2024-00113-01

Andres Mauricio Ruales Torres <arualest@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Vie 22/03/2024 9:17 AM

Para:Secretaria Sala Familia Tribunal Superior - Seccional Medellín <secfamed@cendoj.ramajudicial.gov.co>;Juzgado 02 Familia Circuito - Antioquia - Medellín <j02fctomed@cendoj.ramajudicial.gov.co>

8 archivos adjuntos (1 MB)

CertificadoAfiliacionARLSura.pdf; CamScanner 21-03-2024 20.37.pdf; CertificadoAfiliacionColpensiones.pdf; PronunciamientoyPeticionEspecial.pdf; HistoriaClinica (1).jpeg; HistoriaClinica (2).jpeg; HistoriaClinica (3).jpeg; WhatsApp Image 2024-03-08 at 1.07.22 AM.jpeg;

Buenos días,

Me permito remitir escrito a fin de que obre dentro del proceso que se encuentra en impugnación,

Cordialmente,

Andres Mauricio Ruales Torres

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

Señor
TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN, SALA DE FAMILIA
E. S. D.

REFERENCIA: PRONUNCIAMIENTO Y PETICIÓN ESPECIAL.

ACCIONANTE: ANDRÉS MAURICIO RUALES TORRES COMO AGENTE OFICIOSO DE MI PRIMO FRANCISCO ANTONIO ÁLVAREZ TORRES.
ACCIONADO: EPS-S SURA, EPS SURA, ARL SURA, ESE HOPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD, ADRES, ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGUÍ, LA SUPERINDENCIA DE SALUD Y SAVIA SALUD EPS-S.
RADICADO: 2024-00113-01

Andrés Mauricio Ruales Torres identificado con la cédula de ciudadanía número **1.020.424.210** expedida en **Bello**, obrando como agente oficioso de mi primo **Francisco Antonio Álvarez Torres,** identificado con la cédula de ciudadanía número **8.154.169**, me dirijo ante su despacho para poner de presente lo siguiente:

En virtud del escrito de impugnación presentado por parte de la hoy accionada EPS Sura, me permito indicar que no son de recibo sus argumentos, por cuanto mi primo Francisco Antonio venía presentando afiliación efectiva de tiempo atrás de manera continua e ininterrumpida y por más de un año, como se acredita en los registros históricos de afiliación que se encuentran en poder de la accionada (se invierte carga de la prueba), máxime que la accionada en su escrito lo acepta.

Ahora en cuanto a la afiliación a la EPS Savia Salud, se tiene que esta se originó en virtud del evento urgente derivado de un accidente laboral, el cual hoy en día es objeto de investigación, situación que motivo a los empleados del Hospital General de Medellín a proceder con la afiliación del hoy afectado a esa EPS del régimen subsidiado, tal y como fue expuesto por dicho Hospital en su contestación, y a efectos de proceder a brindarle las respectivas atenciones médicas por él requeridas, por cuanto era el debido proceso que se debía seguir en tratándose de emergencias médicas urgentes, como lo es el presente caso. Es por lo que no es de recibo lo manifestado por la EPS Sura, al indicar que el traslado fue peticionado por el mismo afectado, pues es ilógico y sus condiciones de salud no se lo permitían, ya que solo basta con una simple lectura de la historia clínica para determinar su incapacidad y delicado estado de salud para solicitar el traslado (ver historia clínica).

Seguidamente, el mismo día de la ocurrencia de los hechos, al igual que de la afiliación a la EPS Savia Salud por urgencia, esto es el 02 de marzo de 2024, se dio de igual manera la afiliación de mi primo a la EPS Sura en el régimen contributivo, a la ARL Sura y al Fondo de Pensiones Colpensiones, estas tres últimas fueron pagadas de manera conjunta (en Pila) siendo efectivos los pagos, al igual que las afiliaciones, tal y como fuera ilustrado por el Juez de primera instancia dentro del fallo de tutela y que en esta ocasión me permito traer a colación; así como también obra dentro del material probatorio que se adjunta al presente escrito (ver documentos adjuntos). Lo cual denota a todas luces que efectivamente mi primo se encuentra afiliado con éxito a la EPS Sura en el régimen contributivo con fecha de radicación efectiva del 04 de marzo de 2024, con fecha de ingreso del mismo día 04 de marzo de 2024 y que la novedad fue aplicada con éxito para el periodo de pago del 03/2024, pues así fue debidamente certificado por la parte accionada. Ya que el día de la ocurrencia de los hechos fue un sábado, es decir un día no hábil por

ello solo hasta el día 04 de marzo hogaño lo aplicó el sistema, pero cabe advertir, la radicación de la solicitud se presentó desde el mismo 02 de marzo de 2024**.**

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6I_12690

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Ingreso

Afiliado	CC 8154169 FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES
Tipo de cotizante	57 Independiente Voluntario al sistema de Riesgos Laborales
Salario Base	$ 1,300,000
Fecha de ingreso	04/03/2024
Fecha de radicación	04/03/2024 10:45:29 a.m.
Codigo de Transacción	174550587

Resultado del Ingreso

Novedad aplicada con éxito El período de inicio de pago es03/2024

En cuanto al estado de salud de mi primo, en términos generales su salud empeora con el pasar del tiempo, el cuello ortopédico estabilizador tuvo que ser removido el día 20/03/2024 por cuanto estaba creando laceraciones en su mentón, cabeza y cuello, situación que afecta ostensiblemente su columna que como es bien sabido se encuentra fracturada; para el día de hoy 22/03/2024 debe ser intervenido quirúrgicamente, ya que se le debe de materializar una traqueotomía por cuanto los tubos respiratorios empezaron afectar su tráquea, lo que conllevaría a una infección y posteriormente una perdida de las cuerdas bucales; permanece gran parte del día sedado con medicamentos muy fuertes (Fentanilo entre otros), en pocos lapsos de tiempo debe de quitársele la sedación para que su organismo haga lo suyo y así evitar que sus órganos colapsen o simplemente dejen de funcionar, lo que ocasiona que al estar consiente experimente episodios fuertes que hacen que su presión arterial suba y baje, al igual que su ritmo cardiaco y la saturación, teniendo que ser sedado de nuevo**.** Estas son solo algunas cosas que puedo relatar, lo demás se encuentra contenido en la historia clínica y puede ser verificado de su parte (Ver historia Clínica anexa)**.**

En conclusión: Se cumplen a cabalidad con los presupuestos Constitucionales para que de manera inmediata la EPS Sura cumpla con la orden que le fue dada por parte del Juez de Primera Instancia, pues (i) en aplicación al ***principio de la libre escogencia*** se tiene que mi primo llevaba mas de un año afiliado a la EPS Sura y que su traslado no obedeció a su propia voluntad, sino a un evento adverso de fuerza mayor y caso fortuito, además no fue él quien hizo la afiliación a Savia Salud EPS, debido a sus condiciones físicas y delicado estado de salud; y (ii) al ***principio de la condición más beneficiosa***, se tiene que lo más beneficioso para la efectiva prestación de los servicios en salud es que sea la EPS Sura quien asuma los mismos, por cuanto, por un lado la EPS Savia Salud se encuentra intervenida y por ende no existe garantía para la prestación efectiva de los servicios médicos en salud; y por otro lado, mi primo se encuentra inscrito a Sura EPS dentro del régimen contributivo y se encuentra activo al realizar el pago de la cotización, como ya quedó reseñado, por ende es el llamado a dar cumplimiento**.**

PETICIONES

PRIMERO: Se confirme el fallo de primera instancia en toda su integridad.

SEGUNDO: Se le ordene a Sura EPS, dar cabal cumplimiento a lo ordenado de manera **inmediata**, ya que con el pasar del tiempo se ve más comprometida la vida de mi primo.

Atentamente,

Andrés Mauricio Ruales Torres
C. C. **1.020.424.210** de **Bello-Antioquia**

ARL | sura

Medellín, 04 March 2024

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
CERTIFICA:

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de ARL SURA S.A. a la fecha 04/03/2024 11:34, con relación a la afiliación y cobertura de FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 8154169, afiliado en calidad de Trabajador Independiente Voluntario.

Fecha de Inicio de cobertura: 03/03/2024
Fecha de fin de cobertura:
Estado actual de la cobertura: EN COBERTURA
Código de ocupación: 7233
Descripción ocupación: Mecánicos y reparadores de máquinas agrícolas e industriales
Clase de riesgo: 3
Porcentaje de cotización: 2.436

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C81541692406441668

Atentamente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP:181.54.167.195,

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **8154169**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de marzo de 2024.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Powered by CamScanner

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6I_12690

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Ingreso

Afiliado	CC 8154169 FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES
Tipo de cotizante	57 Independiente Voluntario al sistema de Riesgos Laborales
Salario Base	$ 1,300,000
Fecha de ingreso	04/03/2024
Fecha de radicación	04/03/2024 10:45:29 a.m.
Código de Transacción	174550587

Resultado del Ingreso

Novedad aplicada con éxito El periodo de inicio de pago es03/2024

Powered by CamScanner

HGM Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIOLOGIA	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO:	MI_AIS_JAS072F03
			VERSIÓN:	02
			FECHA:	22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

Lugar y Fecha: Medellín - 21.03.2024 10:30:14
Nombre del Procedimiento: TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA,
Nombre del Paciente: FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES
Identificación: 8154169 **Nº Historia Clínica:** 2116059
Representante Legal (si Aplica): **Identificación:**
Acompañante (si se cuenta con): **Identificación:**

Doy fe de que el profesional QUIÑONES PORTILLA, GUSTAVO ANDRES Anestesiólogo, me explicó que la anestesia es un proceso que conduce a la supresión del dolor y/o inconsciencia para permitir un procedimiento quirúrgico con los siguientes BENEFICIOS: , y que además hay varias modalidades de anestesia, entre otras: GENERAL, CONDUCTIVA, BLOQUEO DE NERVIOS y que la anestesia, como todo acto médico, tiene riesgos:

1. RIESGOS DE LA ANESTESIA GENERAL:
Para producir anestesia general se utilizan medicamentos por vía inhalatoria y/o intravenosa que pueden causar, entre otros: alergias, cambios de la presión arterial, disminución de la oxigenación y excepcionalmente paro cardiorespiratorio y la muerte. Otros riesgos durante la anestesia general son: pérdida o fractura de piezas dentarias, heridas en labios y lengua, recuerdo intraoperatorio, convulsiones (ataques), ronquera, hipertermia maligna, úlceras de córnea, trastornos del sueño, arritmia, infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, así como insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales.
2. RIESGOS DE LA ANESTESIA CONDUCTIVA:
Existen dos modalidades: raquídea y epidural. Pueden tener riesgo de infección en el sitio de aplicación (punción), edema (hinchazón), neuritis (inflamación de los nervios), reacciones alérgicas, sangrado, dolor de cabeza leve o severo, meningitis, convulsiones (ataques), lesión nerviosa con o sin parálisis de los miembros inferiores en forma transitoria o permanente, alteraciones de la presión arterial, alteración de la oxigenación y excepcionalmente paro cardiorespiratorio y la muerte, así como infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales, entre otros.
3. RIESGOS DE LA ANESTESIA CON BLOQUEOS DE NERVIO:
Reacciones alérgicas, infección en el sitio de aplicación (punción), lesión nerviosa con parálisis de la extremidad en forma transitoria o permanente, dolor crónico secundario a lesión nerviosa, lesión vascular, neumotórax (aire en el pulmón), complicaciones cardiopulmonares, convulsiones (ataques), infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, así como insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales y en raros casos la muerte, entre otros.

Adicionalmente se me explicó que la práctica médica, anestésica y quirúrgica no son ciencias exactas y que nadie puede dar garantía o promesa acerca de la administración de la anestesia o sus resultados. Al respecto se me dio informaron y una serie de aclaraciones sobre el acto anestésico, sus posibles riesgos, limitaciones y consecuencias, para que en uso de mis facultades y bajo plena libertad, autorice la anestesia durante el procedimiento quirúrgico TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA.

Sé me ha indicado que tanto la anestesia conductiva como los bloqueos de nervios, pueden producir bloqueos incompletos, por lo que sería necesario utilizar otro tipo de anestesia complementaria.

Se me advirtió que acorde con mis CONDICIONES ESPECÍFICAS DE SALUD, tendría los siguientes RIESGOS ANESTESICOS ADICIONALES INHERENTES: .(Sólo se diligencia cuando existen riesgos típicos para un paciente específico).

Se me advirtió que es necesario guardar 6 horas de ayuno antes de la cirugía, entendiendo que no debo comer o beber absolutamente nada (ni mascar chicle o confites), pues en la aplicación de la anestesia se puede presentar vómito y el contenido de residuos alimentarios irse al pulmón (fenómeno conocido como broncoaspiración) con severas complicaciones y riesgo alto para la vida.
Si soy usuaria de sexo femenino, entiendo que al existir la más mínima duda de embarazo, debo comunicarlo por el riesgo de aborto o malformaciones fetales.

jefegineco

Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIOLOGIA	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO:	MI_AIS_IAS072F03
			VERSIÓN:	02
			FECHA:	22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

También se me advirtió que durante el curso de cualquier intervención se pueden presentar condiciones imprevistas que requieren una extensión del procedimiento o uno diferente al programado, o cambiar de técnica anestésica, necesidad de transfusión sanguínea o ser transferido a cuidados especiales o intensivos.

Declaro que he recibido suficiente información y me han resuelto las preguntas que he realizado, respecto a la naturaleza y propósito del procedimiento, sus alternativas terapéuticas, probabilidades de éxito, riesgos y complicaciones.

Conociendo y comprendiendo todos los riesgos, autorizo a los anestesiólogos asignados por EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN para suministrar la anestesia necesaria, de acuerdo con mis particulares condiciones, para el procedimiento programado para mí, en procura del restablecimiento de mi salud.

Tengo claro que el anestesiólogo que me atenderá el procedimiento podrá ser diferente a quien me da la explicación y que ambos son igualmente idóneos.

Autorizo a la Institución el uso de la información contenida en la historia clínica para fines académicos, investigativos, epidemiológicos y administrativos.

En constancia firmamos:

Paciente:	Representante Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)
Acompañante	Especialista

DISENTIMIENTO

En uso de mis facultades y de la libertad de tomar decisiones o autodeterminación que me asiste para efectos de autorizar o no la realización de cualquier intervención o procedimiento en mi cuerpo, dejo expresa constancia de que disiento del procedimiento ., cuya naturaleza, condiciones, riesgos, y alternativas me fueron explicados por el profesional QUIÑONES PORTILLA, GUSTAVO ANDRES

Paciente:	Representante Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)
Acompañante	Especialista

Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIOLOGIA	ATENCION INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO:	MI_AIS_IA8072F03
			VERSIÓN:	02
			FECHA:	22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

Lugar y Fecha: Medellin - 21 03 2024 10:30:14
Nombre del Procedimiento: TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA;
Nombre del Paciente: FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES
Identificación: 8154169 **N° Historia Clínica:** 2116059
Representante Legal (si Aplica): **Identificación:**
Acompañante (si se cuenta con): **Identificación:**

Doy fe de que el profesional QUIÑONES PORTILLA, GUSTAVO ANDRES Anestesiólogo, me explicó que la anestesia es un proceso que conduce a la supresión del dolor y/o inconsciencia para permitir un procedimiento quirúrgico con los siguientes BENEFICIOS: y que ademas hay varias modalidades de anestesia, entre otras: GENERAL, CONDUCTIVA, BLOQUEO DE NERVIOS y que la anestesia, como todo acto médico, tiene riesgos:

1. RIESGOS DE LA ANESTESIA GENERAL:
Para producir anestesia general se utilizan medicamentos por vía inhalatoria y/o intravenosa que pueden causar, entre otros: alergias, cambios de la presión arterial, disminución de la oxigenación y excepcionalmente paro cardiorespiratorio y la muerte. Otros riesgos durante la anestesia general son: pérdida o fractura de piezas dentarias, heridas en labios y lengua, recuerdo intraoperatorio, convulsiones (ataques), ronquera, hipertermia maligna, ulceras de córnea, trastornos del sueño, arritmia, infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, así como insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales.
2. RIESGOS DE LA ANESTESIA CONDUCTIVA:
Existen dos modalidades: raquidea y epidural. Pueden tener riesgo de infección en el sitio de aplicación (punción), edema (hinchazón), neuritis (inflamación de los nervios), reacciones alérgicas, sangrado, dolor de cabeza leve o severo, meningitis, convulsiones (ataques), lesión nerviosa con o sin parálisis de los miembros inferiores en forma transitoria o permanente, alteraciones de la presión arterial, alteración de la oxigenación y excepcionalmente paro cardiorespiratorio y la muerte, así como infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales, entre otros.
3. RIESGOS DE LA ANESTESIA CON BLOQUEOS DE NERVIO:
Reacciones alérgicas, infección en el sitio de aplicación (punción), lesión nerviosa con parálisis de la extremidad en forma transitoria o permanente, dolor crónico secundario a lesión nerviosa, lesión vascular, neumotorax (aire en el pulmón), complicaciones cardiopulmonares, convulsiones (ataques), infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, así como insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales y en raros casos la muerte, entre otros.

Adicionalmente se me explicó que la practica medica, anestésica y quirúrgica no son ciencias exactas y que nadie puede dar garantía o promesa acerca de la administración de la anestesia o sus resultados. Al respecto se me dio informaron y una serie de aclaraciones sobre el acto anestesico, sus posibles riesgos, limitaciones y consecuencias, para que en uso de mis facultades y bajo plena libertad, autorice la anestesia durante el procedimiento quirúrgico: TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA.

Se me ha indicado que tanto la anestesia conductiva como los bloqueos de nervios, pueden producir bloqueos incompletos, por lo que sería necesario utilizar otro tipo de anestesia complementaria.

Se me advirtió que acorde con mis CONDICIONES ESPECÍFICAS DE SALUD, tendría los siguientes RIESGOS ANESTESICOS ADICIONALES INHERENTES: (Sólo se diligencia cuando existen riesgos típicos para un paciente específico)

Se me advirtió que es necesario guardar 6 horas de ayuno antes de la cirugía, entendiendo que no debo comer o beber absolutamente nada (ni mascar chicle o confites), pues en la aplicación de la anestesia se puede presentar vómito y el contenido de residuos alimentarios irse al pulmón (fenómeno conocido como broncoaspiración) con severas complicaciones y riesgo alto para la vida.
Si soy usuaria de sexo femenino, entiendo que al existir la más mínima duda de embarazo, debo comunicarlo por el riesgo de aborto o malformaciones fetales.

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6I_1269014**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Ingreso

Afiliado	CC 8154169 FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES
Tipo de cotizante	57 Independiente Voluntario al sistema de Riesgos Laborales
Salario Base	$ 1,300,000
Fecha de ingreso	04/03/2024
Fecha de radicación	04/03/2024 10:45:29 a.m.
Código de Transacción	174550587

Resultado del Ingreso

Novedad aplicada con exito El periodo de inicio de pago es03/2024

Fecha de generación 04/03/2024

REMISION DE HISTORIA CLINICA ACTUALIZADA 2024-00113-01

Andres Mauricio Ruales Torres <arualest@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Vie 22/03/2024 1:30 PM

Para:Secretaria Sala Familia Tribunal Superior - Seccional Medellín <secfamed@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC:Juzgado 02 Familia Circuito - Antioquia - Medellín <j02fctomed@cendoj.ramajudicial.gov.co>

1 archivos adjuntos (28 MB)
HISTORIA CLINICA FRANCISCO ALVAREZ.pdf;

Buenas Tardes

por medio de la presente me permito remitir historia clínica actualizada a fin de que sea tenida en cuenta dentro del respectivo tramite procesal que se adelanta,

muchas gracias,

Andres Mauricio Ruales Torres

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

Carrera 48 No 32 -102
Conmutador: 384 73 00
www.hgm.gov.co
Medellin , Colombia
Nit: 890 904 646 -7

Historia Clínica

Hospital General de Medellin
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Paciente	: FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES	**Identificación**	: CC - 8154169
Fec. Nac.	: 17.12.1973	**Edad/Sexo**	: 50 años / M
Aseguradora	: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	**T. Vinculación**	: Subsidiado Nivel 2
Admisión	: 02.03.2024 13:34:13	**Episodio:** 2116059	**Cama:** CA-811
Dirección	: BELLO		
Teléfono	: 3002674880		
Nombre Acompañante:	ALVAREZ JOSE ALFREDO	**Teléfono**	: 3002674880
Nombre persona responsable del usuario:	ALVAREZ JOSE ALFREDO		
Teléfono	: 3002674880	**Parentesco**	: Otro

Nacido en Otra Institución : No
Motivo de Consulta : "SE CAYÓ DE UN TECHO"
Población especial : NO
Causa Externa : Otro Tipo de Accidente
Finalidad de la Consulta : No Aplica
Enfermedad Actual : PACIENTE DE 50 AÑOS, SOLTERO, SIN HIJOS, RESIDENTE EN MEDELLIN,BARRIO BUENO AIRES, MECANICO DE MAQUINARIA AMARILLA REFIERE. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS NO REFIERE QUIRURGICOS NO REFIERE TOXICOLOGICOS: 30 CIGARRILLOS AL DIA HACE 25 AÑOS,LICOR FRECUENTE. ALERGICO A LA PICADURA DE AVISPAS, NO REFIERE A MEDICAMENTOS. TRAIDO POR LOS BOMBEROS DE ITAGUI, NO FUE ACEPTADO EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGUI. REFIEREN QUE HACIA LAS 11:30 HORAS DE HOY 02/03/2024, MIENTRAS ARREGLABA UN TECHO, SUBIDO EN UNA ESCALERA DE APROXIMADAMENTE 2,5 METROS DE ALTURA, RESBALA Y CAE AL PARECER EN DECUBITO SUPINO, TIENE HEMATOMA OCCIPITAL, DOLOR EN EL CUELLO, PARESTESIAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, LIMITACION PARA LA MOVILIDAD DE LOS MIEMBROS INFERIORES, Y POCO CONTROL DE LOS MIEMBROS SUPERIORES, NO HUBO PERDIDAS DE LA CONCIENCIA. REFIERE SE ENCONTRABA TOMANDO CERVEZA Y AGUARDIENTE, HAY HALITOSIS ALCOHOLICA. PRESION EN SITIO DE ATENCIÓN 96/64, AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN 89/59

Revisión Por Sistemas

Sintomas generales :
f
Cabeza :
f
Órganos de los sentidos :
f
Garganta :
f
Cuello :
f
Cardiorrespiratorio :
f
Mamas :
f
Gastrointestinal :
f
Genitourinario :
f
Gineco-Obstétrico :
f
Venéreo :
f
Endocrino :
f
Locomotor :
f
Neuromuscular :
f
Neurosiquiatrico :
f
Piel y anexos :
f

Signos Vitales de Ingreso

Estado de Ingreso : Vivo

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Paciente : FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES **Identificación** : CC - 3154165

Historia Clínica

Temperatura	: 36,0	°C	Peso	: 47,000	Kg	Per. Cef.	: 0,00
Presión Arterial :	88 / 56	mm Hg	Talla	: 1,550	mtrs	Per. Abd.	: 0,00
Frec. Cardiaca	: 74	x min	IMC	: 19,56		SC (m2)	: 1,42
Frec. Respiratoria	: 20	x min	Sat con O2	: 0,00		Sat sin O2	: 89,00

Examen Físico

Estado de Conciencia : Alerta
Estado Respiratorio : Normal
Estado de Hidratacion : Bien Hidratado
Estado General : Regular

Hallazgos Examen Fisico Adultos

Cabeza : SE PALPA HEMATOMA OCCIPITAL QUE NO LOGRO EXPLORAR MAS ESTRICTAMENTE POR INMOVILIZACION CERVICAL
Cara : SIN TRAUMAS EVIDENTES, MAL ESTADO DENTARIO
ORL : SIN TRAUMAS EVIDENTES
Cuello : REFIERE DOLOR CERVICAL RELATA PARESTESIAS EN BRAZOS Y PIERNAS
Tórax y Mamas : RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS,MURMULLO VESICULAR DE BUEN TONO E INTENSIDAD EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN RUIDOS PATOLOGICOS AGREGADOS
Abdomen : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO
Genitourinario : NO EVALUADO
Extremidad : SIN ALTERACIONES EVIDENTES, REFIERE POSIBILIDAD PARA MOVILIZAR MIEMBROS INFERIORES, POCO CONTROL DEL MOVIMIENTO DE LAS MANOS
Neurológico : PARAPLEJIA INSINUADA DE MIEMBROS INFERIORES,REFLEJOS PATELARES DISMINUIDOS.
SIN CONTROL CLARO DE MOVIMENTOSDE LOS MIEMBROS SUPERIORES
Otros Hallazgos : NO EVALUADO
Med. Registra : VELEZ TUBEROUA,LUIS GUILLERMO **Registro Med.** : 1524748?
Especialidad : MEDICO

Análisis y Conducta

PACIENTE DE 50 AÑOS, CON CAIDA DE ALTURA DE 2,5 METROS, CON TRAUMA EN CABEZA Y CUELLO, CON PARAPLEJIA DE MIEMBROS INFERIORES Y DISMINUCION DEFUERZA DE MIEMBROS SUPERIORES. DOLOR CERVICAL. VIENE EN CAMILLA RIGIDA CON COLLAR CERVICAL QUE NO SE RETIRA HASTA VERIFICAR AUSENCIA DE LESIONCERVICOL O EN COLUMNA

Diagnósticos de Ingreso

02.03.2024 19:30:01 DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
TIDEX
FRACTURA DE LA COLUMNA VERTEBRAL, NIVEL NO ESPECIFICADO

Otros diagnósticos

02.03.2024 14:36:12 VELEZ TUBEROUA, LUIS GUILLERMO
T040
TRAUMATISMOS POR APLASTAMIENTO QUE AFECTAN LA CABEZA CON EL CUELLO
02.03.2024 19:05:23 DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
R578
OTRAS FORMAS DE CHOQUE
04.03.2024 13:42:44 Nutricionista GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
Y845
INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL
04.03.2024 13:49:44 Nutricionista GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
E440
DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA
12.03.2024 12:40:11 Nutricionista GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
R739
HIPERGLICEMIA, NO ESPECIFICADA
15.03.2024 15:21:53 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
F411
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Órdenes Clínicas

- 02.03.2024 14:39:53 VELEZ TUBEROUA, LUIS GUILLERMO

"Este documento ha sido firmado electrónicamedianteacuerdo a lo establecido en ele creto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

0000879205 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTO
Justificación : COLUMNA TOTAL
0000879201 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTO
Justificación : SIN CONTRASTE
0000879111 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

* 02.03.2024 14:55:56 VELEZ TUBERQUIA, LUIS GUILLERMO
0000879420 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS
Justificación : EMERGENTE SIN CREATININA
0000879301 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX
Justificación : TAC DE TORAX EMERGENTE SIN CREATININA
0000879205 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTO
Justificación : TAC DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL
0000879201 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTO

* 02.03.2024 16:05:47 VELEZ TUBERQUIA, LUIS GUILLERMO
0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC

* 02.03.2024 16:06:04 VELEZ TUBERQUIA, LUIS GUILLERMO
0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903856 NITRÓGENO UREICO

* 02.03.2024 17:56:16 DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
0008902052 PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
0003891031 INSERCION DE CATETER CENTRAL, VIA PERIFE
0000903883 GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]
0000895100 ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFI
0000893812 REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA
0000579401 INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESIC

* 02.03.2024 17:56:49 DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
0000890408 INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA

* 02.03.2024 18:28:42 DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
0000890473 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROC
Justificación : COLUMNA
0008904801 INTERCONSULTA MODULO DE COLUMNA

* 02.03.2024 18:29:19 DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
0000890480 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPE

* 02.03.2024 18:51:57 DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
0000903604 CALCIO IONICO
0000903111 ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
0000902213 HEMOGLOBINA
0000902211 HEMATOCRITO

* 02.03.2024 23:26:14 CARDONA JIMENEZ, SANTIAGO
0000890480 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPE

* 02.03.2024 23:26:54 CARDONA JIMENEZ, SANTIAGO
0000890435 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍ

* 03.03.2024 05:00:00 VIATELA HOYOS, GERMAN ANDRES
0000902220 RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO

* 03.03.2024 07:06:25 VIATELA HOYOS, GERMAN ANDRES
0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC

* 03.03.2024 07:06:35 VIATELA HOYOS, GERMAN ANDRES
0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS

* 03.03.2024 07:06:36 VIATELA HOYOS, GERMAN ANDRES
0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903856 NITRÓGENO UREICO

Powered by CamScanner

Historia Clínica

- 03.03.2024 07:06:51 VIATELA HOYOS, GERMAN ANDRES
  0000903111 ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 03.03.2024 13:28:20 BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  0000890443 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR
  0000890482 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRI
  0008904801 INTERCONSULTA MODULO DE COLUMNA
- 03.03.2024 13:35:54 BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  0000890410 INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA
- 03.03.2024 13:39:30 BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  0000890480 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPE
- 03.03.2024 13:46:16 BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  0000970100 SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO
  0000890406 INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA
- 03.03.2024 14:26:43 VASQUEZ CANO, BLANCA IRENE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 03.03.2024 14:46:10 MANOSALVA CORTES, EDGAR FABIAN
  0000998701 SOPORTE ANESTESICO PARA CONSULTA O APOYO
  Justificación : fractura de columna cervcial
  0000883220 RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA
  Justificación : con lesion medular completa
  0000883210 RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL
  Justificación : fractura de columna cervcial
- 03.03.2024 15:33:23 BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  0008870011 PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA
  0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE
- 03.03.2024 18:27:28 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0000931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
  0000890433 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍ
- 03.03.2024 18:32:47 VASQUEZ CANO, BLANCA IRENE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 03.03.2024 20:00:00 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0008870011 PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA
  0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE
- 04.03.2024 03:07:00 VELEZ HENAO, ANDREA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 04.03.2024 03:27:55 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 04.03.2024 03:30:37 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 04.03.2024 03:30:47 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0000903604 CALCIO IONICO
- 04.03.2024 03:43:00 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 04.03.2024 03:43:01 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
  0000903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
- 04.03.2024 03:43:21 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0000903867 TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPA
  0000903866 TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO

Powered by CamScanner

Historia Clínica

	0000903821		CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK
•	04.03.2024	06:00:00	GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
	0000902220		RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO
•	04.03.2024	07:22:56	PIEDRAHITA ZAPATA, CARLOS MARIO
	0008904801		INTERCONSULTA MODULO DE COLUMNA
•	04.03.2024	10:27:58	CARDENAS GONZALEZ, JUAN
	0000890408		INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
•	04.03.2024	10:29:21	CARDENAS GONZALEZ, JUAN
	0008870011		PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA
	0000871121		RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE
•	04.03.2024	13:02:05	MUÑIZ PELAEZ, ISNIEL
	0000890426		INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTE
•	04.03.2024	15:58:28	RAMIREZ MAYA, CAROLINA
	0000939403		TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
•	05.03.2024	00:16:09	AVILA MERA, JULIAN FELIPE
	0000939403		TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
•	05.03.2024	01:00:00	CARDENAS GONZALEZ, JUAN
	0000903111		ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
•	05.03.2024	04:06:00	CARDENAS GONZALEZ, JUAN
	0000903839		GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
•	05.03.2024	04:06:59	CARDENAS GONZALEZ, JUAN
	0000902227		HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
•	05.03.2024	04:12:12	CARDENAS GONZALEZ, JUAN
	0000903859		POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
	0000903864		SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
•	05.03.2024	09:12:12	SOTO TORRES, RONALD ANDRES
	0000903111		ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
•	05.03.2024	15:32:16	SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
	0000890408		INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
•	05.03.2024	16:42:27	VELEZ CADAVID, JUAN JOSE
	0000901221		HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
•	05.03.2024	16:42:32	VELEZ CADAVID, JUAN JOSE
	0000901221		HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
•	05.03.2024	16:42:37	VELEZ CADAVID, JUAN JOSE
	0000901221		HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
•	05.03.2024	16:58:52	SOTO TORRES, RONALD ANDRES
	0000901217		CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE
	Justificación		: Aspirado traqueal
	0000901107		COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER
	Justificación		: Aspirado traqueal
•	05.03.2024	19:00:55	VELEZ HENAO, ANDREA
	0000939403		TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
•	06.03.2024	03:00:00	GONZALEZ ARROYAVE, LINA
	0000902220		RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO
•	06.03.2024	03:44:11	SOTO TORRES, RONALD ANDRES
	0000903859		POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
	0000903854		MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
•	06.03.2024	03:44:12	SOTO TORRES, RONALD ANDRES
	0000903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
	0000903856		NITRÓGENO UREICO
•	06.03.2024	03:44:13	SOTO TORRES, RONALD ANDRES

