

4-B

## EPICRISIS

IDENTIFICACION DEL PACIENTE						
NOMBRE	Vanessa Nevenka Andrea Torres Araya		EDAD	17 años	FECHA NACIMIENTO	01/08/2006
RUN	22175846-3	TELEFONO	922272259		FICHA CLINICA	548631
DOMICILIO	Pueblo Las Rojas, Parte Alta, Sitio 282					
FECHA INGRESO	12/03/2024		FECHA EGRESO	23/03/2024		
RESUMEN HOSPITALIZACIÓN						
<b>Médicos:</b> Dermatomiositis Mi-2 Alfa +, Ro-52 +, LES de reciente diagnóstico. <b>Quirúrgicos:</b> Niega <b>Hábitos:</b> Tabaco: no Drogas: no OH: no Actividad Física: sedentaria <b>Medicamentos:</b> Ácido fólico 1 mg dia, Azatioprina 50 mg cada 12 h, Hidroxicloroquina 200 mg cada 12 h, metotrexato 20 mg semanal Sc, Omeprazol 20 mg dia, Prednisona 35 mg dia, Cotrimoxazol forte 1 comp trisemanal. <b>Alergias:</b> Niega. <b>Sociales:</b> Vive con madre María Araya, 2 hermanos y 1 nuera. Escolaridad paso a 4to medio.						
HISTORIA						
Paciente presenta hace aproximadamente 1.5 meses lesión en pierna derecha que fue atribuida a posible picadura de insecto o arácnido, presentando placa necrótica que se mantuvo con curaciones, hace aprox 10 días reconsulta tras presentar secreción purulenta de dicha lesión por la que se inicia Cloxacilina completando 7 días. De manera concomitante madre refiere que hace aprox 1 mes presenta sensación de fatiga y disminución para realización de actividad física, requiriendo descansar cada 1 cuadra aproximadamente. Es evaluada por reumatología el 23/02/24 que describe diagnóstico de enfermedad mixta de LES + dermatomiositis Mi2alfa asociando prednisona a tratamiento crónico. Actualmente consulta por dolor precordial tipo puntada iniciado el 11/03 en la madrugada asociado a disnea. Al ingreso en Urgencias paciente clínicamente estable, hipertensa (PA: 162/119), Leve taquicardia 100-103 x', Saturando 95% sin requerimientos de O <sub>2</sub> , afebril, eupneica. ECG con RS regular con bloqueo incompleto de rama derecha, con signos de sobrecarga ventricular derecha (patrón S1 Q3 T3). Exámenes de laboratorio 11/03: Crea 0.82 BUN 26, Proteínas totales 8.5 Alb 2.7 GAP proteínas totales/alb: 5.8 (alto), LDH 203, PCR 3.4, PCT 0.17 Troponina US 47 Hb 9.2 VCM 84.8 Leucocitos 3850 RAN 1940 Plaquetas 125000. GSA pH 7.46 pCO <sub>2</sub> 25.2 pO <sub>2</sub> 62.5 HCO <sub>3</sub> 17.6 Na 134 K 3.7 Cl 107 CK total 16. OC inflamatoria con proteínas y eritrocitos.						
Ante sospecha de TEP se realiza AngioTAC que lo descarta. Describe concomitantemente signos de HT pulmonar, leve derrame pleural bilateral y pericardico, moderada ascitis. Paciente ingresa a cargo de Medicina Interna para estudio y manejo de cuadro clínico en estables condiciones generales, asintomática. El 13/03/2024 es evaluada por Dr. Rivas que da indicaciones de asociar amlodipino, mantener dosis de HCQ 200 mg/día, suspender azatropina, iniciar micofenolato 500 mg cada 8 horas con cada comida por 1 semana y aumentar a 1 gr cada 12 horas la segunda semana. Iniciar levotiroxina y manejo de hipertensión pulmonar con cateterismo por cardiología. Solicita estudio inmunológico, HIV serología. Se realiza ecocardiograma que reporta: FEVI 49%, aorta sin estenosis ni insuficiencia, VI hipertrofia moderada, severo en septum, no dilatado con leve compromiso de función sistólica global, disfunción diastólica tipo III. Leve dilatación de auricula izquierda, leve dilatación de cavidades derechas con leve a moderada hipertensión pulmonar sistólica. El día 15/03/2024 se realiza PPD para inicio de rituximab con análisis el lunes 18/03/2024 el cual resulta normal. El día 21/03/2024 se realiza cateterismo cardíaco derecho que reporta hipertensión pulmonar severa con test de vasoreactividad negativa, volemia y adenosina sin salto oximétrico. El 22/03/24 recibe 1ra dosis de Rituximab sin incidentes. Dada su estabilidad se decide su egreso hospitalario.						
PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES						
<b>11/03/24</b> AngioTC de tórax, abdomen y pelvis <b>21/03/24</b> Cateterismo cardíaco derecho						
PLANES						
Reumatólogo: Control en reumatología con Dr Rivas luego de 2do pulso de Rituximab. Será llamada para recibir la 2da dosis en CDT del Hospital de La Serena. Cardiovascular: Se deriva a policlínico de Cardiología para plantear ingreso a Ley Ricarte Soto de Hipertensión pulmonar Grupo I luego de compensar LES activo						

**DIAGNOSTICO EGRESO**

1. LES Activo SLEDAI 12 pts.
2. Poliserositis secundaria.
3. Nefritis lupica
4. Hipertensión secundaria
5. Hipertensión pulmonar severa
6. Cor pulmonar secundario
7. Hipotiroidismo
8. Anemia normocítica moderada
9. Obs secundaria a enf. Crónicas.
10. Antecedentes:
11. Dermatomiositis juvenil

**INDICACIONES:**

1. Reposo relativo
2. Régimen liviano, hiposódico.
3. Omeprazol 20 mg cada mañana en ayuno vía oral
4. Sildenafil 25 mg cada 8 horas vía oral
5. Enalapril 20 mg cada 12 horas vía oral
6. Amlodipino 10 mg cada día vía oral
7. Ácido fólico 1 mg día vía oral
8. Micofenolato mofetilo 1 gr cada 12 horas vía oral con las comidas
9. Hidroxicloroquina 200 mg cada día vía oral
10. Levotiroxina 50 mcg cada día en ayuno vía oral (1 hr previo a Omeprazol)
11. Prednisona 35 mg cada día vía oral
12. Cotrimoxazol forte 800/160 mg, días Lunes-Miércoles-Viernes vía oral
13. Calcio + vitamina D 500/400, 2 comp cada día vía oral
14. Control en policlínico de reumatología en 45-60 días
15. Control en policlínico de cardiología antes de 30 días (evaluar postulación a Ley Ricarte Soto)
16. Acudir a urgencias en caso de sangrado, fiebre, dificultad respiratoria o según estime necesario

NOMBRE Y FIRMA MEDICO:

Dr. Víctor Tapia Jiménez  
Médico Internista HLS

DR. VÍCTOR TAPIA JIMÉNEZ

Médico Internista  
Médico Internista HLS  
RUT: 18.509.060-4

FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE

*marta suaya*