, el 23/06/2017 a las 11:37, el usuario presentó distensión abdominal, sin eliminación de flatos, con signos vitales estables. El 24/06/2017, se observó mejoría del cuadro clínico, por lo que se inició dieta líquida por vía oral. El 27/06/2017, presentó dehiscencia de herida quirúrgica con sospecha de fuga por la anastomosis, por lo que se decidió realizar una nueva laparotomía exploratoria. Se encontró peritonitis fecal en 4 cuadrantes, dehiscencia del 70% de la anastomosis intestinal previa y adhesiones obstructivas en varios segmentos, desde el Treitz hasta la válvula ileocecal. Fue trasladado nuevamente a la unidad de cuidados intensivos, con pronóstico reservado debido a sepsis secundaria a peritonitis y alteraciones hemodinámicas.  **Tratamiento antibiótico y seguimiento** Se iniciaron tratamientos con Meropenem y Caspofungina (por sospecha de germen resistente), además de aislamiento por contacto con portador de BLEE. El 30/06/2017, se reportó cultivo positivo para *Enterobacter cloacae* resistente. El 01/07/2017, el usaurio fue sometido a drenaje de peritonitis generalizada y resección intestinal de aproximadamente 30 cm de intestino delgado, incluyendo la anastomosis previa no filtrada. El 14/07/2017, se presentó hipotensión, fiebre y dolor intenso, con resultados patológicos que indicaron inflamación aguda supurativa transmural. Se realizó lavado peritoneal debido a la presencia de fascias retraídas y cavidad abdominal bloqueada. El 17/07/2017, se realizó ileostomía debido a aumento de la producción de heces por lo que ordena quien ordena Y racecadotrilo.  **tratamiento y cultivos:**   * 16/06/2017: Inician esquema de profilaxis preoperatoria con ampicilina sulbactam . * 22/06/2017continúan con tazocin 4.5 mg * 26/06/2017 Meropenem yCaspofunginay suspenden tazocin * Cultivo de muestra de cavidad abdominal**:** Reacción leucocitaria , scasa Bacilos gramnegativos abundantes Cocobacilos gramnegativos abundantes Hifas y levaduras moderadas. * 30/06/2024: Se prenta en cultivo de cavidad Enterobacter cloacae resistente . * 21/07/2017 a las 14:34: Se inicia tratamientoCefepime . * **22/07/2017:** Suspenden Cefepime ,e inician Vancomicina (1 g cada 12 horas) y Meropenem .   **Condición crítica y evolución final** El 21/07/2017, se sospechó de septicemia, y el tratamiento antibiótico fue ajustado. El 23/07/2017, el usaurio presentó shock séptico con falla renal y respiratoria. El 23/07/2017 a las 03:29, el usaurio sufrió un paro cardíaco, y a las 03:04 am se registró su fallecimiento, debido a septicemia . | | |
| **Cumplimiento de los atributos de calidad en la atención** | | |
| **Criterio** | **Cumple(si/no)** | **Argumentos/explicación** |
| **Oportunidad** | **si** | Se evidencia una atención oportuna por parte del equipo multidisciplinario desde su ingreso por el servicio de urgencias y a lo largo de su estancia hospitalaria. |
| **Pertinencia** | **si** | El procedimiento indicado fue apendicectomía por laparoscopia, el cual era el adecuado para la patología de apendicitis aguda, que fue la causa del ingreso del paciente por el servicio de urgencias |
| **Accesibilidad** | **si** | El usuario tuvo acceso continuo desde el momento de su ingreso por triage hasta su valoración por consulta externa y hospitalización. |
| **Continuidad** | **si** | Fue valorado de manera continua y monitorizado, con valoraciones del equipo interdisciplinario en las diferentes areas en las que recibió atención médica intrainstitucional. |
| **Seguridad** |  |  |
| **Observaciones/comentarios** (en caso de tener  comentarios adicionales, por favor indicarlos) | | |
| **Se evidencia una inoportunidad en la programación de los lavados peritoneales indicados por el especialista en cirugía debido a la no disponibilidad de quirófanos."**  **"Se evidencia un cambio escalonado de los antibióticos en tiempos inferiores a 7 días.** | | |
| **Si se definiera contar con el apoyo de un perito, indique cuál considera que debería ser la especialidad de éste y cuáles serían las preguntas que deberían realizarse:** | | |
| Se requiere el análisis de las especialidades de cirugía general, medicina interna, infectología y el coordinador de cirugía.   **El tiempo definido para los lavados peritoneales, si se supera las 72 horas, pone en riesgo al usuario y aumenta la colonización bacteriana en el organismo que puedan desencadenar la muerte.**  ** Los antibióticos suministrados fueron los indicados para la patología que presenta el usuario, según los cultivos realizados en la cavidad abdominal.** | | |