Powered by CamScanner

Historia Clínica

0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS

- 06.03.2024 03:54:24 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 06.03.2024 04:02:08 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 06.03.2024 05:44:01 CANO LOPEZ, ANA MARIA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 06.03.2024 09:50:32 PABON MUÑETON, LUIS FELIPE
  0000332203 BRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONCOALVEOLAR
- 06.03.2024 13:41:02 SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  0000890408 INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
- 06.03.2024 16:54:55 VASQUEZ POSADA, CLAUDIA PATRICIA
  0008902052 PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
- 06.03.2024 18:02:30 RESTREPO MEJIA, WENDY
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 07.03.2024 03:57:05 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 07.03.2024 03:59:29 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 07.03.2024 04:00:00 PABON MUÑETON, LUIS FELIPE
  0008870011 PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA
  0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE
- 07.03.2024 04:04:45 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903813 CLORO
- 07.03.2024 04:04:54 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
- 07.03.2024 04:05:09 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000902220 RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO
- 07.03.2024 04:33:36 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903604 CALCIO IONICO
- 07.03.2024 06:35:01 VELEZ HENAO, ANDREA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 07.03.2024 13:02:02 SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  0000890408 INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
  0000890408 INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
- 07.03.2024 14:38:17 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 07.03.2024 16:57:46 VASQUEZ POSADA, CLAUDIA PATRICIA
  0008902052 PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
- 07.03.2024 17:14:35 ARDILA CASTELLANOS, HUGO RICARDO
  0000908873 Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIO
  Justificación : LBA
- 07.03.2024 17:14:46 ARDILA CASTELLANOS, HUGO RICARDO
  0000901101 BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RE
  Justificación : BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE
  0000901305 EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]
  Justificación : LBA

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

• 07.03.2024	17:14:56	ARDILA CASTELLANOS, HUGO RICARDO
0000901230		MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO AUTOM
Justificación		: LBA
• 07.03.2024	17:15:06	ARDILA CASTELLANOS, HUGO RICARDO
0000901107		COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER
Justificación		: LBA
• 07.03.2024	17:15:11	ARDILA CASTELLANOS, HUGO RICARDO
0000901212		CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA
Justificación		: LBA
0000901217		CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE
Justificación		: LBA
• 08.03.2024	01:44:38	RESTREPO MEJIA, WENDY
0000939403		TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
• 08.03.2024	04:18:35	HERNANDEZ JARAMILLO, ANDRES FELIPE
0000903839		GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
• 08.03.2024	04:28:24	HERNANDEZ JARAMILLO, ANDRES FELIPE
0000903813		CLORO
0000903859		POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903864		SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
• 08.03.2024	04:28:25	HERNANDEZ JARAMILLO, ANDRES FELIPE
0000906913		PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
0000903856		NITRÓGENO UREICO
0000903854		MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
• 08.03.2024	04:40:50	HERNANDEZ JARAMILLO, ANDRES FELIPE
0000902227		HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
• 08.03.2024	10:46:18	SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
0000890408		INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
• 08.03.2024	16:24:52	VASQUEZ POSADA, CLAUDIA PATRICIA
0008902052		PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
• 08.03.2024	17:00:31	RAMIREZ MAYA, CAROLINA
0000939403		TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
• 09.03.2024	02:10:40	MUÑOZ BOLAÑOS, MAURICIO JOSE
0000939403		TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
• 09.03.2024	03:47:54	SOTO TORRES, RONALD ANDRES
0000902227		HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
• 09.03.2024	03:55:54	SOTO TORRES, RONALD ANDRES
0000903839		GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
• 09.03.2024	03:56:00	SOTO TORRES, RONALD ANDRES
0000903604		CALCIO IONICO
• 09.03.2024	03:56:15	SOTO TORRES, RONALD ANDRES
0000903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903856		NITRÓGENO UREICO
• 09.03.2024	03:56:20	SOTO TORRES, RONALD ANDRES
0000903864		SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903859		POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
• 09.03.2024	03:57:49	SOTO TORRES, RONALD ANDRES
0000903835		FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
• 09.03.2024	08:57:39	SOTO TORRES, RONALD ANDRES
0000903111		ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
0000902220		RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO
• 09.03.2024	17:44:47	CANO LOPEZ, ANA MARIA

Powered by CamScanner

Historia Clínica

0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

- 10.03.2024 03:40:07 QUINTERO RAMIREZ, FELIPE
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 10.03.2024 03:43:37 QUINTERO RAMIREZ, FELIPE
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 10.03.2024 03:47:29 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 10.03.2024 04:00:00 QUINTERO RAMIREZ, FELIPE
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
- 10.03.2024 17:30:54 MUÑOZ BOLAÑOS, MAURICIO JOSE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 11.03.2024 02:44:22 CANO LOPEZ, ANA MARIA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 11.03.2024 04:25:04 JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 11.03.2024 04:28:02 JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 11.03.2024 04:28:40 JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
  0000903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903813 CLORO
- 11.03.2024 04:28:41 JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO
  0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 11.03.2024 16:31:58 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 12.03.2024 01:29:56 MUÑOZ BOLAÑOS, MAURICIO JOSE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 12.03.2024 04:08:20 GARCIA PEÑUELA, EDWAR JAVIER
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 12.03.2024 04:36:55 GARCIA PEÑUELA, EDWAR JAVIER
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 12.03.2024 04:41:29 GARCIA PEÑUELA, EDWAR JAVIER
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903603 CALCIO AUTOMATIZADO
- 12.03.2024 10:37:42 GARCIA PEÑUELA, EDWAR JAVIER
  0000903111 ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
  0000903835 FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
- 12.03.2024 12:46:30 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000879420 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS
  Justificación : CONTRASTADO
  0000879301 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX
  Justificación : TAC DE TORAX CONTRASTADO

Powered by CamScanner

Historia Clínica

- 12.03.2024 12:47:46 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000579401 INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESIC
  Justificación : INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)
- 12.03.2024 13:05:28 OSPINA LOPEZ, BLANCA ELVIA
  0008902052 PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
- 12.03.2024 15:04:16 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000901236 UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN M
  0000901107 COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER
  Justificación : COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
- 12.03.2024 15:45:21 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 12.03.2024 18:30:54 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
- 12.03.2024 18:31:05 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
- 13.03.2024 05:50:08 MUÑOZ BOLAÑOS, MAURICIO JOSE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 13.03.2024 07:04:38 VARGAS OVALLE, JOSE LUIS
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 13.03.2024 07:09:04 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 13.03.2024 07:14:55 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
  0000903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903813 CLORO
- 13.03.2024 08:33:42 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000901107 COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER
  Justificación : COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
  0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE
- 13.03.2024 10:27:34 PAI GALLEGO, CRISTHIAN FELIPE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 13.03.2024 23:31:05 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 14.03.2024 06:36:12 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 14.03.2024 06:47:34 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 14.03.2024 14:05:56 RESTREPO MEJIA, WENDY
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 14.03.2024 19:05:16 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
- 15.03.2024 04:00:00 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000902220 RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO
- 15.03.2024 04:10:39 PAI GALLEGO, CRISTHIAN FELIPE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 15.03.2024 06:29:38 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 15.03.2024 06:32:41 SOTO TORRES, RONALD ANDRES

Powered by CamScanner

0000903604 CALCIO IONICO

- 15.03.2024 06:36:55 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903813 CLORO
- 15.03.2024 06:36:56 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 15.03.2024 13:53:25 VASQUEZ POSADA, CLAUDIA PATRICIA
  0008902052 PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
- 15.03.2024 15:13:24 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0008904801 INTERCONSULTA MODULO DE COLUMNA
- 15.03.2024 17:15:15 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 16.03.2024 00:57:28 RESTREPO MEJIA, WENDY
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 16.03.2024 06:46:16 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 16.03.2024 07:05:40 PIEDRAHITA ZAPATA, CARLOS MARIO
  0008904801 INTERCONSULTA MODULO DE COLUMNA
- 16.03.2024 09:13:55 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0008870011 PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA
  0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE
- 16.03.2024 15:16:57 PAI GALLEGO, CRISTHIAN FELIPE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 17.03.2024 03:55:16 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 17.03.2024 03:55:19 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 17.03.2024 03:55:37 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 17.03.2024 03:58:12 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 17.03.2024 05:23:29 CANO LOPEZ, ANA MARIA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 17.03.2024 12:15:18 PAI GALLEGO, CRISTHIAN FELIPE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 18.03.2024 01:52:53 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 18.03.2024 03:48:00 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 18.03.2024 03:55:38 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 18.03.2024 10:10:49 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000879301 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX
  Justificación : TAC DE TORAX CONTRASTADO
- 18.03.2024 13:52:53 VASQUEZ POSADA, CLAUDIA PATRICIA
  0008902052 PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
- 18.03.2024 13:57:49 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000345001 TORACENTESIS DIAGNOSTICA

Powered by CamScanner

Historia Clínica

0000345002 TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA
0000881211 ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)
Justificación : ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)
0000881211 ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)
Justificación : ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)
0000881701 ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS
Justificación : ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS
0000881701 ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS
Justificación : ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS
0008870011 PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA

- 18.03.2024 16:11:30 SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  0000890408 INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
- 18.03.2024 18:07:06 CANO LOPEZ, ANA MARIA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 19.03.2024 04:08:47 PAI GALLEGO, CRISTHIAN FELIPE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 19.03.2024 04:32:42 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 19.03.2024 04:38:38 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
  0000903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903813 CLORO
- 19.03.2024 04:38:39 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 19.03.2024 04:46:51 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 19.03.2024 04:47:02 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000903604 CALCIO IONICO
- 19.03.2024 05:00:00 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000903111 ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
- 19.03.2024 17:48:30 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 19.03.2024 20:03:06 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0008904801 INTERCONSULTA MODULO DE COLUMNA
- 20.03.2024 04:03:26 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000903111 ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
- 20.03.2024 05:31:34 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 20.03.2024 05:33:11 CANO LOPEZ, ANA MARIA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 20.03.2024 05:40:13 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 20.03.2024 06:00:50 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
  0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
- 20.03.2024 08:51:28 MARIN GOMEZ, JULIANA
  0000890443 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR
- 20.03.2024 10:44:11 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000903863 PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUID
  0000903852 LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍ

Powered by CamScanner

Historia Clínica

0000903828 DESHIDROGENASA LÁCTICA

- 20.03.2024 10:46:02 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000903401 ADENOSIN DEAMINASA [ADA]
  0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE
  0000901107 COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER
- 20.03.2024 12:43:18 ARENAS OCHOA, LUISA FERNANDA
  0008905021 PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA CUIDADOS P
  0000890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M
- 20.03.2024 13:37:55 SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  0000890408 INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
- 20.03.2024 13:56:47 ARENAS OCHOA, LUISA FERNANDA
  0000890443 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR
- 20.03.2024 15:50:27 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 20.03.2024 16:42:07 MARIN GOMEZ, JULIANA
  0000931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
- 20.03.2024 18:21:10 VASQUEZ POSADA, CLAUDIA PATRICIA
  0008902052 PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
- 20.03.2024 18:48:09 MARIN GOMEZ, JULIANA
  0000890426 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTE
- 20.03.2024 19:05:51 MARIN GOMEZ, JULIANA
  0000890426 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTE
- 20.03.2024 19:45:28 MARIN GOMEZ, JULIANA
  0000890482 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRI
- 21.03.2024 04:19:32 MARIN GOMEZ, JULIANA
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 21.03.2024 04:26:13 MARIN GOMEZ, JULIANA
  0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
  0000903813 CLORO
- 21.03.2024 05:02:48 MARIN GOMEZ, JULIANA
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 21.03.2024 07:07:22 VELEZ HENAO, ANDREA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 21.03.2024 10:21:54 QUIÑONES PORTILLA, GUSTAVO ANDRES
  0000890426 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTE
- 21.03.2024 11:22:01 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000890426 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTE
- 21.03.2024 18:47:39 CANO LOPEZ, ANA MARIA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 22.03.2024 02:44:57 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 22.03.2024 04:10:58 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
  0000903034 OSMOLARIDAD EN SUERO
- 22.03.2024 04:11:01 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000903603 CALCIO AUTOMATIZADO
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Powered by CamScanner

0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

- 22.03.2024 04:11:02 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903813 CLORO
- 22.03.2024 04:11:40 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000903835 FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 22.03.2024 04:14:12 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
  0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
- 22.03.2024 04:18:23 CALVO INFANTE, ROBERTO FABIO
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 22.03.2024 04:21:57 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 22.03.2024 09:39:37 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0008870011 PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA
  0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE
- 22.03.2024 09:48:06 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0000901236 UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN M
  Justificación : por recambio
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
  Justificación : HMC perifericos x 4 (incluyendo anaerobios) - Retr
  0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE
  Justificación : Aspirado traqueal.
- 22.03.2024 09:48:13 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
  Justificación : HMC perifericos x 4 (incluyendo anaerobios) - Retr
- 22.03.2024 09:48:16 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
  Justificación : HMC perifericos x 4 (incluyendo anaerobios) - Retr
- 22.03.2024 09:48:19 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
  Justificación : HMC perifericos x 4 (incluyendo anaerobios) - Retr
- 22.03.2024 09:48:22 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
  Justificación : HMC perifericos x 4 (incluyendo anaerobios) - Retr
- 22.03.2024 09:48:26 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
  Justificación : HMC perifericos x 4 (incluyendo anaerobios) - Retr
- 22.03.2024 09:48:29 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
  Justificación : HMC perifericos x 4 (incluyendo anaerobios) - Retr
- 22.03.2024 11:23:01 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000902220 RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO

Ordenes Clínicas de Cirugía

- 20.03.2024 16:32:08 MANOSALVA CORTES, EDGAR FABIAN
  0000810202 ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO TEC
  Justificación :
  0000779943 VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL UN SEGMENT
  Justificación :
  0000780931 INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA
  Justificación :
- 22.03.2024 15:00:00 SIERRA JARAMILLO, JULIAN ANDRES
  0000311301 TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Justificación :

Indicaciones

- 02.03.2024 18:52: DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
  Tipo de Indicación : TRASLADO **Clase Indicación** : A.HOSPITALIZACIÓN EN UCI
  Indicación :
  Tipo de Indicación : SIGNOS VITALES **Clase Indicación** : MONITOREO CONTINUO
  Indicación :
  Tipo de Indicación : OXIGENO **Clase Indicación** : CÁNULA NASAL
  Indicación :
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : NADA VIA ORAL
  Indicación :
- 03.03.2024 13:28: BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : LICUADA
  Indicación : SUPRAGLOTICA Y AVANZAR A TOLERANCIA
  Tipo de Indicación : TRASLADO **Clase Indicación** : A.HOSPITALIZACIÓN EN UCE
  Indicación :
- 03.03.2024 18:58: NUTRICIONISTA RESTREPO CARDONA, BEATRIZ ELENA
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : TERAPIA NUTRICIONAL ARTIFICIAL
  Indicación : Iniciar nutrición enteral con formula hipercalorica/hirproteica+HMB por sonda orogastrica a 20-40-55 ml/hora según tolerancia.
- 04.03.2024 13:47: NUTRICIONISTA GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : TERAPIA NUTRICIONAL ARTIFICIAL
  Indicación : Iniciar nutricion enteral a infusion continua 29 ml/h para 24 horas *CLINICAL
- 05.03.2024 13:18: NUTRICIONISTA GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : NADA VIA ORAL
  Indicación :
- 06.03.2024 13:02: NUTRICIONISTA GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : TERAPIA NUTRICIONAL ARTIFICIAL
  Indicación : De acuerdo a titulacion de vasopresor Iniciar nutricion enteral a infusion continua 29 ml/h para 24 horas
- 07.03.2024 14:18: NUTRICIONISTA GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : TERAPIA NUTRICIONAL ARTIFICIAL
  Indicación : Iniciar nutricion enteral a infusion continua 29 ml/h para 24 horas
- 11.03.2024 13:31: NUTRICIONISTA GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : TERAPIA NUTRICIONAL ARTIFICIAL
  Indicación : Nutricion enteral a infusion continua 41 ml/h para 24 horas
- 12.03.2024 12:38: NUTRICIONISTA GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : TERAPIA NUTRICIONAL ARTIFICIAL
  Indicación : Nutricion enteral a infusion continua 41 ml/h para 24 horas *GLUCERNA
- 20.03.2024 13:28: NUTRICIONISTA GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : TERAPIA NUTRICIONAL ARTIFICIAL
  Indicación : Nutricion enteral a infusion continua 54 ml/h para 24 horas *GLUCERNA

Medicamentos

DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE

- 02.03.2024 18:50:00
  Medicamento : SODIO CLORURO 0.9% X 1000ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 1000 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
  Medicamento : SODIO CLORURO 0.9% X 1000ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 1000 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
  Medicamento : NOREPINEFRINA 4MG/4ML INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 8 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 12 Horas
  Medicamento : NOREPINEFRINA 4MG/4ML INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 8 MG

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE

- 02.03.2024 18:55:00
  Medicamento : OMEPRAZOL 40MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 40 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 24 Horas
  Medicamento : OMEPRAZOL 40MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 40 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 24 Horas

DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE

- 02.03.2024 18:56:00
  Medicamento : JPL MORFINA 3MG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 3ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 3 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 4 Horas
  Medicamento : JPL MORFINA 3MG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 3ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 3 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 4 Horas
  Medicamento : DIPIRONA SODICA 0.5GR/ML X 2ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 1 GR
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 6 Horas
  Medicamento : DIPIRONA SODICA 0.5GR/ML X 2ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 1 GR
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : DICLOFENAC 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 75 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
  Medicamento : DICLOFENAC 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 75 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas

DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE

- 02.03.2024 18:58:00
  Medicamento : SODIO CLORURO 0.9% X 1000ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 125 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas
  Medicamento : SODIO CLORURO 0.9% X 1000ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 125 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas

PRADA ANTIA, ALEXANDER

- 03.03.2024 05:19:00
  Medicamento : SOLUCION LACTATO RINGER X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 80 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas
  Medicamento : SOLUCION LACTATO RINGER X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 70 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas

BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA

- 03.03.2024 13:21:00
  Medicamento : IPRATROPIO BROMURO 20MCG/PUF X 200PUF FRASCO
  Presentación : INHALADOR NASAL U ORAL Dosis : 4 PUF
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : IPRATROPIO BROMURO 20MCG/PUF X 200PUF FRASCO
  Presentación : INHALADOR NASAL U ORAL Dosis : 4 PUF
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : SALBUTAMOL 100MCG/PUF INH X 200PUF FRASCO
  Presentación : INHALADOR NASAL U ORAL Dosis : 4 PUF
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 6 Horas
  Medicamento : SALBUTAMOL 100MCG/PUF INH X 200PUF FRASCO
  Presentación : INHALADOR NASAL U ORAL Dosis : 4 PUF
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 6 Horas
  Medicamento : ACETAMINOFEN 500MG TABLETA

Powered by CamScanner

Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI **Dosis** : 1000 MG
Vía Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 8 Horas
Medicamento : ACETAMINOFEN 500MG TABLETA
Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI **Dosis** : 1000 MG
Vía Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 8 Horas
Medicamento : PREGABALINA 75MG CAPSULA
Presentación : CAPSULAS DE LIBERACION NO MODI **Dosis** : 75 MG
Vía Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 12 Horas
Medicamento : PREGABALINA 75MG CAPSULA
Presentación : CAPSULAS DE LIBERACION NO MODI **Dosis** : 75 MG
Vía Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 12 Horas
BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA

- 03.03.2024 17:13:00
Medicamento : doPAmina HCL 200MG/5ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 400 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
Medicamento : doPAmina HCL 200MG/5ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 200 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA

- 03.03.2024 17:26:00
Medicamento : SULFATO DE MAGNESIO 20% X 10ML INY
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 20 ML
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
Medicamento : hidroCORTISONA 100MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE **Dosis** : 100 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA

- 03.03.2024 18:21:00
Medicamento : NOREPINEFRINA 4MG/4ML INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 8 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 6 Horas
Medicamento : NOREPINEFRINA 4MG/4ML INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 8 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 4 Horas
Medicamento : DIL MIDAZOLAM 60MG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 60ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 180 ML
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Infusión Continua
Medicamento : DIL MIDAZOLAM 60MG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 60ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 300 ML
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Infusión Continua
GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA

- 03.03.2024 18:22:00
Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 360 ML
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Infusión Continua
Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 600 ML
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Infusión Continua
GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA

- 03.03.2024 18:24:00
Medicamento : DEXTROSA 5% X 250ML BOLSA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 250 ML
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 6 Horas
Medicamento : DEXTROSA 5% X 250ML BOLSA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 250 ML
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 6 Horas
GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA

- 03.03.2024 18:25:00
Medicamento : ROCURONIO BROMURO 50MG/5ML SLN INYECTABLE

Powered by CamScanner

Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 50 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
Medicamento : ROCURONIO BROMURO 50MG/5ML SLN INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 50 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA

- 03.03.2024 18:38:00
Medicamento : VECURONIO BROMURO 10MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 20 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
Medicamento : VECURONIO BROMURO 10MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 20 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
Nutricionista RESTREPO CARDONA, BEATRIZ ELENA

- 03.03.2024 18:59:00
Medicamento : FORMULA POLIM/HIPERPR 1.5KCal/ml LPCx500ml CLINICAL
Presentación : SOLUCIÓN ORAL Dosis : 500 ML
Via Adm. : VIA NASOGASTRICA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : FORMULA POLIM/HIPERPR 1.5KCal/ml LPCx500ml CLINICAL
Presentación : SOLUCIÓN ORAL Dosis : 500 ML
Via Adm. : VIA NASOGASTRICA Frecuencia : Cada 8 Horas
GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA

- 03.03.2024 19:39:00
Medicamento : DEXTROSA 10% X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 10 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas
Medicamento : DEXTROSA 10% X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 10 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas
CARDENAS GONZALEZ, JUAN

- 04.03.2024 08:55:00
Medicamento : DICLOFENAC 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 75 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
Medicamento : DICLOFENAC 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 75 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
CARDENAS GONZALEZ, JUAN

- 04.03.2024 08:58:00
Medicamento : DALTEPARINA 5.000UI/0.2ML JERINGA PRELLENA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 5000 UI
Via Adm. : VIA SUBCUTANEA Frecuencia : Cada 24 Horas
CARDENAS GONZALEZ, JUAN

- 04.03.2024 15:47:00
Medicamento : VASOPRESINA 20UI/1ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 20 UI
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : VASOPRESINA 20UI/1ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 20 UI
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
CARDENAS GONZALEZ, JUAN

- 04.03.2024 22:57:00
Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 1500 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Infusión Continua
Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 900 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Infusión Continua

Powered by CamScanner

Paciente : FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES Identificación : [illegible]

Historia Clínica

CARDENAS GONZALEZ, JUAN

- 04.03.2024 22:59:00
  - Medicamento : DIL MIDAZOLAM 60MG EN SOLUCION SALINA 0.9% cap 60ML
  - Presentación : SOLUCION INYECTABLE
  - Dosis : 2.000,2 ML
  - Frecuencia : Infusión Continua
  - Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  - Medicamento : DIL MIDAZOLAM 60MG EN SOLUCION SALINA 0.9% cap 60ML
  - Presentación : SOLUCION INYECTABLE
  - Dosis : 360 ML
  - Frecuencia : Infusión Continua
  - Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA

BECERRA RODRIGUEZ, JULIETH NAZARY

- 05.03.2024 07:20:00
  - Medicamento : DIL JPL FENTANILO 100MCG 2ML
  - Presentación : SOLUCION INYECTABLE
  - Dosis : 1 ML
  - Frecuencia : Infusión Continua
  - Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  - Medicamento : DIL JPL MIDAZOLAM 3MG EN SOLUCION SALINA 0.9% cap 3ML
  - Presentación : SOLUCION INYECTABLE
  - Dosis : 1 ML
  - Frecuencia : Infusión Continua
  - Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 05.03.2024 08:36:00
  - Medicamento : NOREPINEFRINA 4MG/4ML INYECTABLE
  - Presentación : SOLUCION INYECTABLE
  - Dosis : 16 MG
  - Frecuencia : Cada 4 Horas
  - Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  - Medicamento : NOREPINEFRINA 4MG/4ML INYECTABLE
  - Presentación : SOLUCION INYECTABLE
  - Dosis : 16 MG
  - Frecuencia : Cada 4 Horas
  - Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 05.03.2024 08:41:00
  - Medicamento : hidrocORTISONA 100MG POLVO INYECTABLE
  - Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE
  - Dosis : 100 MG
  - Frecuencia : Cada 8 Horas
  - Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  - Medicamento : hidrocORTISONA 100MG POLVO INYECTABLE
  - Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE
  - Dosis : 100 MG
  - Frecuencia : Cada 8 Horas
  - Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 05.03.2024 09:08:00
  - Medicamento : DIPIRONA SODICA 0.5GR/ML X 2ML SOLUCION INYECTABLE
  - Presentación : SOLUCION INYECTABLE
  - Dosis : 1 GR
  - Frecuencia : Cada 8 Horas
  - Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  - Medicamento : DIPIRONA SODICA 0.5GR/ML X 2ML SOLUCION INYECTABLE
  - Presentación : SOLUCION INYECTABLE
  - Dosis : 1 GR
  - Frecuencia : Cada 8 Horas
  - Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  - Medicamento : AMPICILINA SULBACTAM 1.5G POLVO INYECTABLE
  - Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE
  - Dosis : 3 GR
  - Frecuencia : Cada 6 Horas
  - Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  - Medicamento : AMPICILINA SULBACTAM 1.5G POLVO INYECTABLE
  - Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE
  - Dosis : 3 GR
  - Frecuencia : Cada 6 Horas
  - Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 05.03.2024 09:34:00
  - Medicamento : TIAMINA 100MG/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
  - Presentación : SOLUCION INYECTABLE
  - Dosis : 300 MG
  - Frecuencia : Cada 8 Horas
  - Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  - Medicamento : TIAMINA 100MG/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
  - Presentación : SOLUCION INYECTABLE
  - Dosis : 300 MG
  - Frecuencia : Cada 8 Horas
  - Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA

PABON MUÑETON, LUIS FELIPE

- 06.03.2024 07:55:00
  - Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 10ML + 110ML SSD 0.9%
  - Presentación : SOLUCION INYECTABLE
  - Dosis : 20 ME
  - Frecuencia : Dosis Única
  - Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 10ML + 110ML SS0,9% Dosis : 20 ME
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Frecuencia : Dosis Única
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
HERNANDEZ JARAMILLO, ANDRES FELIPE

- 07.03.2024 12:12:00
Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% cap 100ML Dosis : 900 ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Frecuencia : Infusión Continua
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% cap 100ML Dosis : 5950 ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Frecuencia : Infusión Continua
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 08.03.2024 06:35:00
Medicamento : ACETAMINOFEN 500MG TABLETA Dosis : 1000 MG
Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI Frecuencia : Cada 8 Horas
Via Adm. : VIA ORAL
Medicamento : DEXTROSA 5% X 250ML BOLSA Dosis : 250 ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Frecuencia : Cada 6 Horas
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
Medicamento : DEXTROSA 5% X 250ML BOLSA Dosis : 250 ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Frecuencia : Cada 6 Horas
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 08.03.2024 08:37:00
Medicamento : DICLOFENAC 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE Dosis : 75 MG
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Frecuencia : Cada 12 Horas
Via Adm. : VIA INTRAMUSCULAR
Medicamento : DICLOFENAC 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE Dosis : 75 MG
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Frecuencia : Cada 12 Horas
Via Adm. : VIA INTRAMUSCULAR
Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE Dosis : 40 MG
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Frecuencia : Dosis Única
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE Dosis : 40 MG
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Frecuencia : Dosis Única
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 08.03.2024 08:51:00
Medicamento : SOLUCION LACTATO RINGER X 500ML BOLSA Dosis : 500 ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Frecuencia : Dosis Única
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
Medicamento : SOLUCION LACTATO RINGER X 500ML BOLSA Dosis : 500 ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Frecuencia : Dosis Única
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 08.03.2024 09:18:00
Medicamento : INSULINA glULISIna 100UI/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE Dosis : 5 UI
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Frecuencia : Cada 4 Horas
Via Adm. : VIA SUBCUTANEA
Medicamento : INSULINA glULISIna 100UI/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE Dosis : 5 UI
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Frecuencia : Cada 4 Horas
Via Adm. : VIA SUBCUTANEA
SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 08.03.2024 18:37:00
Medicamento : KETOROLACO 30MG/1ML I.M/I.V SLN INYECTABLE Dosis : 30 MG
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Frecuencia : Cada 8 Horas
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
Medicamento : KETOROLACO 30MG/1ML I.M/I.V SLN INYECTABLE Dosis : 30 MG
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Frecuencia : Cada 8 Horas
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA

Powered by CamScanner

Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 250 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 250 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 09.03.2024 05:52:00
Medicamento : DIL GLUCONATO DE CALCIO 10ML (1.000MG) + 110ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 120 ML
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : DIL GLUCONATO DE CALCIO 10ML (1.000MG) + 110ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 120 ML
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 260ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ME
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 260ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ME
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
QUINTERO RAMIREZ, FELIPE

- 09.03.2024 11:16:00
Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 1250 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 1250 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
Medicamento : MEROPENEM-BICARBONATO DE NA 1GR POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 2000 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : MEROPENEM-BICARBONATO DE NA 1GR POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 2000 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
QUINTERO RAMIREZ, FELIPE

- 09.03.2024 11:18:00
Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 10 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 10 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
QUINTERO RAMIREZ, FELIPE

- 09.03.2024 19:19:00
Medicamento : VANCOMICINA 1G/250ML S.S0,9% (4MG/ML)
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 750 GR
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
Medicamento : VANCOMICINA 1G/250ML S.S0,9% (4MG/ML)
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 750 GR
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
QUINTERO RAMIREZ, FELIPE

- 09.03.2024 20:29:00
Medicamento : VANCOMICINA 1G/250ML S.S0,9% (4MG/ML)
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 0,75 GR
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
Medicamento : VANCOMICINA 1G/250ML S.S0,9% (4MG/ML)
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 0,75 GR
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO

- 10.03.2024 09:57:00

Powered by CamScanner

Medicamento : MEROPENEM-BICARBONATO DE NA 1GR POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 1000 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : MEROPENEM-BICARBONATO DE NA 1GR POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 1000 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO

- 10.03.2024 11:17:00
Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 750 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 750 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO

- 10.03.2024 11:43:00
Medicamento : LORAZEPAM 1MG TABLETA
Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 2 MG
Vía Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : LORAZEPAM 1MG TABLETA
Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 2 MG
Vía Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 8 Horas
SANTISTEBAN PEREZ, NATALIA

- 10.03.2024 16:45:00
Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 20 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 20 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
SANTISTEBAN PEREZ, NATALIA

- 10.03.2024 19:06:00
Medicamento : INSULINA CORRIENTE 100UI/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 3 UI
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas
Medicamento : INSULINA CORRIENTE 100UI/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 3 UI
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas
SANTISTEBAN PEREZ, NATALIA

- 10.03.2024 20:26:00
Medicamento : BISACODILO 5MG TABLETA
Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 10 MG
Vía Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 24 Horas
Medicamento : BISACODILO 5MG TABLETA
Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 10 MG
Vía Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 24 Horas
GARCIA PEÑUELA, EDWAR JAVIER

- 11.03.2024 10:36:00
Medicamento : AGUA DESTILADA X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCION Dosis : 300 ML
Vía Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 4 Horas
Medicamento : AGUA DESTILADA X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCION Dosis : 300 ML
Vía Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 4 Horas
GARCIA PEÑUELA, EDWAR JAVIER

- 11.03.2024 10:42:00
Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 260ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 80 ME
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 260ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 80 ME
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
ARISTIZABAL PAERES, JUAN PABLO

- 11.03.2024 21:19:00
Medicamento : AMPICILINA+SULBAC 3G/100ML S.S0,9% (30MG/ML)
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 3 GR
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 6 Horas
Medicamento : AMPICILINA+SULBAC 3G/100ML S.S0,9% (30MG/ML)
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 3 GR
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 6 Horas
GONZALEZ ARROYAVE, LINA

- 12.03.2024 10:23:00
Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 80 ME
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 80 ME
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
Nutricionista GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY

- 12.03.2024 12:40:00
Medicamento : NUTRICION BAJA EN CARBOHIDRATOS 1.5 CAL X 1000ML GLUCERNA
Presentación : SOLUCION ORAL **Dosis** : 1000 ML
Via Adm. : VIA NASOGASTRICA **Frecuencia** : Cada 24 Horas
GONZALEZ ARROYAVE, LINA

- 12.03.2024 12:59:00
Medicamento : AGUA DESTILADA X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCION **Dosis** : 300 ML
Via Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 6 Horas
Medicamento : AGUA DESTILADA X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCION **Dosis** : 300 ML
Via Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 6 Horas
BECERRA RODRIGUEZ, JULIETH NAZARY

- 13.03.2024 08:44:00
Medicamento : CISATRACURIO BESILATO 10MG/5ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 6 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
Medicamento : CISATRACURIO BESILATO 10MG/5ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 6 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 13.03.2024 11:07:00
Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 40 ME
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 40 ME
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 13.03.2024 11:41:00
Medicamento : MANITOL 20% X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 150 ML
Via Adm. : VIA NASOGASTRICA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
Medicamento : MANITOL 20% X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 150 ML
Via Adm. : VIA NASOGASTRICA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 13.03.2024 20:56:00
Medicamento : DIL MIDAZOLAM 60MG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 60ML

Powered by CamScanner

Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 360 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Infusión Continua
Medicamento : DIL MIDAZOLAM 60MG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 60ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 216 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Infusión Continua
BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 13.03.2024 20:57:00
Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 10 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 10 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
MARIN GOMEZ, JULIANA

- 13.03.2024 23:36:00
Medicamento : MIDAZOLAM 15MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 60 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : MIDAZOLAM 15MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 60 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : SODIO CLORURO 0.9% X 100ML BOLSA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 100 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : SODIO CLORURO 0.9% X 100ML BOLSA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 100 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 14.03.2024 08:18:00
Medicamento : hidrocORTISONA 100MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 50 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 6 Horas
SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 14.03.2024 08:27:00
Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 2000 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 2000 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 1000 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 1000 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 14.03.2024 08:49:00
Medicamento : DEXTROSA 5% X 250ML BOLSA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 250 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : NOREPINEFRINA 4MG/4ML INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 8 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 14.03.2024 11:22:00
Medicamento : MIDAZOLAM 15MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 60 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : MIDAZOLAM 15MG/3ML SOLUCION INYECTABLE

Powered by CamScanner

Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA — **Dosis** : 60 MG — **Frecuencia** : Cada 8 Horas
SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 14.03.2024 11:24:00
  Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE — **Dosis** : 1000 MG — **Frecuencia** : Cada 12 Horas
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE — **Dosis** : 1000 MG — **Frecuencia** : Cada 12 Horas
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 14.03.2024 11:32:00
  Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE — **Dosis** : 2000 MG — **Frecuencia** : Dosis Única
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE — **Dosis** : 2000 MG — **Frecuencia** : Dosis Única
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 14.03.2024 18:44:00
  Medicamento : KETAMINA 50MG/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — **Dosis** : 1000 MG — **Frecuencia** : Cada 8 Horas
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Medicamento : KETAMINA 50MG/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — **Dosis** : 1000 MG — **Frecuencia** : Cada 8 Horas
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 15.03.2024 11:04:00
  Medicamento : AMPICILINA+SULBAC 3G/100ML S.S0,9% (30MG/ML)
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — **Dosis** : 3 GR — **Frecuencia** : Cada 8 Horas
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Medicamento : AMPICILINA+SULBAC 3G/100ML S.S0,9% (30MG/ML)
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — **Dosis** : 3 GR — **Frecuencia** : Cada 8 Horas
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 15.03.2024 15:19:00
  Medicamento : QUETIAPINA 25MG TABLETA
  Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI — **Dosis** : 25 MG — **Frecuencia** : Cada 12 Horas
  Via Adm. : VIA ORAL
  CANO ARBOLEDA, MARCELA

- 15.03.2024 16:05:00
  Medicamento : LIDOCAINA 2% S.E X 10 ML SLN INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — **Dosis** : 4,5 ML — **Frecuencia** : Cada 1 Horas
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 15.03.2024 17:25:00
  Medicamento : LIDOCAINA 2% S.E X 50 ML SLN INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — **Dosis** : 100 ML — **Frecuencia** : Cada 24 Horas
  Via Adm. : VIA INFILTRATIVA - BLOQUEOS
  Medicamento : LIDOCAINA 2% S.E X 50 ML SLN INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — **Dosis** : 100 ML — **Frecuencia** : Cada 24 Horas
  Via Adm. : VIA INFILTRATIVA - BLOQUEOS
  BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 15.03.2024 17:28:00
  Medicamento : DEXTROSA 5% X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — **Dosis** : 500 ML — **Frecuencia** : Cada 24 Horas
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Medicamento : DEXTROSA 5% X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — **Dosis** : 500 ML

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 24 Horas
ROJAS MORA, GINA XIHOMARA

- 15.03.2024 20:53:00
  Medicamento : PREGABALINA 75MG CAPSULA
  Presentación : CAPSULAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 75 MG
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 12 Horas

ROJAS MORA, GINA XIHOMARA

- 15.03.2024 21:39:00
  Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 840 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Infusión Continua
  Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 360 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Infusión Continua
  Medicamento : CEFEPIME 1G POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 1000 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : CEFEPIME 1G POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 2000 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas

BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 16.03.2024 09:12:00
  Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ME
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
  Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ME
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única

BELTRAN GOMEZ, EDWIN ALEXANDER

- 17.03.2024 06:50:00
  Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 260ML SS0,9%
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ME
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
  Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 260ML SS0,9%
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ME
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única

MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY

- 17.03.2024 08:58:00
  Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 80 ME
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
  Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 80 ME
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única

MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY

- 17.03.2024 08:59:00
  Medicamento : DEXTROSA 5% X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas
  Medicamento : DEXTROSA 5% X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas

MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY

- 17.03.2024 09:42:00
  Medicamento : KETOROLACO 30MG/1ML I.M/I.V SLN INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 30 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : KETOROLACO 30MG/1ML I.M/I.V SLN INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 30 MG

Powered by CamScanner

Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY

- 17.03.2024 09:43:00
  Medicamento : LORAZEPAM 1MG TABLETA
  Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 3 MG
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 8 Horas
  MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY

- 17.03.2024 20:42:00
  Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 3780 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Infusión Continua
  Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 2100 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Infusión Continua
  DIAZ DE HOYOS, JAIME JOSE

- 17.03.2024 23:08:00
  Medicamento : KETAMINA 50MG/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 1000 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
  NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE

- 18.03.2024 07:51:00
  Medicamento : SUCRALFATE 1GR TABLETA
  Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 1 GR
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 8 Horas
  NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE

- 18.03.2024 07:52:00
  Medicamento : POLIETILENGLICOL SIN ELECTROLITOS 17GR SOBRES
  Presentación : POLVO Dosis : 1 SBE
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 24 Horas
  NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE

- 18.03.2024 07:53:00
  Medicamento : LACTULOSA 10GR/15ML SOBRE
  Presentación : SOLUCIÓN ORAL Dosis : 15 ML
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 8 Horas
  NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE

- 18.03.2024 09:33:00
  Medicamento : METADONA 10MG TABLETA
  Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 10 MG
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 6 Horas
  NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE

- 18.03.2024 09:35:00
  Medicamento : AGUA DESTILADA X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCION Dosis : 200 ML
  Via Adm. : VIA OROGASTRICA Frecuencia : Cada 6 Horas
  Medicamento : AGUA DESTILADA X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCION Dosis : 200 ML
  Via Adm. : VIA OROGASTRICA Frecuencia : Cada 6 Horas
  NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE

- 18.03.2024 10:07:00
  Medicamento : hidrocLOROTIAZIDA 25MG TABLETA
  Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 25 MG
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 24 Horas
  Medicamento : hidrocLOROTIAZIDA 25MG TABLETA
  Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 25 MG
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 24 Horas
  NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE

- 18.03.2024 10:09:00
  Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE

Powered by CamScanner

Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — Dosis : 10 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA — Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — Dosis : 10 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA — Frecuencia : Cada 8 Horas
MARIN GOMEZ, JULIANA

- 20.03.2024 11:21:00
  Medicamento : DIPIRONA SODICA 0.5GR/ML X 2ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — Dosis : 1 GR
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA — Frecuencia : Cada 8 Horas
  MARIN GOMEZ, JULIANA

- 20.03.2024 13:31:00
  Medicamento : MIDAZOLAM 15MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — Dosis : 60 MG
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA — Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : DEXTROSA 5% X 100ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — Dosis : 100 ML
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA — Frecuencia : Cada 8 Horas
  MANOSALVA CORTES, EDGAR FABIAN

- 20.03.2024 16:31:00
  Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE — Dosis : 1000 MG
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA — Frecuencia : Dosis Única
  Medicamento : CEFAzoLINA 2G/100ML S.S0,9% (20MG/ML)
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — Dosis : 2 GR
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA — Frecuencia : Dosis Única
  MARIN GOMEZ, JULIANA

- 20.03.2024 21:02:00
  Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — Dosis : 432 ML
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA — Frecuencia : Infusión Continua
  MARIN GOMEZ, JULIANA

- 20.03.2024 21:03:00
  Medicamento : INSULINA CORRIENTE 100UI/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — Dosis : 3 UI
  Vía Adm. : VIA SUBCUTANEA — Frecuencia : Cada 1 Horas
  SIERRA JARAMILLO, JULIAN ANDRES

- 21.03.2024 07:54:00
  Medicamento : CEFAzoLINA 1GR POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE — Dosis : 2000 MG
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA — Frecuencia : Dosis Única
  MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY

- 21.03.2024 11:24:00
  Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE — Dosis : 80 ME
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA — Frecuencia : Dosis Única
  MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY

- 21.03.2024 20:34:00
  Medicamento : sulfaDIAZINA DE PLATA X 30GR POTE
  Presentación : CREMA — Dosis : 30 GR
  Vía Adm. : VIA DERMICA o TOPICA — Frecuencia : Cada 24 Horas

Justificacion de Rechazo Especialidad tratante

Evoluciones Médicas

- 02.03.2024 17:40:07 FIRMÓ: CONTRERAS CAPACHO, FANNY ESPERANZA
  MEDICO Registro Médico:37727150

Powered by CamScanner

Subjetivo : IMAGENOLOGIA Francisco, 50 años, sin alergias conocidas, Creatinina pendiente. Ingresa para realizar Tomografía contrastada de tórax y abdomen, solicitado emergente por tratante, previo consentimiento informado del hermano. Sin extravasación ni complicaciones inmediatas relacionadas con la aplicación del medio de contraste. Presión arterial: 69/49, frecuencia cardiaca: 88, frecuencia respiratoria: 18, saturación de oxígeno: 97%, sin oxigenoterapia. Indico fluidoterapia, Acompaño traslado hacia su servicio de origen para continuar vigilancia y manejo.

Objetivo : .

Análisis : .

Plan : .

- 02.03.2024 22:05:13 FIRMÓ: CARDONA JIMENEZ, SANTIAGO
  MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:1036623039

Subjetivo : Urgentología Francisco Antonio Álvarez Torres, 50 años Diagnóstico: -Trauma raquimedular ASIA A nivel T3 Antecedentes personales -Patológicos: niega -Fármacos: niega -Alergias: picadura de avispas -Tóxicos: 30 cigarrillos al día desde hace 30 años, alcohol ocasional - Quirúrgicos: niega

Objetivo : Paciente en regulares condiciones generales, hidratado, afebril PA 119/57, PAM 73, Fc 51, Fr 18, SO2 94, Glasgow 15 Mucosa oral hidratada, sin lesiones, collar cervical Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, no s3, murmullo vesicular conservado sin agregados Abdomen blando, depresible, no masas, no dolor Extremidades eutróficas, llenado capilar <2 segundos, sin edema Glasgow 15, pupilas isocóricas reactivas, sin movimientos anormales, fuerza muscular miembros superiores distal 1/5, proximal 3/5, miembros inferiores 1/5, nivel sensitivo T3, arrefléxico. Babinski positivo TAC de columna Fractura multifragmentaria compresiva del cuerpo vertebral de C5, de la lámina derecha y de la agujero vertebral derecho, con retropulsión de fragmentos configurando retrolistesis comprometiendo el canal medular, configurando canal estrecho. Fractura descrita de la esquina antero inferior de C4. Fractura compresiva probablemente crónica del muro anterior de T5. TAC simple de cráneo No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal. 2/3/24 Hemograma: leucocitos 15500, neutrófilos 13220, linfocitos 1220, Hb 13.2, Hto 36, plaquetas 234000 BUN 6.4, Creatinina 0.7 Gases arteriales: pH 7.20, PO2 42, PCO2 42.6, HCO3 16.7, BE -11, lactato 1.08, Sodio 144, Potasio 3.2, Calcio 0.97.

Análisis : Paciente de 50 años, antecedentes anotados, diagnóstico de trauma raquimedular ASIA A, nivel T3, se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, sin disfunción autonómica, sin soporte vasopresor, sin trabajo respiratorio, ahora sin choque neurogénico, requiere vigilancia en UCE, se comentó con módulo de columna, será valorado el día de mañana.

Plan : Ver análisis.

- 02.03.2024 22:19:46 FIRMÓ: CARDONA JIMENEZ, SANTIAGO
  MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:1036623039

Subjetivo : Reporte tomográfico: TAC de tórax y abdomen Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. TAC de cráneo No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal.

Objetivo : TAC de tórax y abdomen Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. TAC de cráneo No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal.

Análisis : TAC de tórax y abdomen Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. TAC de cráneo No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal.

Plan : TAC de tórax y abdomen Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. TAC de cráneo No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal.

- 03.03.2024 00:07:52 FIRMÓ: PEREZ MANTILLA, CARLOS MANUEL
  CIRUGIA GENERAL Registro Médico:6790

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Subjetivo : CIRUGÍA GENERAL urgencias Francisco Antonio Álvarez Torres, 50 años Fecha de ingreso 02/03/2024 Diagnóstico: -Trauma raquimedular ASIA A nivel T3 -Contusión pulmonar izquierda * Pequeño neumotórax laminar izquierdo Antecedentes personales -Patológicos: niega -Fármacos: niega -Alérgias: picadura de avispas -Tóxicos: 30 cigarrillos al día desde hace 30 años, alcohol ocasional -Quirúrgicos: Osteosintesis de miembro superior derecho Solicitan concepto de cirugía general por evidencia de contusión pulmonar y pequeño neumotórax izquierdo psterior a caida de 3 metros de altura presentando fractura vertebral y paresia asociada. En el momento paciente refiere encontrarse sin dolor, niega disnea, niega otra sintomatología asociada. Según reportes de enfermería estable hemodinamicamente, con requerimiento de oxigeno por cánula a 3 lpm

Objetivo : Se revisa paciente bajo protocolo institucional Paciente en regulares condiciones generales, hidratado, sin signos de dificultad respiratoria Presión arterial 115/60, frecuencia cardíaca 60, frecuencia respiratoria 18, Saturación 97% con oxigeno por cánula nasal a 3 lpm Mucosa oral hidratada, sin lesiones, collar cervical Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, no s3, murmullo vesicular conservado sin agregados Abdomen blando, depresible, no masas, no dolor Extremidades sin edemas Nivel sensitivo T3 Imágenes TAC toracoabdominal HALLAZGOS DEL TÓRAX: Fractura multifragmentana de C5 descrita con retrolitiasis/retropulsión de fragmentos óseos al interior del canal medular, mejor descrita en estudio de columna. Tráquea, carina y bronquios principales permeables. No se observan masas ni adenopatías mediastinales. Cámaras cardiacas de tamaño normal, no se observa derrame pericárdico. Aorta de curso y calibre normal, opacifica adecuadamente con el contraste, sin dilataciones aneurismáticas, ni signos de disección. La arteria pulmonar y sus ramas se opacifican adecuadamente con el contraste, sin defectos de llenado ni lesiones. El tronco de la pulmonar mide: 25mm. Adecuada expansión pulmonar, sin enfisema/atrapamiento de aire. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho que se asocia a pequeña laceración en el segmento medialbasal derecho Mínimo neumotórax derecho Engrosamiento liso de septos interlobulillares. No hay masas ni nódulos. No hay liquido pleural. Fracturas del 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos en su porción anterior, y de los 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos en su porción posterior HALLAZGOS DEL ABDOMEN: Hígado de forma, tamaño y densidad normal. No se evidencian lesiones focales. No hay dilatación de la vía biliar intra o extrahepática. Estructuras vasculares de apariencia normal. Vesícula con ligero aumento del realce, inespecifico. Páncreas, bazo y glándulas suprarrenales de aspecto normal, sin lesiones. Ambos riñones de forma y tamaño normal, con adecuada concentración del medio de contraste. Sin masas, quistes ni cálculos en su interior. No presentan dilatación de cavidades colectoras. Vejiga de paredes delgadas, sin lesiones en su interior. Próstata de tamaño normal Cámara gástrica y asas intestinales adecuadamente distendidas, sin signos de obstrucción, estenosis, engrosamiento mural focal o divertículos. Mesenterio libre de masas o adenopatías. Estructuras vasculares adecuadamente opacificadas con el contraste, no hay dilataciones aneurismáticas. No hay líquido libre en la cavidad abdominal. Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho. Hematoma adyacente que se extiende a la gotera parietocolica, Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. CONCLUSIÓN: Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. Ver descripción TAC de columna Fractura multifragmentaria compresiva del cuerpo vertebral de C5, de la lámina derecha y de la agujero vertebral derecho, con retropulsión de fragmentos configurando retrolistesis comprometiendo el canal medular, configurando canal estrecho. Fractura descrita de la esquina antero inferior de C4. Fractura compresiva probablemente crónica del muro anterior de T5. TAC simple de cráneo No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal. Laboratorios 02/03/2024 Hemograma: leucocitos 15500, neutrófilos 13220, linfocitos 1220, Hb 13.2, Hto 36, plaquetas 234000 BUN 6.4, Creatinina 0.7 Gases arteriales: pH 7.20, PO2 42, PCO2 42.6, HCO3 16.7, BE -11, lactato 1.08, Sodio 144, Potasio 3.2, Calcio 0.97.

Análisis : Paciente de 50 años, antecedentes anotados, diagnóstico de trauma raquimedular ASIA A, nivel T3, se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, sin soporte vasopresor, sin trabajo respiratorio. Se evidenció en TAC de torax pequeña contusión pulmonar y pequeño neumotórax izquierdo los cuales no requieren intervención quirúrgica urgentes en el momento. Se trasladará a UCE/UCI Requiere control estricto de signos vitales Oxigenación ante riesgo en la oxigenación por tórax inestable Recomiendo control de Rx de tórax mañana En caso de aumento de neumotórax se evaluará pig tail al espacio pleural e Ic a Cx de tórax Se estará atento a evolución y nuevo llamado a Cx general Le explico claramente al paciente y a su hermano quienes refieren entender y aceptar la conducta.

Plan : Ver análisis.

- 03.03.2024 10:10:56 FIRMÓ: BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:1036934418

Subjetivo : Urgentologia Francisco, 50 años Ingreso 02/03/2024 -- Atención con elementos de protección -- Diagnóstico 1. Caida de altura 2. Trauma raquimedular ASIA A nivel T3 -- Choque neurogénico resuelto -- Fractura inestable C4 - C5 - T5 - L1-L2-L3 3. Trauma cerrado de torax -- contusion pulmonar, neumotorax minimo, fractura arcos costales sin torax inesable 4. Trauma de abdomen cerrado -- Fractura de aleron iliaco y sacro izquierdo con hematoma asociado estable Antecedentes: fumador activo S: Refiere dolor en cuello dolor 5/10 segùn EVA, y dolor toracicó, parestesia en miembros inferiores, incapacidad para mover miembros inferiores, niega disnea, niega nauseas, diuresis conservada Monitoreo: estabilidad hemodinamica, afebril, sin desaturacion, glucometrias no cuantificadas (se retiro vasoactivo ayer)

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Objetivo : soporte. - oxigeno por canula nasal 3lt/min - ringer 70cc/h aceptables condciones FC 56 , FR 10, TA105/52 PAM 64 , SATO2 91% con collar cervical tórax simétrico?, normoexpansible, ruidos cardíaco bien timbrados, rítmicos, sin soplos audibles, murmullo vesicular presente sin sobreagregados abdomen blando, no doloroso a la palpación sin signos de irritación peritoneal, dolor a la palpacion de aleron izquierdo Glasgow 15, pupilas simétricas reactivas, sin movimientos anormales, fuerza muscular miembros superiores distal 1/5, proximal 3/5, miembros inferiores 1/5, nivel sensitivo T3, arreflexico, Babinski positivo pH 7.252 (7.20) pCO2 49.9 (42) pO2 79.1 (42) HCO3- 21.5 (16) BE -5.7 (-11) lactato 1 (1) hb 12 (13) leucos: 10300 pqt: 178 - TAC de craneo simple: No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal. - TAC de abdomen total y pelvis Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. - TAC TORAX: Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. - TAC DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO Fractura multifragmentaria compresiva del cuerpo vertebral de C5, de la lámina derecha y de la agujero vertebral derecho, con retropulsión de fragmentos configurando retrolistesis comprometiendo el canal medular, configurando canal estrecho. Fractura descrita de la esquina antero inferior de C4. Fractura compresiva probablemente crónica del muro anterior de T5.

Análisis : Diagnósticos anotados, problemas actuales - Mecanica ventilatoria, riesgo de falla, persiste con acidemia respiratoria en relacion a trauma raquimedular alto, trauma cerrado de torax y dolor mal modulado, se optimiza analgesia, dejo interconsulta a algesiologia - Fractura cervical inestable, con trauma raquimedular, no se beneficia de dosis altas de esteroide, a la espera de concepto de modulo de columna - Fractura de pelvis estable, se intercosnulta a ortopedia, tiene hematoma asociado a fx de iliaco con hb estable hospitalizacion en uce para vigilancia ventilatoria y hemodinamica, manejo multidisciplinario. Se inicia via oral con supraglotica y avanzar a tolerancia.

Plan : ver análisis

- 03.03.2024 13:38:14 FIRMÓ: BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:1036934418

Subjetivo : urgentologia / nota adicional - tiene dificultad para deglutir, no tolera supraglotica, riesgo de broncoaspiracion, ordeno paso de sonda nasogastrica y valoracion por fonoaudiologia - se hara terapia respiratoria, broncodilatacion, gases control, previo a definir necesidade de vmni

Objetivo : -

Análisis : -

Plan : -

- 03.03.2024 14:44:00 FIRMÓ: MANOSALVA CORTES, EDGAR FABIAN
  MODULO DE COLUMNA Registro Médico:52858

Subjetivo : nota esp.cirugia columna edad 50 años paciente con trauma de altura con posterior dolor e imposibidad funcional para la movilizacion de las 4 extremidades lesion en pelvis no quirurgica plan remision resonancia de columna cervical y dorsal simple con soporte

Objetivo :

Análisis :

Plan : plan remision resonancia de columna cervical y dorsal simple con soporte

- 03.03.2024 15:42:13 FIRMÓ: BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:1036934418

Subjetivo : Urgentologia Diagnósticos anotados deterioro hemodinamico y ventilatorio

Objetivo : soporte. - canula 3lt/min - ringer 100cc/h --> bolo 500cc/h regulares condciones, dificultad respiratoria moderada pa. 90/50 pam 60 fc 45 sat 94% fr 18 tiraje supraclavicular sibilancias espiratorias e inspiratorias llenado capilar de 2 segundos rx portatil. aumento de infiltrados en base derecha, no aumento de neumotorax

Análisis : - progresa a choque neurogenico, inicio dopamina para metas de perfusion, poca probabilidad de componente hemorragico (hb estable y no sangrado en vicera solida en tac de ayer) - no mejora mecanica ventilatori apesar de manejo, se dejara en uci para definir vmni vs intubacion orotraqueal

Plan : ver analisis

- 03.03.2024 18:26:36 FIRMÓ: GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1128422176

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Subjetivo : **Ingreso a UCI** Paciente de 50 años de edad sin antecedentes de impotancia, el dia de ayer caida de aproximadamente 2.5 metros de altura al arreglar un techo, dice que cae en decubito supino presentando trauma en region occipital, cuello, Torax y pelvis, relata que no tuvo perdida de conciencia y ademas se encontraba bajo efectos del alcohol; trasladan a hospital de itagui y posteriormente a este centro; donde se documento trauma cerrado de torax y trauma raquimedular con Fx desplazada e inestable de C5 y signos de invasion de fracmentos oseos a canal medular, Lo vio modulo de columna y le pidio remision para RM y posible intervencion quirurgica, Desde hoy con disnea, incapacidad para tragar, signos de falla ventilatoria, trasladan a UCI para vigilancia y manejo. Diagnósticos de ingreso a UCI: -Choque de origen neurogénico. -Caida de altura (2.5 metros / 02.03.24) -Trauma raquimedular ASIA A **Fractura multifragmentaria de C5 con retrolitiasis/retropulsión de fragmentos óseos al interior del canal medular **Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. **Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. -Trauma cerrado de torax **Mínimo neumotórax derecho **Contusión pulmonar LID + laceración en el segmento medial basal derecho **Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior **Fracturas de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior -Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho -Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. -Farmacológicos: Niega. Subjetivo: Se siente regular, tiene disnea, no tiene dolor, no moviliza ninguna extremidad.

Objetivo : Soportes: -Dopamina 5 mcg/kg/min. -Mascara NR. Invasiones: PICC / SV / SNG. PA. 100/50 FC 62 FR 32 S02: 92% Glucometria de Ingreso. 125 Se inicia conteo de diuresis. Regulares condiciones generales. Conciente, orientado. Disnea y marcada dificultad respiratoria. Dolor a la palpacion de torax derecho. Abdomen blando, depresible, sin dolor. Extremidades sin edemas. Movimientos involuntarios en extremidades superiores, fuerza 2/5 Sin movilidad ni sensibilidad en extremidades inferiores Paraclínicos Hemograma: leucocitos 15500, neutrófilos 13220, linfocitos 1220, Hb 13.2, Hto 36, plaquetas 234000 BUN 11, Creatinina 0.7 Gases arteriales: pH 7.25, PO2 79 PCO2 49, HCO3 21.5, BE -6.1 Lactato 1.08, Sodio 139, Potasio 4.1, Calcio 0.97. Imagenes: - TAC de craneo simple: No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal. - TAC de abdomen total y pelvis Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. - TAC TORAX: Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. - TAC DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO Fractura multifragmentaria compresiva del cuerpo vertebral de C5, de la lámina derecha y de la agujero vertebral derecho, con retropulsión de fragmentos configurando retrolistesis comprometiendo el canal medular, configurando canal estrecho. Fractura descrita de la esquina antero inferior de C4. Fractura compresiva probablemente crónica del muro anterior de T5.

Análisis : Paciente de 50 años de edad caida de altura, al parecer se encontraba trabajando. Trauma cervical, trauma de torax y pelvis, con Fx multisegmentaria de C5 y compromiso de canal medular. Ahora dependiente de dopamina, sin hipoperfusion clínica. Con acidosis respiratoria y mal patron respiratorio que probablemente no resuelva con VMNI u otras medidas debido al nivel de la lesion; se le plantea al paciente y a su familiar intubacion orotraqueal, entienden y aceptan el procedimiento. Tambien tiene TX en torax con multiples Fx y contusion pulmonar. No tiene por ahora lesion renal ni alteraciones hidorlectroliticas, tampoco indicacion de trasfusion ni caida Significativa de Hb. Requiere inicio de NET, esta euglicemico, ya tiene sonda gastrica. Lo valoró modulo de columna y ordeno RM para eventual procedimiento quirurgico, al momento sin disponibilidad de resonador en la institucion, por lo que esta en remision; la remision es urgente. Continua manejo en UCI, se explica a su primo y al paciente, Se aclaran dudas.

Plan : UCI Intubacion orotraqueal y sedacion. Remision urgente a sitio que cuente con Modulo de columna y Resonador. Vx por nutricion Vx por Cx de torax Controles de laboratorios. Gracias

- 03.03.2024 19:38:37 FIRMÓ: GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1128422176

Subjetivo : *Nota de procedimiento: Intubacion orotraqueal: Se explica procedimiento, el paciente entiende y acepta. Preoxinenacion con ventilador mecanico Fi02 100% PEEP 5. Secuencia rapida de intubacion: Fentanilo 150 mcg + Midazolam 5 mg + Vecuronio 10 mg Laringosgopia directa cormack II, Maniobra de 4 manos para evitar movilizacion cervical, no se retira el collar. Se avanza tubo orotraqueal 8.5 a traves de cuerdas vocales. Se fija a 24 cm en comisura labial, no complicaciones.

Objetivo : .

Análisis : .

Plan : .

- 04.03.2024 07:22:58 FIRMÓ: PIEDRAHITA ZAPATA, CARLOS MARIO
  MODULO DE COLUMNA Registro Médico:9970

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Subjetivo : NEUROCIRUGIA CIRUGIA DE COLUMNA ENTERADO DEL CASO MANEJO Y EVOLUCION NOTA DEL 3 DE MRZO..nota esp.cirugia columna edad 50 años paciente con trauma de altura con posterior dolor e imposibidad funcional para la movilizacion de las 4 extremidades lesion en pelvis no quirurgica plan remision resonancia de columna cervical y dorsal simple con soporte -plan remision resonancia de columna cervical y dorsal simple con soporte PACIENTE CON TRAUMAS MULTIPLES VER NOTA DE INGRESO PACIENTE INTUBADO SEDADO EN COMPAÑIA DEL HERMANO EXAMEN NO SUBJETIVABLE- PERO ANOTAN QUE AL EXAMEN ESTABLA CUADRIPLEGICO- EN ESTUDIO IMEGEN DE TAC..CONCLUSIÓN: Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral.Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. PACIENTE CON COLLAR CERVICAL CON TRAUMAS MULTIPLES SE DEFINIO NO MANEJO QUIRURGICO DE FRACTURAS DE PELVIS POR ORTOPEDISTA. CON FRACTURA DE C4 ANTERIOR INFERIOR DEL CUERPO Y ESTALLIDO DE C5 CON ANTEROLISTESIS RETROPULSION EN CANAL DE FRAGMENTO POSTERIOR. FRACTURA SE CONDICERA INESTABLE Y AMERITA PRIORITARIO ESTUDIO DE RESONANCIA YA ORDENADA-AHORA NO ESTA EN CONDICIONES- Y MANEJO DE CORPECTOMIA REMPLAZO DE CUERPO Y ARTRODESIS INSTRUMENTADA EN IV NIVEL SE REALIZA ANEXO 9 PARA GESTIONAR EN OTRO NIVEL DE ATENCION, EN FORMA PRIORITARIA SE COMENTA AL DR INTENSIVISTA

Análisis : SE DELIGENCIA ANEXO 9

- 04.03.2024 09:27:10 FIRMÓ: POSADA URIBE, LORD LARRY
  CIRUGIA DEL TORAX Registro Médico:8256189

Subjetivo : cirugia d etroax trauma cerrado de columna y torax

Objetivo : estaqble

Análisis : paciente con trauma de columna cervical, ademas con trauma cerrado del torax con fracturas costales anteriores y postores derechas estables sin cabalgamiento y anteriores solo la lamina externa de las costillas sin compromiso por hemoneutorax o hemotorax no es de manejo quirurgico su trauma costal, pendiente manejo por neurocirugia de su trauma cervical de la columna.

Plan : paciente con trauma de columna cervical, ademas con trauma cerrado del torax con fracturas costales anteriores y postores derechas estables sin cabalgamiento y anteriores solo la lamina externa de las costillas sin compromiso por hemoneutorax o hemotorax no es de manejo quirurgico su trauma costal, pendiente manejo por neurocirugia de su trauma cervical de la columna.alta por cirugia de torax

- 04.03.2024 10:25:58 FIRMÓ: CARDENAS GONZALEZ, JUAN
  MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:5253406

Subjetivo : UCI Ronda Francisco, 50 años Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5-6 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) -Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) -Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. -Farmacológicos: Niega. Problemas - Nivel medular Soportes: - Norepinefrina 0.5mcg/kg/min - LEV 100cc/h - Midazolam 8mg/h - Fentanilo 200mcg/h - Ventilación mecánica invasiva, PEEP 9, VCV, Vt 480cc, aumento en Raw, compliance normal

Objetivo : Paciente en mala condición general Bajo sedacion profunda Arreflexico, no babinski, cuadriplejia flácida, atonia esfinter anal, sin priapismo FC 108x Sat 90% FR 20 afebril pupilas de diámetro normal Collar cervical de tamaño adecuado TOT con secreciones purulentas Acoplado a la ventilación mecánica RItmo sinusal Soporte con norepinefrina Abdomen plano, blando Extremidades sin edemas orina clara. PICC de aspecto sano Acidosis respiratoria no compensada en gases

Análisis : Paciente de 50 años, politrauma de alta energía por caida de altura superior a 2m. De mayor importancia el trauma raquimedular ASIA A, por fractura de C4 y estallido C5 + compresión del canal medular. No hay datos en HC de nivel motor, solo describen nivel sensitivo T3, pero parece que tenía nivel motor al menos C6 (dice el familiar que no hacia pinza y solo podia levantar los hombros) pero probablemente mucho mas alto en el momento. En este contexto progresó a choque neurogénico y falla respiratoria tipo 3 lo que aumenta la posibilidad de ascenso en el nivel motor. Ahora: - Mala condición general, soporte vasoactivo a dosis crecientes, no tiene signos de hipoperfusion sistémica. - Ventilatoriamente entregado, preocupa aumento en Raw, ya con su antecedente de neumotorax derecho, debe descartarse aumento. Se solicita Rx torax. - Acidosis respiratoria no compensada en relación con restricción, ajustamos parámetros. - Los otros traumas descritos no son de manejo quirúrgico. En conclusión Paciente Con TRM alto y choque neurogénico + falla respiratoria Requiere estabilizacion de fractura cervical para evitar progresión. Se le informa claramente a sus acudientes que el objetivo de la fijación NO ES RECUPERAR MOVILIDAD sino evitar deterioro. Tambien se les explica: Alta probabilidad de traqueostomía, imposibilidad de liberacion ventilatoria y necesidad de ventilación mecánica crónica. Se encuentra en proceso de remisión por no disponibilidad de insumos en la institución y no disponibilidad de resonancia. Pronóstico sujeto a evolución

Plan : Continuamos manejo UCI Terapia respiratoria Mínima manipulación, movilizar en bloque paso de linea arterial Mantener PAM por encima de 75 Tromboprofilaxis Analgesia multimodal Nutricion enteral Control paraclínicos Acompañamiento psicológico a la familia

- 04.03.2024 13:08:21 FIRMÓ: MUÑIZ PELAEZ, ISNIEL
  ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION Registro Médico:1066755322

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Subjetivo : ANESTESIOLOGIA Paciente de 50 años con los diagnosticos: Diagnósticos 1. POLITRAUMATISMO Programado para realizacion de estudio bajo anestesia: RMN ********** Antecedentes Personales: ********** Anetecedentes Quirúrgicos no refiere Anetecedentes Patológicos NO REFIERE Antecedentes Alérgicos: NO REFIERE Antecedentes Tóxicos: FUMADOR Anetecedentes Medicamentos uso Habitual: NO REFIERE Se interroga acerca de trastornos de coagulación, alteración endocrinas, episodios sincopales y arritmias cardiacas lo cual niega. Niega antecedentes anestésicos desfavorables en familiares a de hipertermia maligna en familiares y/o propios

Objetivo : ********** Examen Fisico ********** Tension Arterial 110/80 Frec Cardiaca 80 x' Frec Resp 14 x' Peso 70 kg PACIENTE VENTILADO VOLUMEN CONTROL CON APOYO VASO ACTIVO , tubo 8.5 bajo sedacion fentanil midazolan Paciente que se encuentra inconsciente, desorientado, que no se moviliza , normocefalico No alteraciones maxilofaciales que describir Cardiopulmonar: ruidos cardiacos ritmicos y bien golpeados, no oculto soplo frecuencia cardiaca normal. Murmullo vesicular conservado, no estertores gfrecuencia respiratoria normal Abdomen: suave depresible, no impresiona doloroso palapacion no seconstata viceromegalia,ruidos hidroaereos presentes y normales Pelvis y genitales externos sin alteracion de acuerdo edad y sexo Extremidades Superiores: sin alteraciones que describir Extremidades Inferiores: sin alteraciones que describir, no edema, no varices Via Aerea: no se explora paviente intubado conectado ventilacion mecanica con soporte vaso activo

Análisis : ********** Clasificacion de Riesgo Anestesico ********** Clasificasion ASA II Clasificacion NYHA I Clasificacion Golman I Glasgow 15/15 ********** Analisis y Conclusiones ********** Se explica posibilidades de técnica anestésica, riesgos, beneficios y posibles complicaciones relacionados tanto por factores idiosincráticos como a los relacionados su patología actual y enfermedades condiciones previas, se despejan dudas, las cuales el paciente entiende y acepta. Acepta trasfusión sanguínea Se firma consentimiento informado,

Plan : ********** Indicaciones Medicas ********** Programar Se da aval por anestesiologia Se explica ayuno así: - Nada vía oral solido 8 horas antes de qx - Nada vía oral liquido 6 horas antes de qx. - Agua hasta 3 horas a antes de qx - Neonatos o lactantes con lactancia materna exclusiva suspender dos horas antes de qx Vias venosas permebles para qx

04.03.2024 15:36:52 FIRMÓ: SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
PSICOLOGIA Registro Médico:8430866

Subjetivo : PSICOLOGÍA FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES, 50 años. Estado civil: soltero, sin hijos. Escolaridad: tecnólogo en maquinaria pesada. Reside en Buenos Aires. Labora como tecnólogo de máquina pesada. Católico. Previo consentimiento del hermano del paciente procedo a realizar interconsulta. Nota: se atiende al paciente bajo normas de cuidado respiratorio equipo de bio-seguridad institucional y lavado de manos, antes y posterior a la interconsulta, y bajo las normas de la OMS. Según el hermano del paciente: "mi hermano tuvo un accidente, pero desconozco cómo fue que pasó: le fue grave; se cayó y se fracturó unas vértebras, el cuello, la pelvis, las costillas" El paciente vive con su hermano José Alfredo Álvarez Torres, de 52 años. En el momento de la interconsulta el paciente se encuentra en compañía de su hermano José Alfredo, y su primo Bernardo Torres. El paciente no ha tenido proceso por psicología. Sin antecedentes psiquiátricos. Sin antecedentes médicos generales. Sin antecedentes de enfermedades médicas sufridas en la familia. Sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Con antecedentes de tabaquismo: 2 paquetes al día. Con antecedentes de abuso de alcohol: todos los días un cuarto de aguardiente. Con aceptables relaciones interpersonales. Sin manifestaciones de agresividad ni irritabilidad.

Objetivo : Examen mental: encuentro al paciente en cama. Intubado. Bajo sedación. Examen mental del hermano del paciente: alerta, orientado globalmente, con actitud colaboradora frente a la interconsulta, establece contacto visual y no presenta alteraciones de la conducta motora. Eucroalérico, afecto hipotímico; sin alteraciones sensoperceptivas. Lenguaje claro, coherente, de tono y prosodia conservados, discurso fluido. Pensamiento lógico, sin alteraciones del curso, sin ideas delirantes u obsesivas, sin cogniciones depresivas, niega ideas de muerte o suicidio. Memoria impresiona conservada, inteligencia impresiona promedio. Juicio y raciocinio conservados, introspección presente, prospección presente.

Análisis : Paciente de 50 años. Ingresado a UCI. Diagnósticos: "- Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5-6 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) R" El hermano del paciente no presenta agitación. Presenta nerviosismo. No tiene dificultades para concentrarse o pensar. Sin manifestaciones de irritabilidad. Sin alteraciones del sueño y hábitos alimenticios. El hermano del paciente presenta estado de ánimo triste (más no depresivo) durante la interconsulta. Sin una marcada disminución del interés o placer. Carece de sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados. Sin pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. El hermano del paciente presenta rasgos de ansiedad. No hace una negación de la realidad, su entorno o sobre sí mismo. Se le explica al hermano del paciente que durante su permanencia en esta institución se le brindaran estrategias y herramientas para el manejo de sus emociones y algunas técnicas psicológicas que sirvan para el afrontamiento de todo lo que implica el tratamiento médico y estancia hospitalaria de su hermano. Manejo de las emociones en momentos límites de la vida (la enfermedad de su hermano es una situación compleja para la cual hay que contar con unos recursos internos adaptativos para hacerle frente). Se psico orienta al hermano del paciente, con palabras sencillas y empáticas, acerca de la importancia de auto aplicarse el modelo de Daniel Goleman sobre el manejo de las emociones en momentos difíciles, el cual consiste en conocer nuestros propios sentimientos y saber poner nombre al por qué los tenemos en cada momento. Gestionarse a uno mismo. Cumplir nuestras metas y conseguir que, ante los contratiempos, aquellas emociones que sean negativas no nos invadan. Tenemos que conseguir controlarlas y ser optimistas ante la adversidad. Se le permite al hermano del paciente un momento de catarsis. En donde se siente libre para expresar sus emociones. El "foco" de este ejercicio es la tristeza de ver a su hermano en tan malas condiciones. Hermano del paciente con llanto fácil. Se realiza contención emocional. Se le ofrece al hermano del paciente el servicio de acompañamiento psicológico cuando lo vea necesario. El servicio lo puede solicitar a través del personal médico o de enfermería.

Plan : -Seguimiento

"Este documento ha sido firmado electrónicamedteacuerdo a lo establecido en elde creto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

04.03.2024 15:46:08 FIRMÓ: CARDENAS GONZALEZ, JUAN
MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:5253406

Subjetivo : Linea arterial Requiere monitorización de PA para garantizar metas de perfusión Se coloca linea arterial radial izquierda sin complicaciones Adecuado registro en monitor Se titula terapia vasoactiva

Objetivo : .

Análisis : .

Plan : .

04.03.2024 17:33:43 FIRMÓ: CARDENAS GONZALEZ, JUAN
MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:5253406

Subjetivo : UCI PM

Objetivo : Paciente en pésima condición general Alto soporte ventilatorio PEEP 10 Fio2 100% Vt 450c Alto soporte vasoactivo Norepinefrina 1mcg/kg/min, Vasopresiona 0.04uds/min Se hace rastreo pocus, corazón hiperdinámico, sin derrame, sin aleracion de contractilidad, paredes normales Cava de 2.3cm sin variabilidad RASS -5 sin signos de hipoperfusión Rx con atelectasia basal derecha

Análisis : Paciente con choque neurogénico Gravemente desoxigenado a pesar de parametros altos ventilatorios con necesidad de doble soporte vasoactivo para lograr metas de presión arterial Atelectasia basal derecha, se ajusta PEEP... mejoramos oxigenación. Conserva diuresis, glucometrías bien. Pronóstico vital ominoso, continuamos soporte, no es tributario a RCCP en caso de paro y se informo esto a sus familiares ya tuvieron intervencion por psicologia

Plan : continuamos vgilancia en UCI No RCCP en caso de paro

05.03.2024 09:35:50 FIRMÓ: SOTO TORRES, RONALD ANDRES
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1118825266

Subjetivo : Ronda UCI Dia Francisco Alvarez, 50 años Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Problemas - Nivel medular Soportes: - Norepinefrina 0.9 mcg/kg/min, Vasopresina 2.4 U/hr - LEV 100cc/h - Midazolam 8mg/h - Fentanilo 200mcg/h - Ventilación mecánica invasiva, PEEP 10, VCV, Vt 430ml, Fr 22

Objetivo : Examen fisico: TA 111/58 Fc 98x' Fr 20x' T° 38 Sat 98% Diuresis: 890 ml B. Hidrico(24 Hrs) 3539 ml Glucometria: 95 mg/dl Neurológico: RASS -4 no movimientos anormales Pupilas simétricas, hiporeactivas, conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda Cuello no ingurgitado Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos Campos pulmonares bien ventilados, sin agrgados Abdomen blando, depresible, no peritoneal Extremidades simetricas, sin edemas, llenado capilar 3 seg Hb 13.2 Hto 40% Leuc 1.3 Neut 59% Plaqt 147 PCR 8.8 K 4.2 Na 136 Eab 7.23/68.2/66.7/27.9/-1.4/88%

Análisis : Paciente en muy malas condiciones generales, con doble soportes vasopresor a altas dosis, cursando con Choque neurogenico sin modulacion de vasoplejia, ahora febril laboratorios con leucopenia y PCR aumentada no se descarta inicio de proceso infeccioso probable origen respiratorio teniendo en cuenta cambios en las secresiones y cambios readiologicos en base pulmonar derecha que podrian corresponder a proceso broncoaspiratio o sobreinfeccion de contusion pulmonar por lo que se decide iniciar terapia Atb empirica y cultivo de secresiones respiratorias, de lo neurologico no evaluable por sedoanalgesia, no candidato a despertar, ni maniobras de weaning, se continua manejo en la unidad segun evolucion. Paciente con pobre pronostico a corto plazo, se encuentra pendiente remision integral para manejo de lesion cervical.

Plan : - Continua manejo en UCI - Monitoreo y vigilancia continua - Ver analisis y Ordenes medicas

05.03.2024 15:08:22 FIRMÓ: SOTO TORRES, RONALD ANDRES
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1118825266

Subjetivo : NOTA UCI

Objetivo : Examen fisico: TA 145/60 Fc 90x' Fr 22x' T° 37 Sat 94% Soportes: - Norepinefrina 0.4 mcg/kg/min, Vasopresina 2.4 U/hr - LEV 100cc/h - Midazolam 8 mg/h - Fentanilo 200mcg/h - Ventilación mecánica invasiva, PEEP 10, VCV, Vt 430ml, Fr 22

Análisis : Paciente en muy malas condiciones generales, inestable, con doble soporte vasopresor, al momento se logra descenso parcial de dosis de norepinefrina, actualmente se encuentra pendiente remision a centro de mayor nivel por falta de materiales para estabilizacion de lesion cervical requiriendo institucion que cuente con NeuroCx, Cx de Torax, Ortopedia y UCI Ademas de materiales osteorintesis para manejo de Fracturas descritas, Por otra parte paciente en condiciones de traslado en alto risgo por Inestabilidad sin embargo sopesando riesgo beneficio teniendo en cuenta que en la institucion no se le puede brindar el tratamiento quirurgico requerido, se da aval para traslado, se comenta estado actual de paciente a familiar a cargo (hermano) explicandole complicaciones y riesgos de posible traslado que incluyen la muerte, los cuales entienden y aceptan bajo su responsabilidad.

Plan : - Continuar proceso de remision a centro de Mayor complejidad

Powered by CamScanner

Historia Clínica

- 05.03.2024 15:38:53 FIRMÓ: SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
PSICOLOGIA Registro Médico:8430866

Subjetivo : PSICOLOGÍA FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES, 50 años. Estado civil: soltero, sin hijos. Escolaridad: tecnólogo en maquinaria pasada. Reside en Buenos Aires. Labora como tecnólogo de máquina pesada. Católico. Previo consentimiento del hermano del paciente procedo a realizar seguimiento. Nota se atiende al paciente bajo normas de cuidado respiratorio equipo de bio-seguridad institucional y lavado de manos, antes y posterior a la interconsulta, y bajo las normas de la OMS. Según el hermano del paciente: "mi hermano está muy mal, necesita el traslado a otra institución para que lo operen" El paciente vive con su hermano José Alfredo Álvarez Torres, de 52 años. En el momento de la interconsulta el paciente se encuentra en compañía de su hermano José Alfredo. El paciente no ha tenido proceso por psicología. Sin antecedentes psiquiátricos. Sin antecedentes médicos generales. Sin antecedentes de enfermedades médicas sufridas en la familia. Sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Con antecedentes de tabaquismo: 2 paquetes al día. Con antecedentes de abuso de alcohol: todos los días un cuarto de aguardiente. Con adecuadas relaciones interpersonales. Sin manifestaciones de agresividad ni irritabilidad.

Objetivo : Examen mental del hermano del paciente: alerta, orientado globalmente, con actitud colaboradora frente a la interconsulta, establece contacto visual y no presenta alteraciones de la conducta motora. Euproséxico, afecto hipotímico; sin alteraciones sensoperceptivas. Lenguaje claro, coherente, de tono y prosodia conservados, discurso fluido. Pensamiento lógico, sin alteraciones del curso, sin ideas delirantes u obsesivas, sin cogniciones depresivas, niega ideas de muerte o suicidio. Memoria impresiona conservada, inteligencia impresiona promedio. Juicio y raciocinio conservados, introspección presente, prospección presente.

Análisis : Paciente de 50 años. Ingresado a UCI. Diagnósticos: "- Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotórax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no tórax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx)" El hermano del paciente no presenta agitación. Presenta nerviosismo. No tiene dificultades para concentrarse o pensar. Sin manifestaciones de irritabilidad. Sin alteraciones del sueño y hábitos alimenticios. El hermano del paciente presenta estado de ánimo triste (más no depresivo) durante la interconsulta. Sin una marcada disminución del interés o placer. Carece de sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados. Sin pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. El hermano del paciente presenta rasgos de ansiedad. No hace una negación de la realidad, su entorno o sobre sí mismo. Se le explica al hermano del paciente que durante su permanencia en esta institución se le brindaran estrategias y herramientas para el manejo de sus emociones y algunas técnicas psicológicas que sirvan para el afrontamiento de todo lo que implica el tratamiento médico y estancia hospitalaria de su hermano. Manejo de las emociones en momentos límites de la vida (la enfermedad de su hermano es una situación compleja para la cual hay que contar con unos recursos internos adaptativos para hacerle frente). El día de hoy se realizan con el hermano del paciente ejercicios prácticos sobre el modelo de Daniel Goleman sobre el manejo de las emociones en tiempos difíciles. Se traen a colación ejemplos concretos que le faciliten al hermano del paciente la auto aplicación del modelo. Se le permite al hermano del paciente un momento de catarsis. En donde se siente libre para expresar sus emociones. El "foco" de este ejercicio es la esperanza que tiene de que su hermano mejore su salud. Se realiza contención emocional. Se le ofrece al hermano del paciente el servicio de acompañamiento psicológico cuando lo vea necesario. El servicio lo puede solicitar a través del personal médico o de enfermería.

Plan : -Seguimiento

- 05.03.2024 22:55:27 FIRMÓ: GONZALEZ ARROYAVE, LINA
MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:5149002

Subjetivo : RONDA UCI NOCHE Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Soportes: - Norepinefrina 0.35 mcg/kg/min, Vasopresina 2.4 U/hr - LEV 100cc/h - Midazolam 8mg/h - Fentanilo 200mcg/h - Ventilación ACV, PEEP 10, FiO2 50%, VCV, Vt 430ml, Fr 22

Objetivo : Paciente en malas condiciones generales PA 127/56, FC 82, FR 22, SPO2 96%, T 39 Sinusal en cardioscopio RASS -4 GU 1.73cc/kg/h

Análisis : Paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en shock medular, en muy malas condiciones generales, con doble soportes vasopresor a altas dosis, con sospecha de sobreinfeccion pulmonar por lo que se inicio manejo antibiotico, febril Paciente con pobre pronostico, se habla con su hermano, se resuelven dudas, se explica condicion clinica y posibles secuelas, ya esta definido que en caso de parada cardiaca no se realizaran maniobras de reanimacion Continua vigilancia en UCI

Plan : - Continua manejo en UCI - Acompañamiento de su familia - Paraclinicos de control mañana

- 06.03.2024 07:54:41 FIRMÓ: PABON MUÑETON, LUIS FELIPE
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:71778556

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Subjetivo : Cama 811 Ronda UCI Dia Francisco Alvarez, 50 años Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Atelectasia lóbulo inferior derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Problemas - Compromiso neurológico - Soporte presor - Identificación y control infección Soportes: - Norepinefrina 0.25 mcg/kg/min, Vasopresina 2.4 U/hr - Ventilación mecánica invasiva, PEEP 8, VCV, Vt 430ml, Fr 22, FIO2 45%

Objetivo : Paraclínicos de control Ph 7.35 Po2 69 PCO2 53.5 HCO3 29.5 EB 4 Sao2 92.8 Mg 1.8 K 3.4 BUN 11.7 Cr 0.5 Pcr 49 Paciente bajo sedación profunda RASS - 5 Isocorico con reactividad luminica conservada Acoplado al soporte ventilatorio con parametros intermedios Hipoventilación marcada en bases con predominio derecho Trazado sinusal, llenado capilar 2 segundos, aun con requerimento soporte presor Ruidos ritmicos no soplos Abdomen blando, sin defensa Extremidades con edemas, pulsos presentes, deficit motor conocido PA 137/67 FC 82 Sao2 97 %

Análisis : Paciente en la sexta década de la vida con politrauma que ocasiona TRM alto, trauma cerrado de torax y múltiples fracturas costales, acorde evolución pendiente estabilización cervical, en la actualidad cursando con choque mixto, neurogénico y septico pues se sospecha sobreinfección de la contusión basal derecha, además con atelectasia importante en dicho territorio que aumenta compromiso en la oxigenación, se solicita por lo tanto FBC y concurrentemente toma de muestras, ya esta en curso cultivos de secreciones traqueales, continuamos manejo en cuidados intensivos explicando a acompañante la condición clínica actual y la alta probabilidad de un desenlace no favorable

Plan : Se solicita FBC Titular Soporte presor PAM 90 Reducir sedación RASS -2 Paraclínicos de control para mañana Acorde evolución iniciar soporte nutricional

- 06.03.2024 15:46:41 FIRMO: SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  PSICOLOGIA Registro Médico:8430866

Subjetivo : PSICOLOGÍA FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES, 50 años. Estado civil: soltero, sin hijos. Escolaridad: tecnólogo en maquinaria pasada. Reside en Buenos Aires. Labora como tecnólogo de máquina pesada. Católico. Previo consentimiento del hermano del paciente procedo a realizar seguimiento. Nota: se atiende al paciente bajo normas de cuidado respiratorio equipo de bio-seguridad institucional y lavado de manos, antes y posterior a la interconsulta, y bajo las normas de la OMS. Según el hermano del paciente: "soy consciente de lo grave que está mi hermano, pero aún guardo la esperanza de que se recupere" El paciente vive con su hermano José Alfredo Álvarez Torres, de 52 años. En el momento de la interconsulta el paciente se encuentra en compañía de su hermano José Alfredo. El paciente no ha tenido proceso por psicología. Sin antecedentes psiquiátricos. Sin antecedentes médicos generales. Sin antecedentes de enfermedades médicas sufridas en la familia. Sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Con antecedentes de tabaquismo: 2 paquetes al día. Con antecedentes de abuso de alcohol: todos los días un cuarto de aguardiente. Con adecuadas relaciones interpersonales. Sin manifestaciones de agresividad ni irritabilidad.

Objetivo : Examen mental: encuentro al paciente en cama. Intubado. Bajo sedación. Examen mental del hermano del paciente: alerta, orientado globalmente, con actitud colaboradora frente a la interconsulta, establece contacto visual y no presenta alteraciones de la conducta motora. Euprosèxico, afecto hipotímico; sin alteraciones sensoperceptivas. Lenguaje claro, coherente, de tono y prosodia conservados, discurso fluido. Pensamiento lógico, sin alteraciones del curso, sin ideas delirantes u obsesivas, sin cogniciones depresivas, niega ideas de muerte o suicidio. Memoria impresiona conservada, inteligencia impresiona promedio. Juicio y raciocinio conservados, introspección presente, prospección presente.

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Análisis : Paciente de 50 años. Ingresado a UCI. Diagnósticos: " - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotórax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Atelectasia lóbulo inferior derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no tórax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx)" El hermano del paciente no presenta agitación. Presenta nerviosismo, no tiene dificultades para concentrarse o pensar. Sin manifestaciones de irritabilidad. Sin alteraciones del sueño y hábitos alimenticios. El hermano del paciente presenta estado de ánimo triste (más no depresivo) durante la interconsulta. Sin una marcada disminución del interés o placer. Carece de sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados. Sin pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. El hermano del paciente presenta cuadro de ansiedad. No hace una negación de la realidad, su entorno o sobre sí mismo. Se le explica al hermano del paciente que durante su estancia en esta institución se le brindaran estrategias y herramientas para el manejo de sus emociones y algunos apoyos farmacológicos que serán para el afrontamiento de todo lo que implica el tratamiento medico y estancia hospitalaria de su hermano. Manejo de las emociones en momentos límites de la vida (la enfermedad de su hermano es una situación compleja para la cual hay que contar con unas respuesta internas adaptativas para hacerle frente). El día de hoy se le sugieren al hermano del paciente las auto instrucciones, que es una técnica que permite la modificación o sustitución de las auto verbalizaciones internas que el sujeto utiliza antes, durante y después de enfrentarse a una situación estresante por otras verbalizaciones más adaptativas. Facilitar la autorregulación de la conducta y aumentar la presencia y autoeficiencia de sus conductas. Por ejemplo, cambiar la auto verbalización negativa "todo es oscuro, no tengo esperanza" por otra más positiva como "hoy un día voy optimista". Con esto logramos disminuir los sentimientos negativos que nos autogeneramos al verbalizarnos frases poco constructivas. Se le permite al hermano del paciente un momento de catarsis. En donde se siente libre para expresar sus emociones. El "foco" de esta sesión es la esperanza de que su hermano mejorará su estado de salud. Se realiza contención emocional. Se le ofrece al hermano del paciente el servicio de acompañamiento psicológico cuando lo vea necesario. El servicio lo puede solicitar a través del personal médico o de enfermería.

Plan : -Seguimiento

- 06.03.2024 18:28:33 FIRMÓ: PABON MUÑETON, LUIS FELIPE
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:[illegible]

Subjetivo : Cama 811 Ronda UCI noche Francisco Alvarez, 50 años Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Atelectasia lóbulo inferior derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Problemas - Compromiso neurológico - Soporte presor - Identificación y control infección Soportes: - Norepinefrina 0.15 mcg/kg/min, Vasopresina 2 U/hr - Ventilación mecánica invasiva, PEEP 8, VCV, Vt 430ml, Fr 22, FiO2 45%

Objetivo : Paciente bajo sedación RASS - 3 Isocorico con reactividad conservada Acoplado al soporte ventilatorio, ntoventilación en base derecha Presiones en metas lograndose reducción del soporte vasoactivo PA 125/60 FC 87 Sat2 98% Abdomen blando sin defensa Extremidades con pulsos presentes, edema grado I

Análisis : Paciente politraumatizado por caida de altura, trauma raquimedular cervical, curso con choque mixto neurogenico y septico sospechandose foco pulmonar con contusión sobreinfectada vs aspiración tiene pendiente cultivos y se solicito FBC en aras resolver su componente atelectasico, se ha logrado reducir soporte vasoactivo, se continuará plan actual en UCI y acorde a evolución definir nueva conducta

Plan : Acorde evolución iniciar soporte nutricional a dosis trofica

- 07.03.2024 10:55:24 FIRMÓ: HERNANDEZ JARAMILLO, ANDRES FELIPE
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:[illegible]

Subjetivo : Ronda UCI dia Francisco Alvarez, 50 años Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx). - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) - Choque neurogénico - septico - Falla respiratoria tipo 3 - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Atelectasia lóbulo inferior derecho - Rabdomiolisis - Neumonia aspirativa vs contusiones pulmonares sobreinfectadas. Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Antibioticos: Ampicilina sulbactam fi 05.03.24 Aislamientos: 05.03.24 Hemocultivos pendientes. 05.03.24 Cultivo AT pendiente. Problemas - Compromiso neurológico - Soporte presor - Identificación y control infección

Objetivo : Soporte vasopresor: nore 0.15, vasopresina pausada hoy 8am Soporte ventilatorio: Ventilación mecánica invasiva. PEEP 8, VCV, Vt 430ml, Fr 23, FIO2 45% Balance: GU 0,5, ingresos 2.291, diuresis por sonda 590 Control metabolico: glucometrias <180 Dieta: NET suspendida por FBC pendiente Sedacion: midazolam 5mg/h, fentanilo 150ug/h Cardiovascular: en sinusal. RCs rítmicos, no soplos RRs disminuidos, con algunos crepitos en bases. Abdomen blando, sin masas, dolor no evaluable Ext sin edemas. Neuro rass - 3 pH 7.41, PCO2 43.8, PO2 89, HCO3 27.6, EB 3.1, PAFI 197 Na 139, k 3.95, Ca 1.06, Cl 99.7 PCR 44.4 Cr 0.98, bun 25 Plac 119

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Análisis : Hombre, 50 años. Sin antecedentes personales de importancia. Presentó politrauma, sufriendo compromiso principalmente en columna cervical (TRM ASIA A - Nivel motor C5), pelvis y torax. En uci por estado de choque, se sospecha etiologia neurogenica y septica por infeccion pulmonar. Ahora con las siguientes consideraciones: Continua inestable hemodinamicamente, sin embargo ha tolerado el desmonte del soporte vasopresor, en el momento está cerrada la vasopresina. Se intentará titular la nore segun evolucion. Acoplado a la ventilacion mecanica parametros bajos, cumpliendo metas de ventilacion protectora, aceptables indices de oxigenacion.. Azoados normales, diuresis en el limite inferior, se vigilará. Sin trastorno electrolitico. Está con NET, pero por ahora esta suspendida en espera de LBA + FBC (para toma de muestras y manejo atelectasia). Sedoanalgesia con midazolam y fentanilo, se titulará para rass -1. Persiste con picos febriles, hace <48 horas se inicio terapia antibiotica empirica con ampi-sulba. Hemocultivos y cultivo de AT pendiente. Por ahora no se modifica en antibiotico. Continua en uci.

Plan : UCI Titular soporte Titular sedacion. Paraclinicos mañana. Pendiente FBC Luego de fibro, reiniciar nutricion.

07.03.2024 15:18:08 FIRMÓ: SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
PSICOLOGIA Registro Médico:8430866

Subjetivo : PSICOLOGÍA FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES, 50 años. Estado civil: soltero, sin hijos. Escolaridad: tecnólogo en maquinaria pasada. Reside en Buenos Aires. Labora como tecnólogo de máquina pesada. Católico. Previo consentimiento del hermano del paciente procedo a realizar seguimiento. Nota: se atiende al paciente bajo normas de cuidado respiratorio equipo de bio-seguridad institucional y lavado de manos, antes y posterior a la interconsulta, y bajo las normas de la OMS. Según el hermano del paciente: "seguimos esperando que le resulte el traslado a mi hermano para otra institución" El paciente vive con su hermano José Alfredo Álvarez Torres, de 52 años. En el momento de la interconsulta el paciente se encuentra en compañía de su hermano José Alfredo. El paciente no ha tenido proceso por psicología. Sin antecedentes psiquiátricos. Sin antecedentes médicos generales. Sin antecedentes de enfermedades médicas sufridas en la familia. Sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Con antecedentes de tabaquismo: 2 paquetes al día. Con antecedentes de abuso de alcohol: todos los días un cuarto de aguardiente. Con adecuadas relaciones interpersonales. Sin manifestaciones de agresividad ni irritabilidad.

Objetivo : Examen mental: encuentro al paciente en cama. Intubado. Bajo sedación. Examen mental del hermano del paciente: alerta, orientado globalmente, con actitud colaboradora frente a la interconsulta, establece contacto visual y no presenta alteraciones de la conducta motora. Euproséxico, afecto plano; sin alteraciones sensoperceptivas. Lenguaje claro, coherente, de tono y prosodia conservados, discurso fluido. Pensamiento lógico, sin alteraciones del curso, sin ideas delirantes u obsesivas, sin cogniciones depresivas, niega ideas de muerte o suicidio. Memoria impresiona conservada, inteligencia impresiona promedio. Juicio y raciocinio conservados, introspección presente, prospección presente.

Análisis : Paciente de 50 años. Ingresado a UCI. Diagnósticos: "- Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no tórax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx). - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) - Choque neurogénico - séptico - Falla respiratoria tipo 3 - Neumotórax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Atelectasia lóbulo inferior derecho - Rabdomiolisis - Neumonía aspirativa vs contusiones pulmonares sobreinfectadas" El hermano del paciente no presenta agitación. Presenta nerviosismo. No tiene dificultades para concentrarse o pensar. Sin manifestaciones de irritabilidad. Sin alteraciones del sueño y hábitos alimenticios. El hermano del paciente no presenta estado de ánimo depresivo durante la interconsulta. Sin una marcada disminución del interés o placer. Carece de sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados. Sin pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. El hermano del paciente presenta rasgos de ansiedad. No hace una negación de la realidad, su entorno o sobre sí mismo. Se le explica al hermano del paciente que durante su permanencia en esta institución se le brindaran estrategias y herramientas para el manejo de sus emociones y algunas técnicas psicológicas que sirvan para el afrontamiento de todo lo que implica el tratamiento médico y estancia hospitalaria de su hermano. Manejo de las emociones en momentos límites de la vida (la enfermedad de su hermano es una situación compleja para la cual hay que contar con unos recursos internos adaptativos para hacerle frente). El día de hoy se realizan con el hermano del paciente ejercicios prácticos de los modelos sugeridos hasta el momento sobre el manejo de las emociones en momentos difíciles. Se llevan a colación ejemplos concretos que le faciliten al hermano del paciente la auto aplicación de los modelos. Se le ofrece al hermano del paciente el servicio de acompañamiento psicológico cuando lo vea necesario. El servicio lo puede solicitar a través del personal médico o de enfermería.

Plan : -Seguimiento

07.03.2024 19:55:52 FIRMÓ: BARRIOS MARTINEZ, DORMAR DAVID
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:81512

Subjetivo : *** unidad de cuidados intensivos adultos/pabellon neuro-critico *** * medicina crítica & cuidados intensivos evolucion nocturna

Objetivo : * diagnosticos de trabajo - politrauma de alta energía - trauma raquimedular asia a ** fx c5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** nivel motor c5 - fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de c4. - fractura de la apófisis transversa derecha de l1, l2 y l3. - fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo qx). - fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo qx) - choque neurogénico - séptico - falla respiratoria tipo 3 - neumotorax derecho - contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - atelectasia lóbulo inferior derecho - rabdomiolisis - neumonia aspirativa vs contusiones pulmonares sobreinfectadas. * antecedentes: -personales: niega -quirurgicos: niega. -alergicos: niega -toxicos: tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - farmacológicos: niega. * antibioticos: ampicilina sulbactam fi 05.03.24 * aislamientos: 05.03.24 hemocultivos pendientes. 05.03.24 cultivo at pendiente. * subjetivo paciente bajo efectos de sedoanalgesia, no impresiona dolor ni agitacion.

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Análisis : * signos vitales temperatura 36°c tensión arterial 147/68 milimetros de mercurio tensión arterial media 82 milimetros de mercurio frecuencia cardiaca 92 latidos por minuto frecuencia respiratoria 24 respiraciones por minuto pulsioximetria 93% fracción inspirada de oxígeno 24% dolor: 0/10 escala visual análoga de la oms * al examen físico soporte vasopresor: nore 0.15, soporte ventilatorio: ventilación mecánica invasiva, peep 8, vcv, vt 430ml, fr 23, fio2 45% sedacion: midazolam 5mg/h, fentanilo 150ug/h cardioscopio en sinusal. Rcs rítmicos, no soplos rrs disminuidos, con algunos crepitos en bases. Abdomen blando, sin masas, dolor no evaluable ext sin edemas. Neuro rass - 3 * paraclínicos e imagenológicos no nuevos

Plan : * concepto paciente masculino en su sexta década de la vida, quien se encuentra en la unidad cursando con politrauma, sufriendo compromiso principalmente en columna cervical (trm asia a - nivel motor c5), pelvis y torax. En uci por estado de choque, se sospecha etiologia neurogenica y septica por infeccion pulmonar. Ha tolerado el desmonte del soporte vasopresor. Acoplado a la ventilacion mecanica, parametros bajos, cumpliendo metas de ventilacion protectora, aceptables indices de oxigenacion. Persiste con picos febriles, hace <48 horas se inicio terapia antibiotica empirica con ampi-sulba. Hemocultivos y cultivo de at pendiente. Evolución clinica adecuada, hemodinámicamente estable pero con requerimiento de soporte vasoactivo dual, ventilatoriamente con requerimiento de soporte ventilatorio mecánico invasivo, con adecuada interaccion paciente/ventilador, stres index 1, indice de asincronias 0%, neurológicamente con sedo-analgesia con adecuada respuesta, modulando signos de respuesta inflamatoria sistémica, se considera ante este contexto clínico - pendiente informe de fibro-bronicos-copia. - seguimos estrategia sepsis-pam trial. - continuara manejo medico integral en la unidad de cuidados intensivos. - ampliación de paraclínicos e imagenológicos control - favor retirar accesos invasivos no pertinentes. Resto de manejo médico igual, atentos a evolución clínica, pronóstico reservado, condicionado por edad, comorbilidades y disfunción multiorganica, sujeto a evolución clínica. Familiares al tanto de situación clínica. Entienden y aceptan conductas. ¡gracias!

- 08.03.2024 08:50:00 FIRMÓ: SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1118825266

Subjetivo : Ronda UCI Dia Francisco Alvarez, 50 años Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Problemas - Nivel medular Soportes: - Norepinefrina 0.3 mcg/kg/min, Vasopresina 2.4 U/hr - LEV 100cc/h - Midazolam 3mg/h - Fentanilo 150mcg/h - Ventilación mecánica invasiva, Fio2 30% PEEP 8, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Infeccioso: Ampicilina + Sulbactam FI 5/03/24 Aislamientos 5/03/24 Hemocultivos: Pendiente 5/03/24 Asp. Traqueal:GRAM sin Crecimiento. 7/03/24 Asp. Bronquial. GRAM y KOH sin Crecimiento.

Objetivo : Examen fisico: TA 107/63 Fc 63x' Fr 22x' T° 38 Sat 97% Diuresis: 650 ml B. Hidrico(24 Hrs) 1616 ml Glucometria: 253 mg/dl Neurológico: RASS -4 no movimientos anormales Pupilas simétricas, hiporeactivas, conjuntivas rosadas, mucosa oral humeda Cuello no ingurgitado Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos Campos pulmonares bien ventilados, sin agrgados Abdomen blando, depresible, no peritoneal Extremidades simetricas, sin edemas, llenado capilar 3 seg PCR 20.8 Cl 101 Mg 2.5 K 5.12 Na 138 BUN 43 Creat 0.3 Eab 7.39/45/70.2/26.6/1.2/93%

Análisis : Paciente en muy malas condiciones generales, con doble soportes vasopresor a altas dosis, cursando con Choque neurogenico sin modulacion de vasoplejia, Persistente febril sospecha proceso infeccioso probable origen respiratorio con terapia Atb empirica, cultivos sin crecimiento a la fecha, no se descarta que fiebre podria ser de origen central, de lo neurologico no evaluable por sedoanalgesia, no candidato a despertar, ni maniobras de weaning, se continua manejo en la unidad segun evolucion. Paciente con pobre pronostico a corto plazo, se encuentra pendiente remision integral para manejo de lesion cervical.

Plan : - Continua manejo en UCI - Monitoreo y vigilancia continua - Ver analisis y Ordenes medicas

- 08.03.2024 13:47:06 FIRMÓ: SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  PSICOLOGIA Registro Médico:8430866

Subjetivo : PSICOLOGÍA FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES, 50 años. Estado civil: soltero, sin hijos. Escolaridad: tecnólogo en maquinaria pesada. Reside en Buenos Aires. Labora como tecnólogo de máquina pesada. Católico. Previo consentimiento del hermano del paciente procedo a realizar seguimiento. Nota: se atiende al paciente bajo normas de cuidado respiratorio equipo de bio-seguridad institucional y lavado de manos, antes y posterior a la interconsulta, y bajo las normas de la OMS. Según el hermano del paciente: "estamos haciendo gestiones para cambiar a mi hermano de EPS para así agilizar el proceso de traslado a otra institución" El paciente vive con su hermano José Alfredo Álvarez Torres, de 52 años. En el momento de la interconsulta el paciente se encuentra en compañía de su hermano José Alfredo. El paciente no ha tenido proceso por psicología. Sin antecedentes psiquiátricos. Sin antecedentes médicos generales. Sin antecedentes de enfermedades médicas sufridas en la familia. Sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Con antecedentes de tabaquismo: 2 paquetes al día. Con antecedentes de abuso de alcohol: todos los días un cuarto de aguardiente. Con adecuadas relaciones interpersonales. Sin manifestaciones de agresividad ni irritabilidad.

Objetivo : Examen mental. encuentro al paciente en cama. Intubado. Bajo sedación. Examen mental del hermano del paciente: alerta, orientado globalmente, con actitud colaboradora frente a la interconsulta, establece contacto visual y no presenta alteraciones de la conducta motora. Eutroséxico, afecto plano; sin alteraciones sensoperceptivas. Lenguaje claro, coherente, de tono y prosodia conservados, discurso fluido. Pensamiento lógico, sin alteraciones del curso, sin ideas delirantes u obsesivas, sin cogniciones depresivas, niega ideas de muerte o suicidio. Memoria impresiona conservada, inteligencia impresiona promedio. Juicio y raciocinio conservados, introspección presente, prospección presente

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Análisis : Paciente de 50 años. Ingresado a UCI. Diagnósticos: "- Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotórax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no tórax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx)". El hermano del paciente no presenta agitación. No presenta nerviosismo. No tiene dificultades para concentrarse o pensar. Sin manifestaciones de irritabilidad. Sin alteraciones del sueño y hábitos alimenticios. El hermano del paciente no presenta estado de ánimo depresivo durante la interconsulta. Sin una marcada disminución del interés o placer. Carece de sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados. Sin pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. El hermano del paciente presenta rasgos de ansiedad. No hace una negación de la realidad, su entorno o sobre sí mismo. Se le explica al hermano del paciente que durante su permanencia en esta institución se le brindaran estrategias y herramientas para el manejo de sus emociones y algunas técnicas psicológicas que sirvan para el afrontamiento de todo lo que implica el tratamiento médico y estancia hospitalaria de su hermano. Manejo de las emociones en momentos límites de la vida (la enfermedad de su hermano es una situación compleja para la cual hay que contar con unos recursos internos adaptativos para hacerle frente). Para el cambio de los pensamientos negativos por pensamientos de esperanza y optimismo se le sugieren al hermano del paciente las técnicas de reestructuración cognitiva que consisten en aprender a identificar los pensamientos negativos asociados a un malestar, encontrar las claves y el origen de ese malestar. Y a partir de ahí, reformular la perspectiva desde donde se ven las cosas, para creer que se puede pensar de un modo diferente. En otras palabras, estas técnicas tratan de conseguir que nuestras interpretaciones y pensamientos sean más realistas (con respecto a las situaciones y a nuestras capacidades de afrontarlas) y más específicos. Para poder lograrlo se hacen necesarios los siguientes pasos: ##La identificación de los pensamientos erróneos: el cual consiste en detectar los pensamientos que en una determinada situación me hacen sentir mal. Es decir, pensar acerca de nuestras propias interpretaciones sobre lo que sucede. ##Analizar juiciosamente pensamientos erróneos: Una vez que se identifican los pensamientos, se deben analizar, comprobar la veracidad de ese pensamiento, buscar la forma de demostrar que es verdadero o falso. Para ello partimos de una premisa importante, no pensar algo, convierte a ese pensamiento en necesariamente cierto, y para demostrarlo, hay que buscar las evidencias a favor y en contra de dicho pensamiento. ##Cambiar los pensamientos erróneos: que consiste en flexibilizar o modificar los pensamientos que se ha comprobado que no son ciertos o no totalmente ciertos, por otros más apropiados, razonables y realistas. Se le ofrece al hermano del paciente el servicio de acompañamiento psicológico cuando lo vea necesario. El servicio lo puede solicitar a través del personal médico o de enfermería.

Plan : -Seguimiento

- 08.03.2024 18:45:40 FIRMÓ: SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1118825266

Subjetivo : Ronda UCI Noche Francisco Alvarez, 50 años Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Problemas - Nivel medular Soportes: - Norepinefrina 0.2 mcg/kg/min, Vasopresina 2.4 U/hr - LEV 100cc/h - Midazolam 3mg/h - Fentanilo 200mcg/h - Ventilación mecánica invasiva, Fio2 30% PEEP 8, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Infeccioso: Ampicilina + Sulbactam FI: 5/03/24 Aislamientos 5/03/24 Hemocultivos: Pendiente 5/03/24 Asp. Traqueal:GRAM sin Crecimiento. 7/03/24 Asp. Bronquial: GRAM y KOH sin Crecimiento.

Objetivo : Examen fisico: TA 118/76 Fc 73x' Fr 23x' T° 38.8 Sat 92% Diuresis: 270 ml B. Hidrico(12 Hrs) 1082 ml Neurológico: RASS -3 no movimientos anormales Pupilas simétricas, hiporeactivas, conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda Cuello no ingurgitado Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos Campos pulmonares bien ventilados, sin agrgados Abdomen blando, depresible, no peritoneal Extremidades simetricas, sin edemas, llenado capilar 3 seg

Análisis : Paciente en muy mal estado general, con doble soporte vasopresor 2° a choque refractario, persiste febril, sin nuevo foco infeccioso aparente, ademas ahora con deterioro de funcion renal oligurico, paciente con pobre pronostico a corto plazo no candidato a TRR en caso de requerirla, se inicia infusion de furosemida como tratamiento medico, en caso de progresion de fallas organica se considerara priorizar confort y cuidados de fin de vida, continua pendiente remision para manejo de leion cervical.

Plan : - Continua manejo en UCI - Monitoreo y vigilancia continua - Ver analisis y Ordenes medicas

- 09.03.2024 11:14:25 FIRMÓ: QUINTERO RAMIREZ, FELIPE
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1088243046

Subjetivo : Evolución UCI -día. Diagnósticos: - Politraumatismo de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque distrubitivo (neurogénico + séptico?). - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho. - Sepsis de probable foco pulmonar. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Subjetivo: No evaluable, paciente bajo sedación.

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Objetivo : Invasiones: Catéter venoso central de inserción periférica MS izquierdo. Línea arterial radial izquierda. Tubo orotraqueal. Sonda orogástrica. Sonda vesical. Soportes: Cardiovascular: norepinefrina 0.16 mcg/kg/min. Respiratorio: VMI modo CMV(V), Vt 430 cc, FiO2 0.45, FR 23 rpm, PEEP 8 cmH2O, FiO2 0.45. Sedación-analgesia: midazolam - fentanilo. Antimicrobiano: ampicilina sulbactam (fecha inicio 05.03.2024 - día 4). Nutricional: ensure clínical. Aislamientos microbiológicos: 5/03/24 Hemocultivos: Pendiente reportee. 5/03/24 Asp. Traqueal: Gram sin Crecimiento. Pendiente reporte de cultivo. 7/03/24 BAL: Gram y KOH sin Crecimiento. Pendiente reporte de cultivo. Signos vitales: TA: 124/61 mmHg, TAM: 82 mmHg, FC: 56 lpm, FR: 23 rpm, Temp: 37.5°C, sO2: 94%. Gasto urinario promedio: 3 cc/kg/hora, balance diario -273 cc. Glucometrías: 130 mg/dl. Examen físico: Malas condiciones generales aparentes. Bajo efectos de sedoanalgesia, rass -4/-5. Pupilas simétricas, 2 mm, reactivas. Mucosas húmedas, rosadas, escleras anictéricas. Cuello inmovilizado con collar, sin masas, no ingurgitación yugular. Acoplado a soporte ventilatorio invasivo. Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Monitor en ritmo de bradicardia sinusal. Ruidos respiratorios simétricos, no sobreagregados. Abdomen blando, no aparenta doloroso. No masas ni megalias palpables. Genitourinario: sonda vesical permeable, drenando orina clara. Extremidades simétricas, edema GI de MSIS. Llenado capilar distal menor a 3 seg. Reporte de ayudas diagnósticas: **Creatinina 0.7 mg/dl. BUN 55.2 mg/dl. **Ca+ 0.97 mmol/L. K 2.7 mmol/L. Na 144 mmol/L. **Gases arteriales: pH 7.42, PCO2 43, PO2 89.4, PAO2/FiO2 162, HCO3 26.5, BE 3.2. **Leucos 21.800, neutr 88%, linf 4%, Hb 11.2 g/dl, Hcto 32%, plaq 147.000.

Análisis : Paciente con historia anotada. Permanece en condición crítica. Desde el punto de vista cardiovascular se menciona labilidad de cifras tensionales; ahora se pudo suspender vasopresina. Mantiene metas de TAM bajo soporte vasopresor con norepinefrina a dosis intermedia/baja. No hay signos clínicos de congestión significativa ni de hipoperfusión. Acoplado a soporte ventilatorio invasivo con parámetros intermedios. Gases arteriales con trastorno de oxigenación en rango moderado, sin trastorno significativo de la ventilación. Persiste con SIRS activo, fiebre sostenida durante la madrugada. Aún sin rescate microbiológico en cultivos. Sin embargo, teniendo en cuenta evolución clínica, con SIRS no modulado, cambios radiológicos y trastorno de oxigenación asociado, se decide ampliar espectro antimicrobiano considerando posible foco pulmonar. La nutrición enteral se encontraba diferida por inestabilidad cardiovascular, indicamos su reinicio. Iniciamos además plan de desmonte gradual de sedoanalgesia. Función renal en seguimiento. Se encontraba oligúrico pero presentó respuesta favorable a reto diurético; ahora con gasto urinario en metas, por lo que suspendemos infusión de furosemida. Electrolitos con hipokalemia moderada, continuamos reposición por vía central. Por el momento indicamos dar continuidad a resto de plan de manejo instaurado, el pronóstico funcional y vital sigue siendo muy reservado, con alto riesgo de mortalidad intrahospitalaria.

Plan : - Continuar manejo en UCI. - Suspender ampicilina/sulbactam e infusión de furosemida. - Reiniciar nutrición enteral. - Iniciar meropenem y vancomicina. - Desmonte gradual de sedoanalgesia. - Continuar reposición de potasio por vía central. - Pendiente reporte de cultivos.

09.03.2024 19:31:56 FIRMÓ: QUINTERO RAMIREZ, FELIPE
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1088243046

Subjetivo : Evolución UCI - noche. Diagnósticos: - Politraumatismo de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque distrubitivo (neurogénico + séptico?). - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho. - Sepsis de probable foco pulmonar. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Subjetivo: No evaluable, paciente bajo sedación.

Objetivo : Invasiones: Catéter venoso central de inserción periférica MS izquierdo. Línea arterial radial izquierda. Tubo orotraqueal. Sonda orogástrica. Sonda vesical. Soportes: Cardiovascular: norepinefrina 0.12 mcg/kg/min. Respiratorio: VMI modo CMV(V), Vt 430 cc, FiO2 0.45, FR 23 rpm, PEEP 8 cmH2O, FiO2 0,45. Sedación-analgesia: midazolam - fentanilo. Antimicrobiano: --- Ampicilina sulbactam (fecha inicio 05.03.2024 - fecha finalización 09.03.2024). — Meropenem - Vancomicina (fecha inicio 09.03.2024 - día 0). Nutricional: ensure clínical. Aislamientos microbiológicos: 5/03/24 Hemocultivos: Pendiente reporte. 5/03/24 Asp. Traqueal: Gram sin Crecimiento. Cultivo positivo > 100.000 UFC Haemophilus influenzae (antibiograma no reportado). 7/03/24 BAL: Gram y KOH sin Crecimiento. Pendiente reporte de cultivo. Signos vitales: TA: 127/63 mmHg, TAM: 84 mmHg, FC: 58 lpm, FR: 23 rpm, Temp: 36°C, sO2: 94%. Gasto urinario 5 L durante el día. Glucometrías: 154 - 211 mg/dl. Examen físico: Malas condiciones generales aparentes. Bajo efectos de sedoanalgesia, rass -4/-5. Pupilas simétricas, 2 mm, reactivas. Mucosas húmedas, rosadas, escleras anictéricas. Cuello inmovilizado con collar, sin masas, no ingurgitación yugular. Acoplado a soporte ventilatorio invasivo. Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Monitor en ritmo de bradicardia sinusal. Ruidos respiratorios simétricos, no sobreagregados. Abdomen blando, no aparenta doloroso. No masas ni megalias palpables. Genitourinario: sonda vesical permeable, drenando orina clara. Extremidades simétricas, edema GI de MSIS. Llenado capilar distal menor a 3 seg. Reporte de ayudas diagnósticas: Sin nuevos estudios por reportar.

Análisis : Paciente quien pasa el día sin cambios significativos en su condición clínica. Ha tolerado leve disminución en la dosis del vasopresor. Nos encontramos en plan de titulación de sedoanalgesia, aún permanece en plano profundo de sedación. Se mantiene acoplado a la VMI con parámetros intermedios. Solicitamos control gasimétrico. Poliurico durante el día en muy probable relación con uso de diurético. Suspendemos furosemida y mantendremos seguimiento estrecho a electrolitos. Durante el día se modificó esquema antimicrobiano por persistencia de SIRS, asociado a cambios radiológicos y deterioro en los índices de oxigenación, configurando alta sospecha de foco infeccioso respiratorio. Cultivo de aspirado traqueal del 05.03 con reporte positivo para H. influenzae; antibiograma no reportado. Por el momento no indicamos nuevos ajustes a la terapia. Pendiente reporte de hemocultivos y cultivo de LBA. Viene tolerando reinicio de nutrición enteral, glucometrías en límite superior. De acuerdo con evolución se definirá inicio de insulinoterapia. Por ahora indicamos dar continuidad a resto de plan de manejo instaurado, el pronóstico funcional y vital sigue siendo muy reservado, con alto riesgo de mortalidad intrahospitalaria.

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Plan : - Continuar manejo en UCI. - Suspender furosemida. - Continuar resto de manejo instaurado. - Se solicitan paraclínicos y Rx de control.

- 10.03.2024 10:16:32 FIRMÓ: JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:114893

Subjetivo : UCI DIA Fecha ingreso HGM: 02-03-2024 Fecha ingreso UCI: 03-03-2024 Diagnósticos: - Politraumatismo de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque distrubitivo (neurogénico + séptico?). - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho. - Sepsis de probable foco pulmonar. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Paciente que está en regular condicion, en ventilacion mecanica, sin fiebre, cifras tensionales adecuadas con norepinefrina a 0,08 ug, diuresis de 7020 cc y balance acumulado de 19,8 lt

Objetivo : Presion: 117/57 fc. 52 x min ruidos cardiacos ritmicos, bradicardicos, sin galope, ruidos respiratorios con sibilancias espiratorias, abdomen depresible, no masas, extremidades sin deficit de pulso, rass -4 examenes: ph 7,527; 44,8 de co2, 54,3 de po2, 120,6 de pafi, 12,1 de hb, 32900 leucos, 94% de pmn; 216000 plq

Análisis : Paciente con politraumatismo al caer desde una altura de 2,5 mt, con lesion cervical, trauma cerrado de torax, desarrolló choque mixto, con alto requerimiento de vasopresores, en este momento cobertura antibiotica con meropenem vancomicina, se logró suspender vasopresina y la norepinefrina está a 0,08 ug, hasta ahora estudios de lavado broncoalveolar van negativos, estamos pendientes de remision a centro para manejo quirurgico de su lesion en columna, continuamos manejo instaurado, ajusto dosis de meropenem, ayer tuvo diuresis de 7 litros, por lo que se está corrigiendo potasio cada 8 horas, bajos indices de oxigenacion, 120 de pafi, con 32900 leucos, control de examenes mañana

Plan : meropenem 1 gr cada 8 horas examenes

- 10.03.2024 19:30:01 FIRMÓ: SANTISTEBAN PEREZ, NATALIA
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:855912010

Subjetivo : EVOLUCIÓN UCI NOCHE DIAGNÓSTICOS: Diagnósticos: - Politraumatismo de alta energia - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque distrubitivo (neurogénico + séptico?). - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho. - Sepsis de probable foco pulmonar. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega.

Objetivo : TA: 117/72 FR 22 X' FC 80 X' SAO2 90% T 37.3° C SAO2 90% GU 1.3 cc kg hora Midazolam 7 mg hora Fentanilo 200 mcgr hora Nutrución enteral 29 cc hora - Glc 286 mg dl Soporte ventilatorio en modo AC/V Fio2 50% vol 430 ml PEEP 10 fr 23 x' relación I:E 1:2.1 Paciente intubado, sedado, nivel sensitivo C5, isocoria hiporeactiva, conjuntivas rosadas, escleras anictéricas, cardiopulmonar ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, no agregados pulmonares, abdomen blando, no defendido, extremidades sin edemas, llenado capilar conservado.

Análisis : Paciente con diagnóstico de politrauma, TRM C5, cotnusión pulmonar con sobreinfección, múltiples fracturas costales sin tórax inestable, en manejo antibiótico empírico, no tiene aislamiento microbiológico a la fecha, continua manejo antibiótico y soporte ventilatorio, requiere infusión de insulina cristalina, se solicitan laboratorios control, informe a familiares y monitoria UCI.

Plan : Se inicia infusión de insulina cristalina. Laboratorios de control Pendiente cultivos

- 11.03.2024 10:32:59 FIRMÓ: GARCIA PEÑUELA, EDWAR JAVIER
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:76003905

Subjetivo : UCI DIA Fecha ingreso HGM: 02-03-2024 Fecha ingreso UCI: 03-03-2024 Diagnósticos: - Politraumatismo de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 Choque distributivo (neurogénico + séptico?). - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho. - Sepsis de probable foco pulmonar. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterio y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Nie -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega.

Objetivo : Diuresis adecuada, control glucémico bien, sin fiebre, con bajo soporte vasoactivo, sinusal, sincronìa con ventilaciòn mecànica, parámetros bajos, tolera nutrición, perfusión distal adecuada, sedación, RASS -4 ********** Hipercapnia 60 sin acidemia, Po2 66,pafi 143 Hb 11, hto 33, leucos 25.900 (32.900), neutros 93%, plts 293.000, PCR 5 lones con hipo K moderada, Na 150, funcion renal bi

Análisis : Politrauma por caída de altura de 2,5 mt, con lesion cervical, trauma cerrado de torax, choque mixto, con vasopresor en desmonte, actualemte con antibiotico empirico con meropenem vancomicina por sospecha de contusines pulmonares sobreinfectadas, los estudios de lavado broncoalveolar van negativos, sin fiebre,leucos y PCR en descenso, se mantiene tto actual. Se inicia reposicion de agua lib K. Pendiente remision a centro para manejo quirurgico de su lesion en columna.

Powered by CamScanner

Plan : Politrauma por caida de altura de 2,5 mt, con lesion cervical, trauma cerrado de torax, choque mixto, con vasopresor en desmonte, actualemte con antibiotico empirico con meropenem vancomicina por sospecha de contusines pulmonares sobreinfectadas, los estudios de lavado broncoalveolar van negativos, sin fiebre,leucos y PCR en descenso, se mantiene tto actual. Se inicia reposicion de agua libre y K. Pendiente remision a centro para manejo quirurgico de su lesion en columna.

- 11.03.2024 21:19:00 FIRMÓ: ARISTIZABAL PAERES, JUAN PABLO
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:73926

Subjetivo : uci Fecha ingreso HGM: 02-03-2024 Fecha ingreso UCI: 03-03-2024 Diagnósticos: - Politraumatismo de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque distributivo (neurogénico + séptico?). - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho. - Sepsis de probable foco pulmonar. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega.

Objetivo : febril (38.9) diuresis 1200. balance 1627. BA +22. ritmo sinusal mucosas rosadas, isocoria, anictericia, cuello sin masas rigidez ni estridor. vm: v 430. peep 9. fr 22. fio2 0.45. ruido respiratorio disminuido sin agregados. NE 0.04. rscsrs sin soplos s3 ni frote abdomen normal rass -4 no edemas buena perfusion clinica ph 7.46, bic 42, co2 60, pafi 140 hb 11 blancos 25.000, pcr 5 k 2.9. se repuso AT: Hib BL neg

Análisis : paciente con politrauma en el que destaca estallido de C5 con TRM ASIA A, choque medular y falla ventilatoria. Pendiente remision a centro para manejo quirurgico de su lesion en columna. requiriendo vasopresor bajas dosis, ritmo sinusal, parametros ventilatorios intermedios, acoplado, adecuada oxigenacion clinica, buena diuresis sin falla renal acidosis ni hiperlactatemia, sin hipoperfusion clinica ni sobrecarga, no trastorno electrolitico, no sangrado activo, hemoglobina estable, sin criterio trasfusional, abdomen sin signos de alarma. respuesta inflamatoria sistemica activa, febril, rfa altos, foco infeccioso clinico activo identificado en pulmon, contusiones infectadas por Hib BL negativo, se desescala ab a A/S. no complicaciones piogenas x imagenes. sigue de uci por labilidad clinica, riesgo de requerir intervenciones avanzadas y para vmi, monitoreo hemodinamico, respiratorio y metabolico de sepsis. examenes mañana. se revisa kardex y se comenta plan con enfermeria. examen clinico con elementos de protección personal de acuerdo a protocolo institucional.

Plan : - p/ remision neurocx. - examenes mañana. - ciclo ab. - titular norepinefrina para pam >65.

- 12.03.2024 10:22:45 FIRMÓ: GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:5149002

Subjetivo : RONDA UCI DIA Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.35 mcg/kg/min - Sedoanalgesia: Midazolam 10mg/h, Fentanilo 200mcg/h - Ventilación: ACV, PEEP 8, FiO2 40%, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Antibiotico: Ampicilina-sulbactam 11.03.24 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h, insulina 1.5U/h Antibióticos previos Vancomicina, meropenem 09-11.03.24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae Febril hasta 38.8 Tolerando nutricion

Objetivo : Paciente en regulares condiciones generales PA 113/59, FC 85, FR 22, SPO2 96%, T 36.8 C/C conjuntivas rosadas, mucosas hidratadas C/P RsCsRs, sin soplos, pulmones bien ventilados, secreciones claras Sinusal en cardioscopio Abdomen blando Neurologico cuadriplejico RASS -2 GU 2.54cc/kg/h, ingresos 4400, Egresos 2870 Glucometrias 140-165-156-186 Paraclinicos GB 27500 (25900), N 89%, Hb 11.1, plaquetas 354.000 Gases arteriales pH 7.5, pCO2 51, pO2 69, HCO3 37, BE 17, SPO2 96%, FiO2 45% K 2.97, Na 149

Análisis : Paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en shock medular, tolerando desmonte de vasopresor, preocupa que persiste febril, sin cambios en la secreciones, en caso de nuevo pico febril se tomaran hemocultivos, buena diuresis, mal control metabolico, sin alteracion renal, con hipocalemia, para la que se ordena reposicion Conmtinua manejo en UCI SE explica al hermano condicion clinica

Plan : - Manejo en UCI - Paraclinicos de control mañana - Reposicion de potasio - Hemocultivos si nuevo pico febril

- 12.03.2024 17:40:32 FIRMÓ: LONDOÑO HENAO, IRLAN DAVID
  MEDICO Registro Médico:71878732

Subjetivo : IMAGENOLOGIA Procedimiento TAC de torax y abdomen contrastado

Objetivo : Se evalúa paciente previa asepsia de manos y utilización de equipo de protección personal para evitar infecciones bidireccionalmente. Paciente en mal estado general, hemodinámicamente estable, con signos de respuesta inflamatoria sistémica, no signos de dificultad respiratoria, con O2 suplementario y VMI PA -132/78-; FC -78-; FR -17-; saturación -96- %; FiO 0,100 Creatinina: -0.6-

Análisis : Paciente ordenado como Emergente. Sale de sala de tomografía hemodinámicamente estable. Durante vigilancia y acompañamiento del procedimiento y en los primeros minutos posteriores, no presentó reacciones asociadas a la administración del medio de contraste, ni extravasación.

Plan : .. Retorno a servicio tratante

Powered by CamScanner

Historia Clínica

- 12.03.2024 19:19:56 FIRMÓ: GONZALEZ ARROYAVE, LINA
MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:5149002

Subjetivo : RONDA UCI NOCHE Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina suspendida 9am - Sedoanalgesia: Midazolam 4mg/h, Fentanilo 200mcg/h - Ventilación: ACV, PEEP 10, FiO2 50%, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Antibiotico: Ampicilina-sulbactam 11.03.24 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h, insulina 1.5U/h Antibióticos previos Vancomicina, meropenem 09-11.03.24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae Afebril Tolero desmonte de vasopresor Tolerando nutricion

Objetivo : Paciente en regulares condiciones generales PA 112/52, FC 71, FR 22, SPO2 94%, T 37.2 Sinusal en cardioscopio RASS -1 GU 2.54cc/kg/h, ingresos 4400, Egresos 2870 Glucometrias 140-165-156-186 GU 2.5cc/kg/h Glucometrias 177-169-149-153

Análisis : Evolucion clinica estacionaria, tolero desmonte de vasopresor, pero ha persistido con fiebre, hoy se discute en ronda de PROA y se decide pancultivar, TAC de torax y abdomen para buscar foco, por ahora sin cambio en el antibiotico Continua manejo en UCI

Plan : - Manejo en UCI - Paraclinicos de control mañana - TAC toracoabdominal - Urocultivo, cultivo de esputo

- 13.03.2024 11:06:32 FIRMÓ: BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1094916745

Subjetivo : RONDA UCI día Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina suspendida - Sedoanalgesia: Midazolam 6mg/h, Fentanilo 200mcg/h - Ventilación: ACV, PEEP 10, FiO2 50%, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Antibiotico: Ampicilina-sulbactam 11.03.24 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h, insulina 1.5U/h Antibióticos previos Vancomicina, meropenem 09-11.03.24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : EXAMEN FÍSICO Signos vitales: TA 126/61 mmHg FC 81 lpm SpO2 de 95 % -NEUROLÓGICO: bajo sedoanalgesia RASS de -3 pupilas simétricas. -CARDIOPULMONAR: Cuello sin IY, corazón rítmico sinusalen visoscopio. - GASTROMETABÓLICO: Abdomen blando sin dolor, sin signo de rebote. glucometria 212-202 mg/dL - RENAL Y MEDIO INTERNO: Diuresis encuantificación 2.5 cc/kg/hora PARACLÍNICOS: sodio de 145 potasio de 3.4 PCR de 3.5 creatinina de 0.6 cloro de 99.5 hemograma con hb de 10.5 leucocitos de 27800 neutros de 96% plaquetas de 371000 BUN de 36.5 Magnesio de 2.3 gases arteriales con ph de 7.5 PaO2 de 83 PaCO2 de 51 Bef de 17 HCO3 de 36.9 Pafi de 166 imágenes: Tac de tórax: Signos de broncoaspiración y neumonía aspirativa. Líquido pleural bilateral en escasa cantidad, de distribución libre. Líquido peritoneal en moderada cantidad, sin colecciones organizadas, de origen indeterminado. No se observan neumoperitoneo. Fracturas descritas previamente conocidas.

Análisis : Paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en shock medular, tolerando desmonte de vasopresor. Hoy con los sigueintes problemas: - choque medular ahora buena perfusión sin vasopresor. - Falla hipoxémica con trastorno moderado de oxigenación pafi de 166, se encuentra con parámetros intermedios, se encuentra en cubrimiento antibiótico para neumonía aspirativa. -Persiste con respuesta inflamatoria ayer febrículas, no ha tenido rescate microbiológico pendiente reporte de cultivos para deescalara el antibiótico. - hoy se le hizo resonancia, pendiente reporte , seguimiento por neurocirugía. - hiperglicemias probablemente pos stress hoy se ajusta con nutrición aporte. se continua plan en UCI,pendiente reporte de cultivos para definir deescalonamiento antibiótico.seguimiento por neurocirugía. y reposición de potasio.

Plan : pendiente reporte de cultivos para definir deescalonamiento antibiótico.seguimiento por neurocirugia. y reposición de potasio.

- 13.03.2024 19:01:53 FIRMÓ: BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1094916745

Powered by CamScanner

Subjetivo : RONDA UCI noche Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energia - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina suspendida - Sedoanalgesia: Midazolam 6mg/h, Fentanilo 200mcg/h - Ventilación: ACV, PEEP 10, FiO2 50%, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Antibiotico: Ampicilina-sulbactam 11.03.24 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h, insulina 1.5U/h Antibióticos previos Vancomicina, meropenem 09-11.03.24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : EXAMEN FÍSICO Signos vitales: TA 128/56 mmHg FC 80 lpm SpO2 de 95 % -NEUROLÓGICO bajo sedoanalgesia RASS de -3 pupilas simétricas. -CARDIOPULMONAR: Cuello sin IY, corazón rítmico sinusalen visoscopio. - GASTROMETABÓLICO: Abdomen blando sin dolor, sin signo de rebote, glucometria 212-202 mg/dL - RENAL Y MEDIO INTERNO: Diuresis encuantificación 2.5 cc/kg/hora PARACLÍNICOS sodio de 145 potasio de 3.4 PCR de 3.5 creatinina de 0.6 cloro de 99.5 hemograma con hb de 10.5 leucocitos de 27800 neutros de 96% plaquetas de 371000 BUN de 36.5 Magnesio de 2.3 gases arteriales con ph de 7.5 PaO2 de 83 PaCO2 de 51 Bef de 17 HCO3 de 36.9 Pafi de 166 imágenes: Tac de tórax: Signos de broncoaspiración y neumonía aspirativa. Liquido pleural bilateral en escasa cantidad, de distribución libre. Líquido peritoneal en moderada cantidad, sin colecciones organizadas, de origen indeterminado. No se observan neumoperitoneo. Fracturas descritas previamente conocidas. resonancia de columna: Fractura en estallido C5, AO spine: A4 B1. Sindrome medular espinal agudo hemorrágico cervical compresivo traumático. Fractura del muro posterior del foramen para V2D en C5. Cordón medular torácico sin lesión. Discopatia cervical y torácica sin hernia discal. Contusión medular ósea en C4, C6, C7 y T2. Fractura corporal antero inferior en C4. Colapso crónico T6, T8 y T12 y osteocondrosis Modic tipo 1 en L1. Moderada artrosis facetaria cervical y leve uncal. Fractura postero medial del 9, 10 y 12 arco costal derecho. Fractura apófisis transversa derecha de L1 y L2. Fractura del alerón iliaco derecho y antero superior sacra izquierda. Secreciones en los senos esfenoidales. Derrame pleural libre y ocupación espacio aéreo bibasal posterior

Análisis : Paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en shock medular, tolerando desmonte de vasopresor. Hoy sin muchos cambios en el día, ahora con los siguientes problemas: - choque medular ahora buena perfusión sin vasopresor. - Falla hipoxémica con trastorno moderado de oxigenación pafi de 166, se encuentra con parámetros intermedios, se encuentra en cubrimiento antibiótico para neumonia aspirativa. Sin muchos cambios drante el día. -Persiste con respuesta inflamatoria ayer y hoy con febrículas, no ha tenido rescate microbiológico pendiente reporte de cultivos para deescalar el antibiótico. - hoy se le hizo resonancia, seguimiento por neurocirugía para luego definir posibles conductas quirúrgicas, el pronóstico neurológicono parece tan bueno por ser una lesión tan alta, con una gran probabilidad de graves secuelas neurológicas severas e incapacitantes. - hiperglicemias probablemente pos stress hoy se ajusta con nutrición aporte. se continua plan en UCI,pendiente reporte de cultivos para definir deescalonamiento antibiótico.seguimiento por neurocirugía. se continúa el plan del día en la unidad. Se indica desmonte lento del midazolam y el fentanilo para RASS de -1.

Plan : se continua plan del día, titular la sedación para tener RASS superficial, hemograma de control y PCR

14.03.2024 09:01:00 FIRMÓ: SOTO TORRES, RONALD ANDRES
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1118825266

Subjetivo : RONDA UCI DIA Francisco Alvarez, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina OFF - Sedoanalgesia: Midazolam 6mg/h, Fentanilo 200 mcg/h - Ventilación: ACV, PEEP 10, FiO2 50%, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Antibiotico: Ampicilina-sulbactam 11.03.24 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h, insulina 1.5U/h Antibióticos previos Vancomicina, meropenem 09-11.03.24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 12.03.24 Hemocultivos pendientes 12.03.24 Cultivo Asp. Traqueal: Coco GRAM + 07.03.24 Cultivo de lavado broncoalveolar negativo 07.03.24 Lavado broncoalveoar: KOK Baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 Aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : Examen fisico: TA 93/41 Fc 55x' Fr 22x' T° 37.6 Sat 92% Diuresis 2620 ml B. Hidrico(12 Hrs) 813 ml Glucometria: 144 - 85 mg/dl Neurológico: RASS 0, responde con la cabeza, cuadriparetico. Pupilas simétricas, reactivas, conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda Cuello no ingurgitado Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos Campos pulmonares bien ventilados, sin agregados Abdomen blando, depresible, no peritoneal Extremidades simetricas, sin edemas G III, llenado capilar 3 seg Eab 7.41/43.6/91 7//-4 1/97% Pendiente Resto de Laboratorios. RMN CEREBRO CONCLUSIÓN Fractura en estallido C5, AO spine: A4 B1. Sindrome medular espinal agudo hemorrágico cervical compresivo traumático. Fractura del muro posterior del foramen para V2D en C5. Cordón medular torácico sin lesión. Discopatia cervical y torácica sin hernia discal. Contusión medular ósea en C4, C6, C7 y T2. Fractura corporal antero inferior en C4. Colapso crónico T6, T8 y T12 y osteocondrosis Modic tipo 1 en L1. Moderada artrosis facetaria cervical y leve uncal. Fractura postero medial del 9, 10 y 12 arco costal derecho. Fractura apófisis transversa derecha de L1 y L2. Fractura del alerón iliaco derecho y antero superior sacra izquierda. Secreciones en los senos esfenoidales. Derrame pleural libre y ocupación espacio aéreo bibasal posterior. Algunos de los hallazgos anotados son más evidentes por TAC.

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Análisis : Paciente en muy malas condiciones, al momento estable sin vasopresores, diuresis conservada, neurologicamnete despierto, entiende y responde con la cabeza, pero con cuadriplegia establecida, se realizo RMN de Columna con evidencia de multiples lesiones oseas ademas se constata Síndrome medular espinal agudo hemorrágico cervical compresivo traumático, para el cual se encuentra pendiente nueva valoracion por columna y/o remision, por otra parte paciente persiste con elevacion de reactantes de fase agudas elevados y registro febriles, con evidencia de proceso neumonico bibasal sospecha de broncoaspiracion, rescates en aspirado traqueal de cocos GRAM + por lo que se decide ajustar tratamiento ATB, se suspende Amp. Sulbactam del cual ya recibio mas de 7 dias de tratamiento y se deja solo vancomicina, no se descarta que proceso febril y inflamatorio se encuentre ademas ligado a lesion medular, paciente con evolucion estacionaria sin posibilidad de weaning, requiere traqueostomia percutanea precoz, se comenta a familiar (hermnao) el cual manifiesta que conversaran situacion con paciente y resto de familiares y posteriormente daran respuesta a consentimiento. Paciente con pobre pronostico, continua manejo en la unidad con cambios segun evolucion.

Plan : - Continua manejo en UCI - Monitoreo y vigilancia continua - Ver analisis y Ordenes medicas

- 14.03.2024 18:52:15 FIRMÓ: SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1118825266

Subjetivo : RONDA UCI NOCHE Francisco Alvarez, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.01 mcg/kg/min - Sedoanalgesia: Midazolam 6mg/h, Fentanilo 200 mcg/h - Ventilación: ACV, PEEP 10, FiO2 50%, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Antibiotico: Vancomicina 14.03.2024 Antibióticos previos Vancomicina, meropenem 09-11.03.24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 12.03.24 Hemocultivos pendientes 12.03.24 Cultivo Asp. Traqueal: Coco GRAM + 07.03.24 Cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 Lavado broncoalveoar: KOK Baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 Aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : Examen fisico: TA 114/51 Fc 70x' Fr 21x' T° 38.5 Sat 90% Diuresis: 1370 ml B. Hidrico(12 Hrs) 432 ml Neurológico: RASS 0, responde con la cabeza, cuadriparetico. Pupilas simétricas, reactivas, conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda Cuello no ingurgitado Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos Campos pulmonares bien ventilados, sin agrgados Abdomen blando, depresible, no peritoneal Extremidades simetricas, sin edemas G III, llenado capilar 3 seg Hb 8.2 Hto 26% Leuc 17 Plaqt 294000

Análisis : Paciente estable, con soporte vasopresor a bajas dosis, persistente febril, con rescate bacteriologico de cocos Gram + en Asp, traqueal por lo que se ajusto tratamiento, no se descarta origen central, se continua manejo medico instaurado, a la espera de remision.

Plan : - Continua manejo en UCI - Monitoreo y vigilancia continua - Ver analisis y Ordenes medicas

- 15.03.2024 10:59:44 FIRMÓ: BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1094916745

Subjetivo : EVOLUCIÓN UCI DÍA Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.06 mncg/kg/min - Sedoanalgesia: ketamina 2 mg/kg/h - Ventilación: ACV, PEEP 9, FiO2 60%, VCV, Vt 460ml, Fr 22 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h, insulina 1.5U/h Antibióticos previos Vancomicina 09-11-24 , meropenem 09-11.03.24 FF 14-11-24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT klebsiella Oxytoca sensible 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : EXAMEN FÍSICO Signos vitales: TA 110/50 mmHg FC 75 lpm SpO2 de 93 % temp de 38.2 - NEUROLÓGICO: bajo sedoanalgesia RASS de -1 pupilas simétricas. - CARDIOPULMONAR: Cuello sin IY, corazón rítmico sinusalen visoscopio. - GASTROMETABÓLICO: Abdomen blando sin dolor, sin signo de rebote. glucometría 126-144-125 mg/dL - RENAL Y MEDIO INTERNO: Diuresis encuantificación 2.46 cc/kg/hora PARACLÍNICOS: magnesio de 2.6 Potasio de 3.4 sodio de 150.2 hemograma con leucocitos de 28800 hb de 10 plaquetas de 355000 calcio de 1.038 cloro de 107.1 imágenes: Tac de tórax: Signos de broncoaspiración y neumonía aspirativa. Líquido pleural bilateral en escasa cantidad, de distribución libre. Líquido peritoneal en moderada cantidad, sin colecciones organizadas, de origen indeterminado. No se observan neumoperitoneo. Fracturas descritas previamente conocidas. resonancia de columna: Fractura en estallido C5, AO spine: A4 B1. Síndrome medular espinal agudo hemorrágico cervical compresivo traumático. Fractura del muro posterior del foramen para V2D en C5. Cordón medular torácico sin lesión. Discopatía cervical y torácica sin hernia discal. Contusión medular ósea en C4, C6, C7 y T2. Fractura corporal antero inferior en C4. Colapso crónico T6, T8 y T12 y osteocondrosis Modic tipo 1 en L1. Moderada artrosis facetaria cervical y leve uncal. Fractura postero medial del 9, 10 y 12 arco costal derecho. Fractura apófisis transversa derecha de L1 y L2. Fractura del alerón ilíaco derecho y antero superior sacra izquierda. Secreciones en los senos esfenoidales. Derrame pleural libre y ocupación espacio aéreo bibasal posterior

Powered by CamScanner

Paciente : FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES **Identificación** : CC - 8154169

Historia Clínica

Análisis : Paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en shock medular, tolerando descenso de vasopresor. Hoy sin muchos cambios en el día, ahora con los siguientes problemas: - Choque medular ahora buena perfusión sin vasopresor. - Falla hipoxémica con trastorno moderado de oxigenación última pafi de 166, se encuentra con parámetros intermedios, se encuentra en cubrimiento antibiótico para neumonía aspirativa. Sin muchos cambios drante la noche. -Persiste con respuesta inflamatoria ayer y hoy con febrículas, pendiente reporte de hemos, en aspireadso traqueal con klebsiella oxytoca sensible. Plantear traqueostomía con esos parpámetros por ahora se difiere - ya se le hizo resonancia, seguimiento por neurocirugía para luego definir posibles conductas quirúrgicas, el pronóstico neurológico no parece tan bueno por ser una lesión tan alta, con una gran probabilidad de graves secuelas neurológicas severas e incapacitantes. se continua plan en UCI,pendiente reporte de hemocultivos para definir deescalonamiento antibiótico.seguimiento por neurocirugía. se continúa el plan en la unidad. Pronóstico neurológico adverso evolución clínica estacionaria.

Plan : plan del día; - ampicilina sulbactam 3 g iv cada 8 horas por 5 días. - seguimiento por neurocirugía. - pendiente reporte de hemocultivos.

- 15.03.2024 22:05:39 FIRMÓ: ROJAS MORA, GINA XIHOMARA
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:52965996

Subjetivo : EVOLUCIÓN UCI DÍA Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apofisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.06 mncg/kg/min - Sedoanalgesia ketamina 2 mg/kg/h - Ventilación: ACV, PEEP 9, FiO2 60%, VCV, Vt 460ml, Fr 22 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h, insulina 1.5U/h Antibioticos previos Vancomicina 09-11-24 , meropenem 09-11.03.24 FF 14-11-24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT klebsiella Oxytoca sensible 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveolar KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : EXAMEN FÍSICO TA 128/58 MMHG FC 68 SAT 95% FIO2 60% T 38°C GU: 1,13 CC/Kg/H Mucosas humedas y palidas, con collar cervical Rs Cs ritmicos taquicardicos, murmullo vesicular dimsinuido bilateral abdomen blando extremidades hipotroficas bien perfundidas

Análisis : paciente con politrauma en el que destaca estallido de C5 con TRM ASIA A, choque medular y falla ventilatoria. En el momento con requerimiento d eventilación mecanica invasiva, con FIO altas, con persistencia de fiebre, soporte vasoactivo por lo que se considera sepsis no resuelta; con cultivo de aspirado tarqueal con Klebsiella oxytoca con MIC 4 para ampicilina sulbactam por lo que se considera alto riesgo de falla y se cambia antibiótico a cefepime. Mejor ocntrol del dolor posterior a inicio de lidocaina por lo que se considera con componente neuropáticao y se adiciona pregabalina al manejo. Paciente en quien es ncesario fijación de columna cervical, por lo que continua pendiente remisión para manejo por neurocirugía.

Plan : Pendiente remision a centro para manejo quirurgico de su lesion en columna. Se ajusta manejo antibiotico

- 16.03.2024 07:05:41 FIRMÓ: PIEDRAHITA ZAPATA, CARLOS MARIO
  MODULO DE COLUMNA Registro Médico:9970

Subjetivo : NEUROCIRUGIA COLUMNA PACIENTE CONOCIDO AL INGRESO CON FRACTURA DE C4 ANTERIOR INFERIOR DEL CUERPO Y ESTALLIDO DE C5 CON ANTEROLISTESIS RETROPULSION EN CANAL DE FRAGMENTO POSTERIOR, FRACTURA INESTABLE Y AMERITA CORPECTOMIA REMPLAZO DE CUERPO Y ARTRODESIS INSTRUMENTADA PACIENTE CON TRAUMAS MULTIPLES AHORA EN MANEJO UCI ANOTAN paciente con politrauma en el que destaca estallido de C5 con TRM ASIA A, choque medular y falla ventilatoria. En el momento con requerimiento d eventilación mecanica invasiva, con FIO altas, con persistencia de fiebre, soporte vasoactivo por lo que se considera sepsis no resuelta; con cultivo de aspirado tarqueal con Klebsiella oxytoca con MIC 4 para ampicilina sulbactam por lo que se considera alto riesgo de falla y se cambia antibiótico a cefepime. Mejor ocntrol del dolor posterior a inicio de lidocaina por lo que se considera con componente neuropáticao y se adiciona pregabalina al manejo. Paciente en quien es ncesario fijación de columna cervical, por lo que continua pendiente remisión para manejo por neurocirugía. PACIENTE EN COMPAÑIA DEL HERMANO EN MALAS CONDICIONES GENERALES . MANEJO DE INFECCION VASOACTIVOS INTUBADO COMPROMISO RESPIRATORIO PULMONAR Y SECUNDARIO A DAÑO MEDULA CERVICAL SE EXPLICA A EL HERMANO EN SUS TERMINOS EL CASO, MAL PRONOSTICO NO EN CONDICIONES DE CIRUGIA DE COLUMNA

Objetivo :

Análisis : SE EXPLICA EN FRENTE DE ENFERMERA A EL HERMANO, QUIEN DICE ENTENDER

Plan :

- 16.03.2024 09:08:13 FIRMÓ: BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1094916745

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Subjetivo : EVOLUCIÓN UCI DÍA Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energia - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos oseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.1 mncg/kg/min - Sedoanalgesia: ketamina 2 mg/kg/h- midazolam y fentanilo - tiene infusión de lidocaína - Ventilación: ACV, PEEP 9, FiO2 55%, VCV, Vt 460ml, Fr 22 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h Antibióticos previos Vancomicina 09-11-24 , meropenem 09-11.03.24 FF 14-11-24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Cefepime 15-03-24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT klebsiella Oxytoca sensible 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : EXAMEN FÍSICO Signos vitales: TA 159/65 mmHg FC 59 lpm SpO2 de 93 % NEUROLÓGICO: bajo sedoanalgesia RASS de -1 pupilas simétricas. - CARDIOPULMONAR: Cuello sin IY, corazón rítmico sinusalen visoscopio. - GASTROMETABÓLICO: Abdomen blando sin dolor, sin signo de rebote. glucometría 126-144-125 mg/dL - RENAL Y MEDIO INTERNO: Diuresis encuantificación 1.57 cc/kg/hora PARACLÍNICOS: magnesio de 2.6 Potasio de 3.4 sodio de 150.2 hemograma con leucocitos de 28800 hb de 10 plaquetas de 355000 calcio de 1.038 cloro de 107.1 gases arteriales con ph de 7.46 PaCO2 de 57.5 PaO2 de 70 HCO3 de 40 BEf de 16.9 PaFi de 127 imágenes: Tac de tórax: Signos de broncoaspiración y neumonía aspirativa. Líquido pleural bilateral en escasa cantidad, de distribución libre. Líquido peritoneal en moderada cantidad, sin colecciones organizadas, de origen indeterminado. No se observan neumoperitoneo. Fracturas descritas previamente conocidas. resonancia de columna: Fractura en estallido C5, AO spine: A4 B1. Síndrome medular espinal agudo hemorrágico cervical compresivo traumático. Fractura del muro posterior del foramen para V2D en C5. Cordón medular torácico sin lesión. Discopatía cervical y torácica sin hernia discal. Contusión medular ósea en C4, C6, C7 y T2. Fractura corporal antero inferior en C4. Colapso crónico T6, T8 y T12 y osteocondrosis Modic tipo 1 en L1. Moderada artrosis facetaria cervical y leve uncal. Fractura posteromedial del 9, 10 y 12 arco costal derecho. Fractura apofisis transversa derecha de L1 y L2. Fractura del alerón ilíaco derecho y antero superior sacra izquierda. Secreciones en los senos esfenoidales. Derrame pleural libre y ocupación espacio aéreo bibasal posterior

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en shock medular, tolerando desmonte de vasopresor. evolución estacionaria. ahora con los siguientes problemas: - Choque medular , tiene buena perfusión, con vasopresor a dosis bajas. - Falla hipoxémica con trastorno moderado de oxigenación última pafi de 166, se encuentra con parámetros intermedios, se encuentra en cubrimiento antibiótico para neumonía aspirativa. Sin muchos cambios drante la noche. -Persiste con respuesta inflamatoria ayer y hoy con febrículas, pendiente reporte de hemos, en aspireado traqueal con klebsiella oxytoca sensible. se encuentra bajo cubrimiento antibiótico. La pafi sigue deteriorándose se solicita Placa de control. - Ayer con facies de dolor se inició lidocaína en infusión. - ya se le hizo resonancia, en seguimiento por módulo de columna no candidato a conductas en el momento por su inestabilidad. el pronóstico neurológico no parece tan bueno por ser una lesión tan alta, con una gran probabilidad de graves secuelas neurológicas severas e incapacitantes e inclusive la muerte. se continua plan en UCI,pendiente reporte de hemocultivos para definir deescalonamiento antibiótico.seguimiento por módulo de columna una gvez logre mayor estabilidad. se continúa el plan en la unidad. Pronóstico neurológico adverso evolución clínica estacionaria.

Plan : rx de tórax de control, reposición de potasio,. electrolitos y gases para mañana.

16.03.2024 21:57:23 FIRMÓ: BELTRAN GOMEZ, EDWIN ALEXANDER
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:14325307

Subjetivo : RONDA UCI PM Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.1 mncg/kg/min - Sedoanalgesia: ketamina 2 mg/kg/h- midazolam y fentanilo - tiene infusión de lidocaína - Ventilación: ACV, PEEP 9, FiO2 55%, VCV, Vt 460ml, Fr 22 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h Antibióticos previos Vancomicina 09-11-24 , meropenem 09-11.03.24 FF 14-11-24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Actual Cefepime 15-03-24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT klebsiella Oxytoca sensible 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae En regular condicion general. Sin asincronias Bajo sedacion. Con distermias , fiebre

Objetivo : PA 131/59 (83) FC 70 FR 22 T 39.6 So2 96 % Peso 47 kg Gu 1.91 cckghra Glucos 147-158-140 mg% Neurológico: RASS -1, cuadriparetico. Pupilas simétricas, reactivas, conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda Cuello no ingurgitado Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos Campos pulmonares bien ventilados, sin agrgados Abdomen blando, depresible, no peritoneal Extremidades simetricas, sin edemas G III, llenado capilar 3 seg

Análisis : Rx torax Pendiente lectura Paciente con diagnosticos anotados, EVolucion estacionaria. Dependiente de soporte vasopresor, dosis estable. Con gasto urinario adecuado. En control metabolico. Con ajuste de sedacion, mejor acople ventilatorio , manejo del dolor En normoxemia, se informa por terapia respiratoria disminucion de asincronias, mejor mecanica. Se realizo control radiologico, en preliminar con mejoria de infiltrados en 1/3 inferior derecho, sin focos de consolidacion. No efusion pleural, pendiente control de indices de oxigenacion. Continua en tramite de remision para manejo integral por patologia compleja en columna Reviso hemocultivos aun sin reportes, continua cobertura antimicrobiana de amplio espectro. Manejo integral en UCI. pronostico condicionado a evolucion

Powered by CamScanner

Plan : MANEJO UCI SEGUIMIENTO DE SIRS, SEGUIMIENTO DE CULTIVOS TRAMITE DE REMISION

- 17.03.2024 08:55:35 FIRMÓ: MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1098613470

Subjetivo : EVOLUCIÓN UCI DÍA Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.03 mncg/kg/min - Sedoanalgesia: ketamina 2 mg/kg/h- midazolam y fentanilo - tiene infusión de lidocaína - Ventilación: ACV, PEEP 9, FiO2 55%, VCV, Vt 460ml, Fr 22 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h Antibióticos previos Vancomicina 09-11-24 , meropenem 09-11.03.24 FF 14-11-24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Cefepime 15-03-24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT klebsiella Oxytoca sensible 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : vigl polineuroptico hemodinmicamnete estable con soporte vasopresor bajo pulmones bien ventilados acoplado a la vmi abdomenblndo depresible no masas diureis conservada PARACLÍNICOS:leucocitosis, no anemia hipernatremia e hipokalemia Imágenes: Tac de tórax: Signos de broncoaspiración y neumonía aspirativa. Líquido pleural bilateral en escasa cantidad, de distribución libre. Líquido peritoneal en moderada cantidad, sin colecciones organizadas, de origen indeterminado. No se observan neumoperitoneo. Fracturas descritas previamente conocidas. resonancia de columna: Fractura en estallido C5, AO spine: A4 B1. Síndrome medular espinal agudo hemorrágico cervical compresivo traumático. Fractura del muro posterior del foramen para V2D en C5. Cordón medular torácico sin lesión. Discopatía cervical y torácica sin hernia discal. Contusión medular ósea en C4, C6, C7 y T2. Fractura corporal antero inferior en C4. Colapso crónico T6, T8 y T12 y osteocondrosis Modic tipo 1 en L1. Moderada artrosis facetaria cervical y leve uncal. Fractura postero medial del 9, 10 y 12 arco costal derecho. Fractura apófisis transversa derecha de L1 y L2. Fractura del alerón ilíaco derecho y antero superior sacra izquierda. Secreciones en los senos esfenoidales. Derrame pleural libre y ocupación espacio aéreo bibasal posterior

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en el momento con mejoria del choque meular, acoplado a la vmi con drive respiratorio ocasional, mañl manejo del dolor se decide aumentar dosisi de opioide y suspender midazolam, pendinete fijacion d e colomuna, se solicita concepto de cx de columna para ver autorizacion de traqueostia, pronsstico reservado continua en uci, pendiente remision

Plan : continua en uci reposicionde potasio correccion del sodio

- 17.03.2024 17:40:07 FIRMÓ: MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1098613470

Subjetivo : EVOLUCIÓN UCI Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacr izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.03 mncg/kg/min - Sedoanalgesia: ketamina 2 mg/kg/h- midazolam y fentanilo - tiene infusión de lidocaína - Ventilación: ACV, PEEP 9, FiO2 55%, VCV, Vt 460ml, Fr 22 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h Antibióticos previos Vancomicina 09-11-24 , meropenem 09-11.03.24 FF 14-11-24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Cefepime 15-03-24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT klebsiella Oxytoca sensible 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : ta 128/85 fc 86 vigl polineuroptico hemodinmicamnete estable con soporte vasopresor bajo pulmones bien ventilados acoplado a la vmi abdomen blando depresible no masas diureis conservada

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en el momento soporte vasopresor bajo con manejo multimoda analgesico est pendiente remision a tra institucion por falta de materiales para fijacion de columna, continua igual esquema alb y manejo en

Plan : continua e uci

- 18.03.2024 10:06:15 FIRMÓ: NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:8127599

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Subjetivo : RONDA UCI AM Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : SOportes Hemodinamico norepinefrina 0.08mcg/Kg/min ventilatorio VCV VT 420 PEEP 8 FIO2 0.45 FR 18/min sedoanalgesia Fentanilo 250mcg/h, Ketamina 2mg/h e infusión de lidocaina PA 117/69mmHg FC 64/min FR 18/min SO2 99% hidratado, sinusal en monitor collar cervical rígido acoplado a la ventilación mecánica, sin disnea abdomen blando, depresible, no masas. extremidades edema grado II de miembros inferiores neuro: rass - 2 se alerta isocórico cuadriplejico balance + 2990 ml Paraclínicos Hb 9.6 Hto 30 WBC 13400 PMN 80% Plaq 241000 Na 147 K 3.9

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, tiene aún soporte vasopresor a dosis bajas que no se ha podido desmontar. Tiene múltiples infusiones entre ellos fentanilo a dosis altas, se disminuye y se adiciona metadona al manejo con el fin de lograr su desmonte y control del dolor. LLeva mas de 4 días de infusión de lidocaina por lo que se suspende, tiene múltiples moduladores del dolor neuropático. tiene hipematremia hipervolémica, ajusto manejo con agua libre y terapia diurética, suspendo soluciones hipotónicas Si fiebre pero aún con temperatura hasta 38.1°C a pesar de tratamiento dirigido, solicito TAC de tórax contrastado para descartar complicaciones a este nivel ajusto manejo para constipación

Plan : manejo en UCI Ajusto parámetros ventilatorios para VT 8cc/kg agua libre por sonda nasogástrica diurético para balance neutro suspendo lidocaina dejo metadona y dismimnuyo dosis de fentanil para desmontar disminuyo dosis de ketamina RASS objetivo de 0 a -2 TAC de tórax contrastado antibiótico igual paraclínicos control mañana pendiente remisión para manejo definitivo de columna

* 18.03.2024 12:56:02 FIRMÓ: OROZCO VASQUEZ, CATALINA
MEDICO Registro Médico:1036653181

Subjetivo : IMAGENOLOGÍA Francisco Álvarez, 50 años

Objetivo : Paciente con ventilación mecánica invasiva, acoplado a la ventilación mecánica, sin disnea, con sedoanalgesia y vasopresor

Análisis : Paciente masculino de 50 años, sin alergias conocidas a medicamentos, creatinina 0,6. Ingresa para realizar tomografía contrastada tórax, previo consentimiento informado firmado por el primo. Sin extravasación ni complicaciones inmediatas relacionadas con la aplicación del medio de contraste. Sale hacia su servicio de origen para continuar vigilancia

Plan : Ver análisis

* 18.03.2024 13:56:25 FIRMÓ: ARENAS OCHOA, LUISA FERNANDA
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS Registro Médico:5392810

Subjetivo : Dolor y cuidados paliativos Residente en Bello, soltero, sin hijos. Vive con 2 hermanos. Secundaria incompleta?. Trabajó en construcción. Católico. En compañia de su amigo Oscar Gil. Primera valoración por la especialidad. Diagnósticos: -Politrauma de alta energia -Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 -Choque neurogénico -Falla respiratoria tipo 3 -Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. -Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. -Neumotorax derecho -Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho -Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) -Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Paciente bajo sedoanalgesia

Objetivo : IK 50 I Barthel 0 Bajo sedoanalgesia Recibe ventilación mecánica por TOT Abdomen blando, depresible Edema en las 4 extremidades

Análisis : Paciente en la sexta década de la vida, estancia hospitalaria prolongada, secundario a politrauma de alta energía, con trauma raquimedular cervical, aun con soporte vasopresor y ventilatorio. En el momento acompañado de un amigo, por lo que se contactará a familia para evaluar red de apoyo. Ha recibido múltiples analgésicos, tiene altas dosis de opioide, infusión de ketamina y hoy iniciaron metadona.

Plan : Seguimiento por dolor y CP

* 18.03.2024 16:26:03 FIRMÓ: SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
PSICOLOGIA Registro Médico:8430866

Subjetivo : PSICOLOGÍA FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES, 50 años. Estado civil: soltero, sin hijos. Escolaridad: tecnólogo en maquinaria pasada. Reside en Buenos Aires. Labora como tecnólogo de maquinaria pesada. Católico. Nota: se atiende al paciente bajo normas de cuidado respiratorio equipo de bio-seguridad institucional y lavado de manos, antes y posterior a la interconsulta, y bajo las normas de la OMS. Según el primo del paciente: "la familia está muy unida y pendiente de la salud de mi primo" El paciente vive con su hermano José Alfredo Álvarez Torres, de 52 años. En el momento de la interconsulta el paciente se encuentra en compañía de su primo José Rosales. El paciente no ha tenido proceso por psicología. Sin antecedentes psiquiátricos. Sin antecedentes médicos generales. Sin antecedentes de enfermedades médicas sufridas en la familia. Sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Con antecedentes de tabaquismo: 2 paquetes al día. Con antecedentes de abuso de alcohol: todos los días un cuarto de aguardiente. Con adecuadas relaciones interpersonales. Sin manifestaciones de agresividad ni irritabilidad.

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Objetivo : Examen mental: encuentro al paciente en cama. Intubado. Bajo sedoanalgesia. Examen mental del primo del paciente: alerta, orientado globalmente, con actitud colaboradora frente a la interconsulta, establece contacto visual y no presenta alteraciones de la conducta motora. Euproséxico, afecto eutímico: sin alteraciones sensoperceptivas. Lenguaje claro, coherente, de tono y prosodia conservados, discurso fluido. Pensamiento lógico, sin alteraciones del curso, sin ideas delirantes u obsesivas, sin cogniciones depresivas, niega ideas de muerte o suicidio. Memoria impresiona conservada, inteligencia impresiona promedio. Juicio y raciocinio conservados, introspección presente, prospección presente.

Análisis : Paciente de 50 años. Ingresado a UCI. Diagnósticos: "- Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotórax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril" Se le explica al acompañante del paciente que, durante la permanencia de su primo en esta institución, se le brindaran al paciente y a los familiares que lo requieran, estrategias y herramientas para el manejo de sus emociones y algunas técnicas psicológicas que sirvan para el afrontamiento de todo lo que implica el tratamiento médico y estancia hospitalaria. Manejo de las emociones en momentos límites de la vida (la enfermedad de su primo es una situación compleja para la cual hay que contar con unos recursos internos adaptativos para hacerle frente). NOTA: el paciente cuenta con una buena red de apoyo familiar. El paciente siempre se encuentra acompañado de sus familiares y amigos. Su cuidador principal es su hermano José Alfredo.

Plan : -Seguimiento

- 18.03.2024 18:30:15 FIRMÓ: NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:8127599

Subjetivo : RONDA UCI PM Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : SOportes Hemodinamico norepinefrina 0.08mcg/Kg/min ventilatorio VCV VT 500 PEEP 6 FIO2 0.4 FR 18/min sedoanalgesia Fentanilo 150mcg/h, Ketamina 1mg/h PA 134/58mmHg FC 65/min FR 18/min SO2 99% hidratado, sinusal en monitor collar cervical rigido acoplado a la ventilación mecánica, sin disnea abdomen blando, depresible, no masas. extremidades edema grado II de miembros inferiores neuro: rass - 1 balance + 435 ml diURESIS 1510 ml TAC de tórax contrastado No encuentro consolidación neumónica, tuberculosis activa ni patología tumoral primaria o metastásica. Existen sin embargo pequeños nódulos localizados principalmente en lóbulo medio y en segmento apical del lóbulo inferior derecho, de tipo centrilobulillar, puede ser secundarios a infección trans-bronquial. También se observan hacia la lingula. Derrame pleural bilateral. Atelectasias posteriores basales bilaterales. Cavidades cardiacas normales. Vasculatura pulmonar normal, no hay criterios de tromboembolismo pulmonar. Arco aórtico normal. Mediastino sin masas ni adenopatías. Glándula tiroides y base del cuello sin lesiones. Liquido libre en cavidad peritoneal. Se insinúa dilatación de la pelvis renal izquierda.

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, tiene aún soporte vasopresor a dosis bajas que no se ha podido desmontar. En tac de tórax de hoy sin cambios por neumonía tiene derrame pleural bilateral pero de predominio izquierdo por lo que ordeno toracentesis diagnóstica y evacuante. Se inició metadona, continuo desmonte de fentanilo durante la noche se dió información durante el dia a su primo que lo acompaño durante la visita.

Plan : manejo en UCI dismimnuyo dosis de fentanil RASS objetivo de 0 a -2 toracentesis diagnóstica y evacuante antibiótico igual paraclínicos control mañana pendiente remisión para manejo definitivo de columna

- 19.03.2024 10:36:43 FIRMÓ: MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1098613470

Subjetivo : RONDA UCI Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

"Este documento ha sido firmado electrónicamedteacuerdo a lo establecido en ele creto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Objetivo : ta 120/82 fc 86 fr 18 somnoliento cuadriparesico severo sedoanalgesia Fentanilo 150mcg/h, Ketamina 1mg/h hemodinamicamnelee estable bien perfundido norepinefrina 0.05mcg/Kg/min pulmones hipoventilados acoplada a la vmi ventilatorio VCV VT 500 PEEP 6 FIO2 0.4 FR 18/min abdomnen blando depresible no masas diuresis 3200 TAC de tórax contrastado No encuentro consolidación neumónica, tuberculosis activa ni patología tumoral primaria o metastásica. Existen sin embargo pequeños nódulos localizados principalmente en lóbulo medio y en segmento apical del lóbulo inferior derecho, de tipo centrilobulillar, puede ser secundarios a infección trans-bronquial. También se observan hacia la lingula. Derrame pleural bilateral. Atelectasias posteriores basales bilaterales. Cavidades cardíacas normales. Vasculatura pulmonar normal, no hay criterios de tromboembolismo pulmonar. Arco aórtico normal. Mediastino sin masas ni adenopatías. Glándula tiroides y base del cuello sin lesiones. Líquido libre en cavidad peritoneal. Se insinúa dilatación de la pelvis renal izquierda.

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, tiene aún soporte vasopresor a dosis bajas, en el momento con tratamiento atb dirigido, ppersiste febril sin aumento de la pcr no hay progresion de las imagenes pulmonares se continua manejo atb hasta 5 dias, continua en uci pendiente resmision a otra institucion

Plan : manejo en UCI reajuste de analgesia pendiente toracentesis

- 19.03.2024 19:57:23 FIRMÓ: MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1098613470

Subjetivo : RONDA UCI Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : FC 85 TA 120/76 RASS de -2 cueloortopedico hemodinamicamnete estable con soporte vasopresor bajo pulmones hipoventilacion basal bilateral abdomen blkando depresible no masas diuresis de 1500 en 12 horas TAC de tórax contrastado No encuentro consolidación neumónica, tuberculosis activa ni patología tumoral primaria o metastásica. Existen sin embargo pequeños nódulos localizados principalmente en lóbulo medio y en segmento apical del lóbulo inferior derecho, de tipo centrilobulillar, puede ser secundarios a infección trans-bronquial. También se observan hacia la língula. Derrame pleural bilateral. Atelectasias posteriores basales bilaterales. Cavidades cardiacas normales. Vasculatura pulmonar normal, no hay criterios de tromboembolismo pulmonar. Arco aórtico normal. Mediastino sin masas ni adenopatías. Glándula tiroides y base del cuello sin lesiones. Líquido libre en cavidad peritoneal. Se insinúa dilatación de la pelvis renal izquierda.

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, tiene aún soporte vasopresor a dosis bajas, con tratamiento atb dirigido hoy sin episodios febriles, esta pendiente remision a otra institucion para fijacion de la columna cervical, malpronostico de vida

Plan : continua manejo en uci

- 20.03.2024 11:30:15 FIRMÓ: MARIN GOMEZ, JULIANA
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:43191343

Subjetivo : Evolución uci día cama 11 Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : Examen fisico: Sv ta 121/58 (79) fc 71 sat 94 tem 37 Neurológico: sedación y analgesia rass de -3 Cardiovascular: inestable hemodinamicamente Respiratorio: iot adaptado a la ventilación mecánica, sin secreciones por aspiración cerrada Abdomen: blando, depresible Renal: sonda vesical permeable Extremidades: edemas Paraclínicos: leucos leucos 19200 hb 9.4 htco 27 plaq 266 tp 11 inr 1 tpt 26 7.51/44/79/33/10/96

Análisis : Paciente masculino 50 años cursa hospitalización en unidad cerrada por trauma raquimedular Asia A con nivel C5 evolucionado del 02.03.2024. parapléjico en plan de remisión a otra institución para artrodesis. El día de hoy se hará traqueosotmia Continúa dosis bajas de norepinefrina, continua antibiótico

Plan : Continúa en uci Paraclínicos para mañana Terapia física Traqueosotmia Remisión para artrodesis Norepinefrina para tam 60

- 20.03.2024 12:42:52 FIRMÓ: ARENAS OCHOA, LUISA FERNANDA
  DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS Registro Médico:5392810

Subjetivo : Ronda conjunta UCI-PAL Se evalúa caso del paciente en conjunto con intensivista. Diagnósticos: -Politrauma -Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular -Choque neurogénico -Falla respiratoria tipo 3 -Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. -Neumotorax derecho -Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho -Fracturas constales múltiples sin tórax inestable -Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo -Sindrome febril

Powered by CamScanner

Objetivo :

Análisis : Se comenta paciente, sexta década de la vida, politrauma con lesión raquimedular cervical, soporte ventilatorio en espera de traqueostomía, con riesgo de requerirlo prolongadamente. Se continúa acompañamiento.

Plan : Seguimiento por dolor y CP

- 20.03.2024 16:15:55 FIRMÓ: MARIN GOMEZ, JULIANA
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:43191343

Subjetivo : se habla con familiar, hermano sobre la posibilidada de la traqueostomia, se habla sobre beneficios, riesgos, se aclaran dudas. hermano refiere que lo va a converzar con el resto de la familia. quedamos atentos

Objetivo : .

Análisis : .

Plan : .

- 20.03.2024 16:25:09 FIRMÓ: MANOSALVA CORTES, EDGAR FABIAN
  MODULO DE COLUMNA Registro Médico:52858

Subjetivo : nota esp.cirugia columna paciente con estallido de c5 con contusion medular severa con lesion completa desde c5c6 asia a en el momento masestable plan se habla con la familiase le explica el pronostico y la lesion y se le plantean las alternativas se deja orden decirugia o remision se le aclara al familiar la gravedad de su lesion y la poca o escasa posibilidad de recuperar movilidad

Objetivo :

Análisis :

Plan : se da orden de procedmeinto

- 20.03.2024 16:51:41 FIRMÓ: SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  PSICOLOGIA Registro Médico:8430868

Subjetivo : PSICOLOGÍA FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES, 50 años. Estado civil: soltero, sin hijos. Escolaridad: tecnólogo en maquinaria pasada. Reside en Buenos Aires. Labora como tecnólogo de máquina pesada. Católico. Previo consentimiento del hermano del paciente procedo a realizar seguimiento. Nota: se atiende al paciente bajo normas de cuidado respiratorio equipo de bio-seguridad institucional y lavado de manos, antes y posterior a la interconsulta, y bajo las normas de la OMS. Según el hermano del paciente: "voy a reunirme con toda la familia para mirar si permitimos o no, en mi hermano, la traqueostomía" El paciente vive con su hermano José Alfredo Alvarez Torres, de 52 años. En el momento de la interconsulta el paciente se encuentra en compañía de su hermano José Alfredo. El paciente no ha tenido proceso por psicología. Sin antecedentes psiquiátricos. Sin antecedentes médicos generales. Sin antecedentes de enfermedades médicas sufridas en la familia. Sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Con antecedentes de tabaquismo: 2 paquetes al día. Con antecedentes de abuso de alcohol: todos los días un cuarto de aguardiente. Con adecuadas relaciones interpersonales. Sin manifestaciones de agresividad ni irritabilidad.

Objetivo : Examen mental: encuentro al paciente en cama. Intubado. Bajo sedación. Examen mental del hermano del paciente: alerta, orientado globalmente, con actitud colaboradora frente a la interconsulta, establece contacto visual y no presenta alteraciones de la conducta motora. Eutroséxico, afecto plano; sin alteraciones sensoperceptivas. Lenguaje claro, coherente, de tono y prosodia conservados, discurso fluido. Pensamiento lógico, sin alteraciones del curso, sin ideas delirantes u obsesivas, sin cogniciones depresivas, niega ideas de muerte o suicidio. Memoria impresiona conservada, inteligencia impresiona promedio. Juicio y raciocinio conservados, introspección presente, prospección presente.

Análisis : Paciente de 50 años. Ingresado a UCI. Diagnósticos: "-Politrauma -Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular -Choque neurogénico -Falla respiratoria tipo 3 -Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. -Neumotórax derecho -Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho -Fracturas costales múltiples sin tórax inestable -Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo -Síndrome febril" El hermano del paciente no presenta agitación. No presenta nerviosismo. No tiene dificultades para concentrarse o pensar. Sin manifestaciones de irritabilidad. Sin alteraciones del sueño y hábitos alimenticios. El hermano del paciente no presenta estado de ánimo depresivo durante la interconsulta. Sin una marcada disminución del interés o placer. Carece de sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados. Sin pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. El hermano del paciente presenta rasgos de ansiedad. No hace una negación de la realidad, su entorno o sobre sí mismo. Se le explica al hermano del paciente que durante su permanencia en esta institución se le brindaran estrategias y herramientas para el manejo de sus emociones y algunas técnicas psicológicas que sirvan para el afrontamiento de todo lo que implica el tratamiento médico y estancia hospitalaria de su hermano. Manejo de las emociones en momentos límites de la vida (la enfermedad de su hermano es una situación compleja para la cual hay que contar con unos recursos internos adaptativos para hacerle frente). Con palabras amables y empáticas se explica al hermano del paciente condición actual del paciente y la decisión de proceder a la traqueostomía. El hermano del paciente refiere entender (pero es reiterativo que tiene fe en sus creencias religiosas) y pide hasta el dia de mañana para tomar la decisión en familia. Se le ofrece al hermano del paciente el servicio de acompañamiento psicológico cuando lo vea necesario. El servicio lo puede solicitar a través del personal médico o de enfermería.

Plan : -Seguimiento

- 20.03.2024 19:05:52 FIRMÓ: MARIN GOMEZ, JULIANA
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:43191343

"Este documento ha sido firmado electrónicamedteacuerdo a lo establecido en de creto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Subjetivo : Evolución uci NOCHE cama 11 Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : Examen físico: Sv ta 119/57 (77) FC 73SAT 93 TEM 38 BALANCE parcial Ingresos 1400 egresos 1500 glucometria 178 y 204 Neurológico: sedación y analgesia rass de -3 Cardiovascular: inestable hemodinamicamente Respiratorio: iot adaptado a la ventilación mecánica, sin secreciones por aspiración cerrada Abdomen: blando, depresible Renal: sonda vesical permeable Extremidades: edemas Paraclínicos: leucos leucos 19200 hb 9.4 htco 27 plaq 266 tp 11 inr 1 tpt 26 7.51/44/79/33/10/96

Análisis : Durante el día familiar refieren que si desean la traqueostomia, dejo formato para firmar consentimiento. Probable traqueosotmia mañana. Módulo de columna aprueba el procedimiento Se trato de disminuir sedación y analgesia, no fue exitoso, paciente con agitación psicomotriz, se agrega Midazolam en este contexto aumento de norepinefrina. Sub febril, se solicitan mañana reactantes de fase aguda

Plan : Continúa en uci Paraclínicos para mañana Terapia física Traqueosotmia Remisión para artrodesis Norepinefrina para tam 60 Sedación y analgesia rass de -2 Antipirético Insulina cristalina para corregis glucometrias

- 21.03.2024 07:51:07 FIRMÓ: SIERRA JARAMILLO, JULIAN ANDRES
  OTORRINOLARINGOLOGIA Registro Médico:71372156

Subjetivo : OTORRINOLARINGOLOGIA LARINGOLOGIA Y VIA AEREA SUPERIOR Respuesta a interconsulta Motivo: traqueostomia Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril

Objetivo : Regurales condiciones generales Bajo IOT Cuello con anatomia favorable para procedimiento

Análisis : Se habla con hermano de paciente acerca de procedimiento a realizar: traqueostomia, dice estar enterado y deacuerdo con el mismo. se cubren dudas. Se ordena procedimiento, diligencia consentimiento informado

Plan : - traqueostomia

- 21.03.2024 10:29:28 FIRMÓ: QUIÑONES PORTILLA, GUSTAVO ANDRES
  ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION Registro Médico:1085300669

Subjetivo : ANESTESIOLOGIA. Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril S/ PROGRMADO PARA TRAQUEOSTOMIA.

Objetivo : Examen físico: Sv ta 119/57 (77) FC 73SAT 93 TEM 38 BALANCE parcial Ingresos 1400 egresos 1500 glucometria 178 y 204 Neurológico: sedación y analgesia rass de -3 Cardiovascular: inestable hemodinamicamente:norepinefrina 0.05mcg/Kg/min pulmones hipoventilados acoplada a la vmi ventilatorio VCV VT 500 PEEP 6 FIO2 0.4 FR 18/min Abdomen: blando, depresible Renal: sonda vesical permeable Extremidades: edemas Paraclínicos 21/03/2024 leucos leucos 19200 hb 9.4 htco 27 plaq 266 tp 11 inr 1 tpt 26 7.51/44/79/33/10/96

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, tiene aún soporte vasopresor a dosis bajas, en el momento con tratamiento atb dirigido, ppersiste febril sin aumento de la pcr no hay progresion de las imagenes pulmonares se continua manejo atb hasta 5 dias. continua en uci pendiente resmision a otra institucion. ahora programado por orl para traqueostomia por ventilacion mecanica prolongada, paciente con alto riesgo de paro cardioscular y muerte, se explica conducta al familiar lo cual refiere aceptar y entender.

Plan : ava ok. alto rioesgo de muerte- familiar a quien se le explica riesgo y condiciones lo cual refiere aceptar y entender-firma consenitmiento informado

- 21.03.2024 11:22:04 FIRMÓ: MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1098613470

Subjetivo : Evolución uci Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Objetivo : ta 112/82 fc 86 fr 18 rass de -4 hemodinamicamnete bien perfundido con soporte vasopresor bajo pulmones hipoventilados acoplao a la ventilacion mecanica con compromiso moderado de la oxigenacion abdomen baolndo depresible diuresi conservada Extremidades: edemas Paradlnicos: leucos pcr baja no naemia compromiso moderado de la pafi hipokalemia

Análisis : paciente con trauma medular alto completo paraplejico con iot prolongada, con tratamiento atb cumplido para traqueitis/ neumonia por klepsiela oxitoca, no se ha podido superficializar el rass con desacople ventilatorio ya con aval de naestesia y de otorinolaringologia para realizar traqueostomia, continua manejo en uci pendiente remision

Plan : continua en uci suspender manejo atb reposicion de potasio

21.03.2024 20:16:10 FIRMÓ: MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1098613470

Subjetivo : Evolución uci Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Ilíaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : ta 140/82 fc 78 fr 17 rass de -2 hemodinamicamnete bien perfundido con soporte vasopresor bajo pulmones hipoventilados acoplao a la ventilacion mecanica con compromiso moderado de la oxigenacion abdomen baolndo depresible diuresi conservada Extremidades: edemas

Análisis : paciente con trauma medular alto completo paraplejico con iot prolongada, en el momento con mala tolerancia al dolor ya con tratamiento atb cumplido, sin fiebre, esta pendiente realizacion de traqueostomia, continua en uci

Plan : continua en uci

22.03.2024 09:38:44 FIRMÓ: JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:71794004

Subjetivo : RONDA UCI AM Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Ilíaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado traqueal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae Soportes: Hemodinamico: Norepinefrina 0,15 ug/kg/min Ventilatorio: IOT VMI modo V A/C 490/18/8/50% Sedoanalgesia: Midazolam 1 mg/hr - Fentanilo 300 ug/hr - Ketamina 2,5 mg/kg/hr Subjetivo: No valorable

Objetivo : Ex.fisico: Malas condiciones TA 117/59 TAM 78 FC 66 FR 18 SATO2 95% T° 37,1 Con soporte vasopresor, sin arritmias por cardioscopio Acoplado al ventilador, ruidos respiratorios normales Abdomen blando,depresible Diuresis por sonda Anasarca, llenado capilr distal menor de 3 seg Bajo sedoanalgesia, RASS:-2 Gluc 146-132-109 I 3318 E 1660 BT +1658 Laboratorio: TTP 58 Hb 8,6 Hto 26 Leu 15800 (previos 19100-19200) plaq 290.000 Osmolaridad serica 292 Ca 6,5 cl 102 Mg 2,3 K 3,7 Creat 0,4 PCR 18 (previa 6,1) Gases: 7,48/46/55/34/11/91% PAFI 112

Análisis : Paciente en sexta decada de la vida, politrauma al caer de altura, trauma raquimedular con compromiso C5, fx de pelvis y de reja costal, con mal pronostico neurologico y a la espera de remision para manejo de Fx vertebral. Al dia de hoy en malas condiciones, continua con soporte vasopresor a igual dosis que en dias previos, adecuadas cifras oxemicas sin lograr descenso de FIO2, sin aumento de secreciones, el dia de hoy se realizara TQT. Buen control metabolico, diuresis conservada, con balance positivo. Mal despertar por lo que continua con sedoanalgesia, se espera evolucion a la mejoria luego de TQT. Laboratorio con leucocitosis persistente, funcion renal conservada, PAFI baja. SS/Rx de torax post TQT. En vista de persistencia del choque, algunos registros febriles y caida de la PAFI decido recultivar. Continua en UCI,mal pronostico

Plan : Ver analisis

"Este documento ha sido firmado electrónicamedteacuerdo a lo establecido en «de creto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

RV: REF. Contestación Requerimiento Apertura / Accionante: FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES / Radicado: 2024-0113

Juzgado 02 Familia Circuito - Antioquia - Medellín <j02fctomed@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Lun 01/04/2024 9:11

Para:Raul Ivan Ramirez Ramirez <rramirer@cendoj.ramajudicial.gov.co>

2 archivos adjuntos (798 KB)

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ADRES.pdf; TUT_24_000033063 _ Apertura incidente de desacato _ 2024_0113 _ 8154169 _ _ 2024_03_20 091800_2024_03_20T142601.pdf;

Memorial 2024-00113

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

JUZGADO 2 DE FAMILIA DE ORALIDAD DE MEDELLÍN
(4) 232 83 90
j02fctomed@cendoj.ramajudicial.gov.co
www.ramajudicial.gov.co
Cra 52 # 42-73, piso 3, oficina 302
Lun. a Vier. 8 am -12 m y 1 pm - 5 pm

Importante:

Las solicitudes y escritos enviados a este correo por fuera del horario laboral, se entienden recibidos al día hábil siguiente.

De: Freddy Jose Bolaños Saenz <fjbolanos@sura.com.co>
Enviado: martes, 26 de marzo de 2024 13:20
Para: Juzgado 02 Familia Circuito - Antioquia - Medellín <j02fctomed@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Asunto: REF. Contestación Requerimiento Apertura / Accionante: FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES / Radicado: 2024-0113

No suele recibir correos electrónicos de fjbolanos@sura.com.co. Por qué esto es importante

Señores
JUZGADO 002 DE FAMILIA DE ORALIDAD DE MEDELLIN - ANTIOQUIA
E. S. D.

REF. Contestación Requerimiento Apertura
Accionante: FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES
Accionado: EPS SURA - 8000887022
Radicado: 2024-0113

RS-TTL-24-000015145

Señores
JUZGADO 002 DE FAMILIA DE ORALIDAD DE MEDELLIN - ANTIOQUIA
E. S. D.

REF.	Contestación Requerimiento Apertura
Accionante:	FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES
Accionado:	EPS SURA - 8000887022
Radicado:	2024-0113

ANGELA MARIA BEDOYA MURILLO CC 43.757.987 obrando en mi condición de Representante Legal Judicial de la compañía **EPS SURAMERICANA S.A. NIT 800.088.702-2 - EPS SURAMERICANA S.A.,** en adelante **SURA,** tal como consta en el certificado de existencia y representación legal que se adjunta al presente escrito, respetuosamente doy **contestación** dentro del término judicial señalado al incidente de desacato interpuesta por la parte accionante, de la siguiente manera:

ACLARACIÓN PRELIMINAR

Es imperioso evidenciar al Despacho que **EPS SURAMERICANA S.A.** ha puesto a disposición de los usuarios beneficiarios de fallo de tutela el correo electrónico cetutelas3@suramericana.com.co como canal a través del cual pueden remitir sus solicitudes, inconsistencias, órdenes médicas e inquietudes, con el fin de que sean resueltas con mayor celeridad al contar con fallo de tutela en su favor, el cual ha sido comunicado a los usuarios de tutela cuando realizan sus requerimiento a EPS SURAMERICANA S.A., cuando se remiten sus autorizaciones o información de la prestación del servicio y cuando se establece contacto telefónico.

No obstante, encontramos que múltiples incidentes de desacato que son notificados a EPS SURAMERICANA S.A. se originan en la falta de diligencia del accionante, por cuanto no agota en primera instancia la solicitud directamente ante EPS SURAMERICANA S.A. a través del canal que se ha puesto a su disposición y por el contrario, acuden directamente a esta instancia judicial, generando un desgaste administrativo para el Despacho y para EPS SURAMERICANA S.A., cuando sus requerimientos pudiesen ser resueltos si agotaran la vía previamente descrita.

A LOS HECHOS

Frente al requerimiento, creemos que es necesario que el despacho acceda de manera urgente, a ordenar la integración de SAVIA SALUD EPS dentro del trámite desacato en tanto es esta la actual entidad aseguradora del usuario y en quien, materialmente debería dar cumplimiento estricto al fallo de tutela.

Así las cosas, nos permitimos hacer una referencia a las condiciones fácticas que aquejan al caso, dónde, es posible identificar que el usuario no cuenta con afiliación al PBS de EPS SURA.

Dicho eso, nos permitimos indicar que el usuario, tal y como narra en los hechos, sufrió un accidente el pasado 02 de marzo, ocurrido el accidente se trasladó al usuario hasta la sede de la IPS HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, en la cual, una vez identificado que el usuario se encontraba desafiliado del Plan de Beneficios en Salud de EPS SURA, cargó solicitud de afiliación oficiosa a la EPS SAVIA SALUD, la cual aceptó el traslado del usuario el pasado 02 de marzo de 2024. Es decir, el usuario se encuentra afiliado a la SAVIA SALUD desde la fecha indicada.

No obstante, ante el deseo de la familia de no continuar el aseguramiento a través de SAVIA, con posterioridad al inicio del evento hospitalario, es decir, el pasado 04 de marzo hogaño elevaron solicitud de traslado del usuario a través de EPS Suramericana de seguros S.A, no obstante y a pesar de haber solicitud el inicio de cobertura a través de EPS SURA dicha solicitud no fue objeto de aceptación, toda vez que el usuario contaba de manera previa con una solicitud de traslado aceptada por SAVIA SALUD razón por la cual se priorizó la solicitud de traslado previo y se objetó automáticamente la solicitud de afiliación como independiente efectuada por el usuario.

No obstante, el despacho incurrió en yerro injustificado en su decisión, al valorar de manera indebida una de las pruebas aportadas por el usuario, en el entendido que; a Juicio del despacho el certificado aportado por el usuario hacía las veces de certificado que acreditaba su afiliación a EPS SURA cuando lo realmente aportado por el usuario referencia la solicitud de afiliación a EPS SURA como independiente, la cual fue negada al estar en firme la aceptación de traslado hecho por parte de SAVIA SALUD EPS.

Para ello nos permitimos anexar el certificado de afiliaciones institucional remitido por EPS SURA dónde se puede primero, identificar las diferencias entre los certificados anexados y segundo, se puede identificar que el usuario, verdaderamente, no se encuentra desafiliado.

Adicionalmente; en el mismo escrito de contestación se puso de presente al Despacho que el usuario se encontraba afiliado a SAVIA SALUD EPS tal y como se puede observar en la página del BDUA, plataforma institucional que permite determinar bajo que Entidad Promotora del Servicio de Salud se encontraba afiliado el usuario. Es decir, el despacho no valoró en debida forma lo indicado por EPS SURA en el escrito de contestación, máxime cuando se podía constatar, al interior del trámite que el usuario ostentaba su calidad de afiliado a través de SAVIA SALUD.

Dicho eso y a pesar de que la carga de conocer la normativa resulta a todas luces llamativo que un juzgado trate de justificar su desconocimiento de un trámite establecido en la norma, y además pretenda endilgar la orden a EPS Suramericana de seguros S.A cuando fue evidente en todo el trámite de tutela, el despacho tenía pleno conocimiento de que la entidad que debía continuar con la atención no era otra que la ya identificada (SAVIA SALUD)

No obstante, y a pesar de la clara deficiencia del despacho en torno a la decisión de tutela, evidenciamos que; nuevamente yerra al no aceptar la solicitud de vinculación a SAVIA SALUD EPS al trámite incidental bajo el argumento que; no es el competente para tomar

decisiones diferentes a las pactadas en el fallo de tutela, dejando de lado el despacho que está en juego la vida del usuario, en tanto EPS SURA por razones jurídicas no tiene forma de dar cumplimiento efectivo al fallo de tutela, pues como ya se ha dicho es SAVIA SALUD EPS quien ostenta la condición de asegurador del usuario.
Frente al requerimiento, es importante indicar que; la norma

> **Artículo 50. Condiciones para el traslado entre Entidades Promotoras de Salud.** Para el traslado entre Entidades Promotoras de Salud, el afiliado deberá cumplir las siguientes condiciones:
>
> 50.1. El registro de la solicitud de traslado por parte del afiliado cotizante o cabeza de familia podrá efectuarse en cualquier día del mes.
>
> 50.2. Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción. En el régimen contributivo el término previsto se contará a partir de la fecha de inscripción del afiliado cotizante y en el régimen subsidiado se contará a partir del momento de la inscripción del cabeza de familia. Si se trata de un beneficiario que adquiere las condiciones para ser cotizante, este término se contará a partir de la fecha de su inscripción como beneficiario.

> Cuando se trate del traslado de EPS entre regímenes diferentes, si no se cumplen la totalidad de las condiciones previstas en el presente artículo, los afiliados que puedan realizar la movilidad deberán permanecer en la misma EPS y reportar dicha novedad. Una vez cumplan las condiciones, podrán trasladarse a una EPS del otro régimen.
>
> Cuando el afiliado del régimen subsidiado adquiere la condición de cotizante por el inicio de un vínculo laboral o contractual con posterioridad a los cinco (5) primeros días del mes, el traslado de EPS entre regímenes diferentes podrá efectuarse con posterioridad a dicho término. Hasta tanto se haga efectivo el traslado, se deberá registrar la novedad de movilidad.
>
> Cuando el afiliado perteneciente al régimen subsidiado adquiere un vínculo laboral con una duración inferior a doce (12) meses y la EPS del régimen contributivo a la cual quiere trasladarse no tiene red prestadora en el municipio en el cual le practicaron la encuesta SISBEN al afiliado, éste deberá permanecer en la misma EPS del régimen subsidiado y registrar la novedad de movilidad. Este control se efectuará a través del Sistema de Afiliación Transaccional.

En ese sentido, desconoce el despacho la normatividad respecto al trámite de traslado entre regímenes, en tanto, tal y como se puede identificar el usuario deberá continuar con un periodo mínimo de 360 de días continuos o discontinuos al momento de la inscripción, es decir, tan solo 360 días después de haber iniciado la cobertura, el usuario deberá solicitar

el traslado entre a EPS Suramericana de seguros S.A. Por tanto, sorprende y más viniendo de un juez de la República, acceda a fallar en la forma en que lo hizo aun desconociendo la normativa vigente, omitiendo así el principio del Derecho "la ignorancia de la ley no sirve de excusa", que se enseña a todo estudiante en el primer año de la carrera y que está consagrado en el artículo 9° de la Ley 84 de 1873.

Al respecto, reviste gran el hecho de que el despacho desconoce su rol como Juez constitucional en la medida en que ignore deliberamente la naturaleza de los derechos fundamentales que pretende proteger en consideración al fallo de tutela.

En ese sentido, es fundamental hacer referencia a lo indicado por el La Honorable Corte Constitucional, en sentencia C-367 de 2014 con ponencia del Dr. Mauricio González Cuervo, frente a la configuración del desacato expresó lo siguiente:

> ***"(…) para que se configure el desacato se requiere, entre otras condiciones, demostrar la responsabilidad subjetiva (dolo o culpa) de la persona incumplida y el vínculo de causalidad entre ésta y el incumplimiento (…)"***
>
> ***En la misma providencia, respecto de la imposibilidad de acatar una orden judicial, la Corte Constitucional dijo:***
>
> ***"En algunos casos excepcionales, la conducta de incumplir no obedece a la voluntad de la persona llamada a cumplir con la providencia judicial, sino que responde a una situación de imposibilidad física y jurídica. No se trata de una imposibilidad formal o enunciada, sino de una imposibilidad real y probada (…)"***

Para el caso en concreto es completamente evidente que EPS Suramericana de seguros S.A se encuentra bajo estas circunstancias en la medida en que; primero, el usuario se encuentra bajo cobertura en otra EPS SURA y segundo, el despacho no ordenó dentro de lo estipulado en el fallo de tutela que SAVIA SALUD deba trasladar al usuario la cobertura las coberturas de las asistencias en salud a SURA, en sentido, es totalmente pertinente y necesario que su actual EPS sea quien asuma las órdenes.

Finalmente, solicitamos al despacho acceder a la solicitud de vinculación de SAVIA al trámite de tutela y en consecuencia ordenar al prestador a que informe sobre el actual estado de salud y sobre las atenciones médicas que se vienen materializando, pues como se pudo observar en las historias clínica aportadas por el usuario, el prestador Hospital General de Medellín viene realizando las atenciones de los servicios en debida forma, esto se puede identificar, señor juez, en el numeral 4 del auto que admite la medida provisional y adicionalmente en el folio 8 de los anexos referenciados en el trámite de afiliación de la tutela.

Así las cosas, EPS SURAMERICANA S.A. no ha incumplido el fallo de tutela ni ha incurrido en desacato a orden judicial por lo aquí expuesto, por lo que no resulta viable la continuación del presente trámite incidental.

FUNDAMENTO JURÍDICO Y JURISPRUDENCIAL

La Honorable Corte Constitucional, en sentencia C-367 de 2014 con ponencia del Dr. Mauricio González Cuervo, frente a la configuración del desacato expresó lo siguiente:

"(…) para que se configure el desacato se requiere, entre otras condiciones, demostrar la responsabilidad subjetiva (dolo o culpa) de la persona incumplida y el vínculo de causalidad entre ésta y el incumplimiento (…)"

En la misma providencia, respecto de la imposibilidad de acatar una orden judicial, la Corte Constitucional dijo:

"En algunos casos excepcionales, la conducta de incumplir no obedece a la voluntad de la persona llamada a cumplir con la providencia judicial, sino que responde a una situación de imposibilidad física y jurídica. No se trata de una imposibilidad formal o enunciada, sino de una imposibilidad real y probada (…)"

En igual sentido, la Corte Constitucional en sentencia T-216 de 2013, citando una providencia proferida por el Consejo de Estado el 2 de diciembre de 1997, adujo lo siguiente:

"(…) para que una obligación exista es necesario que sea física y jurídicamente posible, de manera que una persona no puede obligarse por un acto o declaración de voluntad a cumplir lo imposible y de la misma manera el juez no puede gravar al demandado, con una decisión judicial suya, a que cumpla un hecho o un acto materialmente imposible. (…)."

Al respecto, revista de gran trascendencia citar la sentencia de unificación N° 034 del 03 de mayo de 2018, con ponencia del Dr. Alberto Rojas Ríos, en la cual se estableció que el juez, en el momento de resolver un incidente de desacato, debe tomar en cuenta lo siguiente:

"(…) (i) la imposibilidad fáctica o jurídica de cumplimiento.
(ii) el contexto que rodea la ejecución de la orden impartida.
(iii) la presencia de un estado de cosas inconstitucional.
(iv) la complejidad de las órdenes.
(v) la capacidad funcional de la persona o institucional del órgano obligado para hacer efectivo lo dispuesto en el fallo.
(vi) la competencia funcional directa para la ejecución de las órdenes de amparo.
(vii) el plazo otorgado para su cumplimiento.

Por otro lado, entre los factores subjetivos el juez debe verificar circunstancias como:

(i) la responsabilidad subjetiva (dolo o culpa) del obligado.
(ii) si existió allanamiento a las órdenes.
(iii) si el obligado demostró acciones positivas orientadas al cumplimiento. (…)".

Es importante resaltar Señor Juez, que no es y nunca será la política de EPS SURAMERICANA S.A., en relación con la prestación de los servicios de salud, dilatar o generar molestias con respecto al cumplimiento de sus obligaciones, siempre y cuando asista razón contractual, legal y constitucional para cumplir con los mismos; de esta manera, los lineamientos y posturas frente a los usuarios, no pretenden y nunca pretenderán afectar su integridad física y psíquica.

DE LAS PRETENSIONES

Nos oponemos a todas y cada una de ellas y, por ende, con base en lo expuesto en los fundamentos de hecho y de derecho, le solicitamos muy amable y comedidamente al Despacho lo siguiente:

1. ABSTENERSE de iniciar incidente de desacato en contra de EPS SURAMERICANA S.A., por los hechos anteriormente expuestos.

2. En virtud de lo anterior, ARCHIVAR el presente trámite incidental en contra de EPS SURAMERICANA S.A., por las razones expresadas en el cuerpo de este escrito.

PRUEBAS Y ANEXOS

1. Certificado de existencia y representación legal de EPS SURAMERICANA S.A., el cual puede descargar en el siguiente enlace: https://www.segurossura.com.co/paginas/legal/certificados-existencia-y-representacion-compania.aspx
2. Información del sistema de Afiliaciones de EPS SURAMERICANA S.A...
3. Memorial informativo estructura EPS SURAMERICANA S.A..

NOTIFICACIONES

Las recibiré en el correo electrónico: notificacionesjudiciales@suramericana.com.co

Del señor Juez,

ANGELA MARIA BEDOYA MURILLO CC 43.757.987
Representante Legal Judicial de EPS SURAMERICANA S.A.

Señores
JUZGADO 002 DE FAMILIA DE ORALIDAD DE MEDELLIN - ANTIOQUIA
E. S. D.

REF. Memorial informativo estructura EPS SURAMERICANA S.A.
Accionante: FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES
Accionado: EPS SURA - 8000887022
Radicado: 2024-0113

Información sobre el funcionario encargado o funcionaria encargada del cumplimiento de fallos de tutela:

EPS SURAMERICANA S.A.. se encuentra dividida estructuralmente en cinco (5) regionales: Occidente, Eje Cafetero, Norte - Santanderes, Centro y Antioquia.

En el siguiente cuadro se pueden observar los representantes legales por regionales.

Representante Legal Regional	Cedula	Regional
Horacio Humberto Piedrahita Roldan	71.655.584	Antioquia
Ciro Gabriel Porto Salvat	8.795.138	Norte - Santanderes
Juan Camilo Monsalve Ruiz	1.098.714.409	Centro
Isabel Eugenia Valderrama Borja	66.703.448	Occidente
Maria Cristina Rodriguez castaño	24.348.638	Eje Cafetero

Es importante mencionar que, el superior jerárquico de los Gerentes Regionales es:

Representante Legal General	Cedula
Pablo Fernando Otero Ramon	91.249.330

Por último, se hace necesario indicar al Despacho, los Departamentos y/o Municipios que hacen parte de cada regional, tal y como se expone en el siguiente cuadro:

Regionales					
Regional Centro	**Regional Occidente**	**Eje Cafetero**	**Regional Norte - Santanderes**	**Regional Antioquia**	
Meta	Valle del Cauca	Quindío	Norte De Santander	Antioquia	
Huila	Pasto	Risaralda	Santander	Chocó	
Cundinamarca – Bogotá	Cauca	Caldas	Guajira		
Boyacá	Putumayo	Tolima	Cesar		
Arauca	Amazonas	Girardot	Magdalena		
Casanare		**Norte del Valle:** Alcalá Anserma Nuevo Argelia Caicedonia Cartago El Aguila El Cairo El Dobio La Unión La Victoria Obando Roldanillo Sevilla Toro Ulloa Versalles Zarzal	Sucre		
Vaupés			Bolívar		
Guainía			Córdoba		
Vichada			Atlántico		
Caquetá					
Guaviare					

Del señor Juez,

ANGELA MARIA BEDOYA MURILLO CC 43.757.987
Representante Legal Judicial de EPS SURAMERICANA S.A.

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	8154169
NOMBRES	FRANCISCO ANTONIO
APELLIDOS	ALVAREZ TORRES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
MUNICIPIO	BELLO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. "SAVIA SALUD EPS"	SUBSIDIADO	02/03/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	03/26/2024 13:17:57	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual

fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

RV: NOTIFICACION AUTO ORDENA REMITIR MEMORIAL 05001311000220240011301

Juzgado 02 Familia Circuito - Antioquia - Medellín <j02fctomed@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Lun 01/04/2024 10:14
Para:Raul Ivan Ramirez Ramirez <rramirer@cendoj.ramajudicial.gov.co>

2 archivos adjuntos (30 MB)
04MemorialAccionante.pdf; 06AutoOrdena Enviar MemorialAquo.pdf;

Memorial 2024-00113

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

JUZGADO 2 DE FAMILIA DE ORALIDAD DE MEDELLÍN
(4) 232 83 90
j02fctomed@cendoj.ramajudicial.gov.co
www.ramajudicial.gov.co
Cra 52 # 42-73, piso 3, oficina 302
Lun. a Vier. 8 am -12 m y 1 pm - 5 pm

Importante:

Las solicitudes y escritos enviados a este correo por fuera del horario laboral, se entienden recibidos al día hábil siguiente.

De: Secretaria Sala Familia Tribunal Superior - Seccional Medellín <secfamed@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Enviado: lunes, 1 de abril de 2024 10:10
Para: Juzgado 02 Familia Circuito - Antioquia - Medellín <j02fctomed@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Andres Mauricio Ruales Torres <arualest@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Asunto: NOTIFICACION AUTO ORDENA REMITIR MEMORIAL 05001311000220240011301

Buen día,

Cordial saludo,

Doctor
JESUS TIBERIO JARAMILLO ARBELAEZ
JUEZ SEGUNDO DE FAMILIA DE MEDELLIN

Señor
ANDRES MAURICIO RUALES TORRES
AGENTE OFICIOSO DEL SEÑOR
FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES

Radicado: 05001311000220240011301
Magistrada ponente: Dra. Luz Dary Sánchez Taborda

Notifico auto dictado el veintidós de marzo del corriente año, mediante el cual, se ordena remitir de manera inmediata el memorial que presentó el agente oficioso del accionante al Juzgado Segundo de Familia de Oralidad, con el fin de que inicie y lleve hasta su culminación el incidente de desacato a que haya lugar, ante la solicitud del tutelante (agente oficioso del afectado) de que se dé cabal cumplimiento al fallo de tutela.

Adjunto providencia que se les notifica y el escrito presentado por el señor Ruales.

FAVOR ACUSAR RECIBIDO, GRACIAS.

Atte.,
Paola Roldan O.
Escribiente

Importante: Todos los escritos y memoriales dirigidos a la Sala de Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín deben ser remitidos a la dirección electrónica: secfamed@cendoj.ramajudicial.gov.co, no a las de los despachos de los magistrados, por cuanto la secretaría es la encargada de anexarlos al expediente al que pertenecen y pasarlos a despacho.

Secretaría de la Sala de Familia
Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín
Medellín (Antioquia) | Rama Judicial

(4) 401 7883
secfamed@cendoj.ramajudicial.gov.co
https://tribunalmedellin.com/
Calle 14 # 48-32 - Piso 1, Horario de Atención, Lunes a Viernes 8am a 12 pm y 1pm a 5pm

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

TRIBUNAL SUPERIOR
Medellín

Referencia	**Proceso**	: Acción de Tutela
	Accionante	: Andrés Mauricio Ruales Torres Ag. Oficioso de Francisco Antonio Álvarez Torres
	Accionado	: E.P.S. SURA Y OTROS
	Asunto	: Envía memorial al juzgado de primera instancia
	Radicado	: 05001 31 10 002 2024 00113 01
	Ponente	: Dra. Luz Dary Sánchez Taborda.

DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN

TRIBUNAL SUPERIOR

SALA UNITARIA DE DECISIÓN DE FAMILIA

Medellín, veintidós de marzo de dos mil veinticuatro.

Del escrito presentado por el agente oficioso del accionante no se infiere que se esté peticionando una medida provisional, sino, por el contrario, que se cumpla con la orden impartida por el juez de primera instancia en la sentencia del 12 de marzo de 2024.

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto 2591 de 1991[1], cuando la autoridad obligada a cumplir un fallo, no realiza las acciones correspondientes para el cumplimiento del fallo de tutela, el juez que conoció del trámite de la acción de tutela en primera instancia tiene la competencia para asegurar su cumplimiento.

Asimismo, será posible que a través del trámite procesal de un incidente de desacato[2] el juez de conocimiento imponga las sanciones correspondientes.

De acuerdo con lo anterior, se ordena remitir de manera inmediata el memorial que presentó el agente oficioso del accionante al Juzgado Segundo de Familia de Oralidad, con el fin de que inicie y lleve hasta su culminación el incidente de desacato a que haya lugar, ante la solicitud del tutelante (agente oficioso del afectado) de que se dé cabal cumplimiento al fallo de tutela.

NOTIFÍQUESE este proveído por Secretaría por cualquier medio expedito conforme lo disponen los artículos 16 y 5º del Decreto 2591 de 1.991 y 306 de 1.992, respectivamente. Informando que contra lo aquí resuelto no cabe ningún recurso.

---

[1] *Ibídem.*
[2] Consultar sentencias T- 465 de 2005, T- 368 de 2005, T-188 de 2002 y Auto 136 A de 2002.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

LUZ DARY SÁNCHEZ TABORDA

Magistrada

Firmado Por:

Luz Dary Sanchez Taborda

Magistrado

Sala 005 De Familia

Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **4adf6c86d002d173e1ae1f56886be9e6667e004766f1646b315658565cf701b9**

Documento generado en 22/03/2024 04:55:14 p. m.

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica

2024-00113-01

Andres Mauricio Ruales Torres <arualest@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Vie 22/03/2024 9:17 AM

Para:Secretaria Sala Familia Tribunal Superior - Seccional Medellín <secfamed@cendoj.ramajudicial.gov.co>;Juzgado 02 Familia Circuito - Antioquia - Medellín <j02fctomed@cendoj.ramajudicial.gov.co>

8 archivos adjuntos (1 MB)

CertificadoAfiliacionARLSura.pdf; CamScanner 21-03-2024 20.37.pdf; CertificadoAfiliacionColpensiones.pdf; PronunciamientoyPeticionEspecial.pdf; HistoriaClinica (1).jpeg; HistoriaClinica (2).jpeg; HistoriaClinica (3).jpeg; WhatsApp Image 2024-03-08 at 1.07.22 AM.jpeg;

Buenos días,

Me permito remitir escrito a fin de que obre dentro del proceso que se encuentra en impugnación,

Cordialmente,

Andres Mauricio Ruales Torres

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

Señor
TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN, SALA DE FAMILIA
E. S. D.

REFERENCIA: PRONUNCIAMIENTO Y PETICIÓN ESPECIAL.

ACCIONANTE: ANDRÉS MAURICIO RUALES TORRES COMO AGENTE OFICIOSO DE MI PRIMO FRANCISCO ANTONIO ÁLVAREZ TORRES.
ACCIONADO: EPS-S SURA, EPS SURA, ARL SURA, ESE HOPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD, ADRES, ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGUÍ, LA SUPERINDENCIA DE SALUD Y SAVIA SALUD EPS-S.
RADICADO: 2024-00113-01

Andrés Mauricio Ruales Torres identificado con la cédula de ciudadanía número **1.020.424.210** expedida en **Bello**, obrando como agente oficioso de mi primo **Francisco Antonio Álvarez Torres,** identificado con la cédula de ciudadanía número **8.154.169**, me dirijo ante su despacho para poner de presente lo siguiente:

En virtud del escrito de impugnación presentado por parte de la hoy accionada EPS Sura, me permito indicar que no son de recibo sus argumentos, por cuanto mi primo Francisco Antonio venía presentando afiliación efectiva de tiempo atrás de manera continua e ininterrumpida y por más de un año, como se acredita en los registros históricos de afiliación que se encuentran en poder de la accionada (se invierte carga de la prueba), máxime que la accionada en su escrito lo acepta.

Ahora en cuanto a la afiliación a la EPS Savia Salud, se tiene que esta se originó en virtud del evento urgente derivado de un accidente laboral, el cual hoy en día es objeto de investigación, situación que motivo a los empleados del Hospital General de Medellín a proceder con la afiliación del hoy afectado a esa EPS del régimen subsidiado, tal y como fue expuesto por dicho Hospital en su contestación, y a efectos de proceder a brindarle las respectivas atenciones médicas por él requeridas, por cuanto era el debido proceso que se debía seguir en tratándose de emergencias médicas urgentes, como lo es el presente caso. Es por lo que no es de recibo lo manifestado por la EPS Sura, al indicar que el traslado fue peticionado por el mismo afectado, pues es ilógico y sus condiciones de salud no se lo permitían, ya que solo basta con una simple lectura de la historia clínica para determinar su incapacidad y delicado estado de salud para solicitar el traslado (ver historia clínica).

Seguidamente, el mismo día de la ocurrencia de los hechos, al igual que de la afiliación a la EPS Savia Salud por urgencia, esto es el 02 de marzo de 2024, se dio de igual manera la afiliación de mi primo a la EPS Sura en el régimen contributivo, a la ARL Sura y al Fondo de Pensiones Colpensiones, estas tres últimas fueron pagadas de manera conjunta (en Pila) siendo efectivos los pagos, al igual que las afiliaciones, tal y como fuera ilustrado por el Juez de primera instancia dentro del fallo de tutela y que en esta ocasión me permito traer a colación; así como también obra dentro del material probatorio que se adjunta al presente escrito (ver documentos adjuntos). Lo cual denota a todas luces que efectivamente mi primo se encuentra afiliado con éxito a la EPS Sura en el régimen contributivo con fecha de radicación efectiva del 04 de marzo de 2024, con fecha de ingreso del mismo día 04 de marzo de 2024 y que la novedad fue aplicada con éxito para el periodo de pago del 03/2024, pues así fue debidamente certificado por la parte accionada. Ya que el día de la ocurrencia de los hechos fue un sábado, es decir un día no hábil por

ello solo hasta el día 04 de marzo hogaño lo aplicó el sistema, pero cabe advertir, la radicación de la solicitud se presentó desde el mismo 02 de marzo de 2024.

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 5I_12696

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Ingreso

Afiliado	CC 8154169 FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES
Tipo de cotizante	57 Independiente Voluntario al sistema de Riesgos Laborales
Salario Base	$ 1,300,000
Fecha de ingreso	04/03/2024
Fecha de radicación	04/03/2024 10:45:29 a.m.
Codigo de Transacción	174550587

Resultado del Ingreso

Novedad aplicada con éxito El periodo de inicio de pago es03/2024

En cuanto al estado de salud de mi primo, en términos generales su salud empeora con el pasar del tiempo, el cuello ortopédico estabilizador tuvo que ser removido el día 20/03/2024 por cuanto estaba creando laceraciones en su mentón, cabeza y cuello, situación que afecta ostensiblemente su columna que como es bien sabido se encuentra fracturada; para el día de hoy 22/03/2024 debe ser intervenido quirúrgicamente, ya que se le debe de materializar una traqueotomía por cuanto los tubos respiratorios empezaron afectar su tráquea, lo que conllevaría a una infección y posteriormente una perdida de las cuerdas bucales; permanece gran parte del día sedado con medicamentos muy fuertes (Fentanilo entre otros), en pocos lapsos de tiempo debe de quitársele la sedación para que su organismo haga lo suyo y así evitar que sus órganos colapsen o simplemente dejen de funcionar, lo que ocasiona que al estar consiente experimente episodios fuertes que hacen que su presión arterial suba y baje, al igual que su ritmo cardiaco y la saturación, teniendo que ser sedado de nuevo. Estas son solo algunas cosas que puedo relatar, lo demás se encuentra contenido en la historia clínica y puede ser verificado de su parte (Ver historia Clínica anexa).

En conclusión: Se cumplen a cabalidad con los presupuestos Constitucionales para que de manera inmediata la EPS Sura cumpla con la orden que le fue dada por parte del Juez de Primera Instancia, pues (i) en aplicación al ***principio de la libre escogencia*** se tiene que mi primo llevaba mas de un año afiliado a la EPS Sura y que su traslado no obedeció a su propia voluntad, sino a un evento adverso de fuerza mayor y caso fortuito, además no fue él quien hizo la afiliación a Savia Salud EPS, debido a sus condiciones físicas y delicado estado de salud; y (ii) al ***principio de la condición más beneficiosa***, se tiene que lo más beneficioso para la efectiva prestación de los servicios en salud es que sea la EPS Sura quien asuma los mismos, por cuanto, por un lado la EPS Savia Salud se encuentra intervenida y por ende no existe garantía para la prestación efectiva de los servicios médicos en salud; y por otro lado, mi primo se encuentra inscrito a Sura EPS dentro del régimen contributivo y se encuentra activo al realizar el pago de la cotización, como ya quedó reseñado, por ende es el llamado a dar cumplimiento.

PETICIONES

PRIMERO: Se confirme el fallo de primera instancia en toda su integridad.

SEGUNDO: Se le ordene a Sura EPS, dar cabal cumplimiento a lo ordenado de manera **inmediata**, ya que con el pasar del tiempo se ve más comprometida la vida de mi primo.

Atentamente,

Andrés Mauricio Ruales Torres
C. C. **1.020.424.210** de **Bello-Antioquia**

ARL | sura

Medellín, 04 March 2024

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
CERTIFICA:

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de ARL SURA S.A. a la fecha 04/03/2024 11:34, con relación a la afiliación y cobertura de FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 8154169, afiliado en calidad de Trabajador Independiente Voluntario.

Fecha de Inicio de cobertura: 03/03/2024
Fecha de fin de cobertura:
Estado actual de la cobertura: EN COBERTURA
Código de ocupación: 7233
Descripción ocupación: Mecánicos y reparadores de máquinas agrícolas e industriales
Clase de riesgo: 3
Porcentaje de cotización: 2.436

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C81541692406441668

Atentamente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP:181.54.167.195,

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **8154169,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de marzo de 2024.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Powered by CamScanner

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6I_12690

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Ingreso

Afiliado	CC 8154169 FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES
Tipo de cotizante	57 Independiente Voluntario al sistema de Riesgos Laborales
Salario Base	$ 1,300,000
Fecha de ingreso	04/03/2024
Fecha de radicación	04/03/2024 10:45:29 a.m.
Código de Transacción	174550587

Resultado del Ingreso

Novedad aplicada con éxito El periodo de inicio de pago es03/2024

Powered by CamScanner

Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIOLOGIA	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO:	MI_AIS_IASO73F03
			VERSIÓN:	02
			FECHA:	22.12.2015

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

Lugar y Fecha: Medellin - 21.03.2024 10:30:14
Nombre del Procedimiento: TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA.
Nombre del Paciente FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES
Identificación 8154169 **N° Historia Clínica** 2116059
Representante Legal (si Aplica) **Identificación:**
Acompañante (si se cuenta con): **Identificación:**

Doy fe de que el profesional QUIÑONES PORTILLA, GUSTAVO ANDRES Anestesiólogo, me explicó que la anestesia es un proceso que conduce a la supresión del dolor y/o inconsciencia para permitir un procedimiento quirúrgico con los siguientes BENEFICIOS: . y que ademas hay varias modalidades de anestesia, entre otras: GENERAL, CONDUCTIVA, BLOQUEO DE NERVIOS y que la anestesia, como todo acto médico, tiene riesgos:

1. RIESGOS DE LA ANESTESIA GENERAL:
Para producir anestesia general se utilizan medicamentos por vía inhalatoria y/o intravenosa que pueden causar, entre otros: alergias, cambios de la presión arterial, disminución de la oxigenación y excepcionalmente paro cardiorespiratorio y la muerte. Otros riesgos durante la anestesia general son: pérdida o fractura de piezas dentarias, heridas en labios y lengua, recuerdo intraoperatorio, convulsiones (ataques), ronquera, hipertermia maligna, úlceras de córnea, trastornos del sueño, arritmia, infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, así como insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales.
2. RIESGOS DE LA ANESTESIA CONDUCTIVA:
Existen dos modalidades: raquidea y epidural. Pueden tener riesgo de infección en el sitio de aplicación (punción), edema (hinchazón), neuritis (inflamación de los nervios), reacciones alérgicas, sangrado, dolor de cabeza leve o severo, meningitis, convulsiones (ataques), lesión nerviosa con o sin parálisis de los miembros inferiores en forma transitoria o permanente, alteraciones de la presión arterial, alteración de la oxigenación y excepcionalmente paro cardiorespiratorio y la muerte, así como infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales, entre otros.
3. RIESGOS DE LA ANESTESIA CON BLOQUEOS DE NERVIO:
Reacciones alérgicas, infección en el sitio de aplicación (punción), lesión nerviosa con parálisis de la extremidad en forma transitoria o permanente, dolor crónico secundario a lesión nerviosa, lesión vascular, neumotórax (aire en el pulmón), complicaciones cardiopulmonares, convulsiones (ataques), infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, así como insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales y en raros casos la muerte, entre otros.

Adicionalmente se me explicó que la práctica médica, anestésica y quirúrgica no son ciencias exactas y que nadie puede dar garantía o promesa acerca de la administración de la anestesia o sus resultados. Al respecto se me dio informaron y una serie de aclaraciones sobre el acto anestésico, sus posibles riesgos, limitaciones y consecuencias, para que en uso de mis facultades y bajo plena libertad, autorice la anestesia durante el procedimiento quirúrgico TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA.

Sé me ha indicado que tanto la anestesia conductiva como los bloqueos de nervios, pueden producir bloqueos incompletos, por lo que sería necesario utilizar otro tipo de anestesia complementaria.

Se me advirtió que acorde con mis CONDICIONES ESPECÍFICAS DE SALUD, tendría los siguientes RIESGOS ANESTESICOS ADICIONALES INHERENTES: .(Sólo se diligencia cuando existen riesgos típicos para un paciente específico).

Se me advirtió que es necesario guardar 6 horas de ayuno antes de la cirugía, entendiendo que no debo comer o beber absolutamente nada (ni mascar chicle o confites), pues en la aplicación de la anestesia se puede presentar vómito y el contenido de residuos alimentarios irse al pulmón (fenómeno conocido como broncoaspiración) con severas complicaciones y riesgo alto para la vida.
Si soy usuaria de sexo femenino, entiendo que si existir la más mínima duda de embarazo, debo comunicarlo por el riesgo de aborto o malformaciones fetales

jefegineco

Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIOLOGIA	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO:	MI_AIS_IAS072F03
			VERSIÓN:	02
			FECHA:	22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

También se me advirtió que durante el curso de cualquier intervención se pueden presentar condiciones imprevistas que requieren una extensión del procedimiento o uno diferente al programado, o cambiar de técnica anestésica, necesidad de transfusión sanguínea o ser transferido a cuidados especiales o intensivos.

Declaro que he recibido suficiente información y me han resuelto las preguntas que he realizado, respecto a la naturaleza y propósito del procedimiento, sus alternativas terapéuticas, probabilidades de éxito, riesgos y complicaciones.

Conociendo y comprendiendo todos los riesgos, autorizo a los anestesiólogos asignados por EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN para suministrar la anestesia necesaria, de acuerdo con mis particulares condiciones, para el procedimiento programado para mí, en procura del restablecimiento de mi salud.

Tengo claro que el anestesiólogo que me atenderá el procedimiento podrá ser diferente a quien me da la explicación y que ambos son igualmente idóneos.

Autorizo a la Institución el uso de la información contenida en la historia clínica para fines académicos, investigativos, epidemiológicos y administrativos.

En constancia firmamos:

Paciente:	Representante Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)
Acompañante	Especialista

DISENTIMIENTO

En uso de mis facultades y de la libertad de tomar decisiones o autodeterminación que me asiste para efectos de autorizar o no la realización de cualquier intervención o procedimiento en mi cuerpo, dejo expresa constancia de que disiento del procedimiento ., cuya naturaleza, condiciones, riesgos, y alternativas me fueron explicados por el profesional QUIÑONES PORTILLA, GUSTAVO ANDRES

Paciente:	Representante Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)
Acompañante	Especialista

Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIOLOGIA	ATENCION INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO:	MI_AIS_IA8072F03
			VERSIÓN:	02
			FECHA:	22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

Lugar y Fecha: Medellin - 21 03 2024 10:30:14
Nombre del Procedimiento: TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA.
Nombre del Paciente: FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES
Identificación: 8154169 **N° Historia Clínica:** 2116059
Representante Legal (si Aplica): **Identificación:**
Acompañante (si se cuenta con): **Identificación:**

Doy fe de que el profesional QUIÑONES PORTILLA, GUSTAVO ANDRES Anestesiólogo, me explicó que la anestesia es un proceso que conduce a la supresión del dolor y/o inconsciencia para permitir un procedimiento quirúrgico con los siguientes BENEFICIOS: y que ademas hay varias modalidades de anestesia, entre otras: GENERAL, CONDUCTIVA, BLOQUEO DE NERVIOS y que la anestesia, como todo acto medico, tiene riesgos:

1. RIESGOS DE LA ANESTESIA GENERAL:
Para producir anestesia general se utilizan medicamentos por vía inhalatoria y/o intravenosa que pueden causar, entre otros: alergias, cambios de la presión arterial, disminución de la oxigenación y excepcionalmente paro cardiorespiratorio y la muerte. Otros riesgos durante la anestesia general son: pérdida o fractura de piezas dentarias, heridas en labios y lengua, recuerdo intraoperatorio, convulsiones (ataques), ronquera, hipertermia maligna, ulceras de cornea, trastornos del sueño, arritmia, infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, así como insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales.
2. RIESGOS DE LA ANESTESIA CONDUCTIVA:
Existen dos modalidades: raquidea y epidural. Pueden tener riesgo de infección en el sitio de aplicación (punción), edema (hinchazón), neuritis (inflamación de los nervios), reacciones alérgicas, sangrado, dolor de cabeza leve o severo, meningitis, convulsiones (ataques), lesión nerviosa con o sin parálisis de los miembros inferiores en forma transitoria o permanente, alteraciones de la presión arterial, alteración de la oxigenación y excepcionalmente paro cardiorespiratorio y la muerte, así como infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales, entre otros.
3. RIESGOS DE LA ANESTESIA CON BLOQUEOS DE NERVIO:
Reacciones alérgicas, infección en el sitio de aplicación (punción), lesión nerviosa con parálisis de la extremidad en forma transitoria o permanente, dolor crónico secundario a lesión nerviosa, lesión vascular, neumotorax (aire en el pulmón), complicaciones cardiopulmonares, convulsiones (ataques), infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, así como insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales y en raros casos la muerte, entre otros.

Adicionalmente se me explicó que la practica medica, anestésica y quirúrgica no son ciencias exactas y que nadie puede dar garantía o promesa acerca de la administración de la anestesia o sus resultados. Al respecto se me dio informaron y una serie de aclaraciones sobre el acto anestesico, sus posibles riesgos, limitaciones y consecuencias; para que en uso de mis facultades y bajo plena libertad, autorice la anestesia durante el procedimiento quirúrgico: TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA.

Se me ha indicado que tanto la anestesia conductiva como los bloqueos de nervios, pueden producir bloqueos incompletos, por lo que sería necesario utilizar otro tipo de anestesia complementaria.

Se me advirtió que acorde con mis CONDICIONES ESPECÍFICAS DE SALUD, tendría los siguientes RIESGOS ANESTESICOS ADICIONALES INHERENTES: (Sólo se diligencia cuando existen riesgos típicos para un paciente específico).

Se me advirtió que es necesario guardar 6 horas de ayuno antes de la cirugía, entendiendo que no debo comer o beber absolutamente nada (ni mascar chicle o confites), pues en la aplicación de la anestesia se puede presentar vómito y el contenido de residuos alimentarios irse al pulmón (fenómeno conocido como broncoaspiración) con severas complicaciones y riesgo alto para la vida.
Si soy usuaria de sexo femenino, entiendo que al existir la más mínima duda de embarazo, debo comunicarlo por el riesgo de aborto o malformaciones fetales.

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6I_1269014**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Ingreso

Afiliado	CC 8154169 FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES
Tipo de cotizante	57 Independiente Voluntario al sistema de Riesgos Laborales
Salario Base	$ 1,300,000
Fecha de ingreso	04/03/2024
Fecha de radicación	04/03/2024 10:45:29 a.m.
Código de Transaccion	174550587

Resultado del Ingreso

Novedad aplicada con exito El periodo de inicio de pago es03/2024

Fecha de generación 04/03/2024

REMISION DE HISTORIA CLINICA ACTUALIZADA 2024-00113-01

Andres Mauricio Ruales Torres <arualest@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Vie 22/03/2024 1:30 PM

Para:Secretaria Sala Familia Tribunal Superior - Seccional Medellín <secfamed@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC:Juzgado 02 Familia Circuito - Antioquia - Medellín <j02fctomed@cendoj.ramajudicial.gov.co>

1 archivos adjuntos (28 MB)
HISTORIA CLINICA FRANCISCO ALVAREZ.pdf;

Buenas Tardes

por medio de la presente me permito remitir historia clínica actualizada a fin de que sea tenida en cuenta dentro del respectivo tramite procesal que se adelanta,

muchas gracias,

Andres Mauricio Ruales Torres

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

Carrera 48 No 32 -102
Conmutador: 384 73 00
www.hgm.gov.co
Medellin , Colombia
Nit: 890 904 646 -7

Historia Clínica

Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Paciente : FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES
Fec. Nac. : 17.12.1973
Aseguradora : ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS
Admisión : 02.03.2024 13:34:13
Dirección : BELLO
Teléfono : 3002674880
Nombre Acompañante: ALVAREZ JOSE ALFREDO
Nombre persona responsable del usuario: ALVAREZ JOSE ALFREDO
Teléfono : 3002674880

Identificación : CC - 8154169
Edad/Sexo : 50 años / M
T. Vinculación : Subsidiado Nivel 2
Episodio: 2116059 **Cama**: CA-811

Teléfono : 3002674880

Parentesco : Otro

Nacido en Otra Institución : No
Motivo de Consulta : "SE CAYÓ DE UN TECHO"
Población especial : NO
Causa Externa : Otro Tipo de Accidente
Finalidad de la Consulta : No Aplica
Enfermedad Actual : PACIENTE DE 50 AÑOS, SOLTERO, SIN HIJOS, RESIDENTE EN MEDELLIN,BARRIO BUENO AIRES, MECANICO DE MAQUINARIA AMARILLA REFIERE. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS NO REFIERE QUIRURGICOS NO REFIERE TOXICOLOGICOS: 30 CIGARRILLOS AL DIA HACE 25 AÑOS,LICOR FRECUENTE. ALERGICO A LA PICADURA DE AVISPAS, NO REFIERE A MEDICAMENTOS. TRAIDO POR LOS BOMBEROS DE ITAGUI, NO FUE ACEPTADO EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGUI. REFIEREN QUE HACIA LAS 11:30 HORAS DE HOY 02/03/2024, MIENTRAS ARREGLABA UN TECHO, SUBIDO EN UNA ESCALERA DE APROXIMADAMENTE 2,5 METROS DE ALTURA, RESBALA Y CAE AL PARECER EN DECUBITO SUPINO, TIENE HEMATOMA OCCIPITAL, DOLOR EN EL CUELLO, PARESTESIAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, LIMITACION PARA LA MOVILIDAD DE LOS MIEMBROS INFERIORES, Y POCO CONTROL DE LOS MIEMBROS SUPERIORES, NO HUBO PERDIDAS DE LA CONCIENCIA. REFIERE SE ENCONTRABA TOMANDO CERVEZA Y AGUARDIENTE, HAY HALITOSIS ALCOHOLICA, PRESION EN SITIO DE ATENCIÓN 96/64, AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN 89/59

Revisión Por Sistemas

Sintomas generales :
f
Cabeza :
f
Órganos de los sentidos :
f
Garganta :
f
Cuello :
f
Cardiorrespiratorio :
f
Mamas :
f
Gastrointestinal :
f
Genitourinario :
f
Gineco-Obstétrico :
f
Venéreo :
f
Endocrino :
f
Locomotor :
f
Neuromuscular :
f
Neurosiquiatrico :
f
Piel y anexos :
f

Signos Vitales de Ingreso

Estado de Ingreso : Vivo

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Temperatura	: 36,0 °C	Peso	: 47,000	Kg	Per. Cef.	: 0,00
Presión Arterial : 88	/ 56 mm Hg	Talla	: 1,550	mtrs	Per. Abd.	: 0,00
Frec. Cardiaca	: 74 x min	IMC	: 19,56		SC (m2)	: 1,42
Frec. Respiratoria	: 20 x min	Sat con O2	: 0,00		Sat sin O2	: 89,00

Examen Físico

Estado de Conciencia : Alerta
Estado Respiratorio : Normal
Estado de Hidratación : Bien Hidratado
Estado General : Regular

Hallazgos Examen Físico Adultos

Cabeza : SE PALPA HEMATOMA OCCIPITAL, QUE NO LOGRO EXPLORAR MAS ESTRICTAMENTE POR INMOVILIZACION CERVICAL
Cara : SIN TRAUMAS EVIDENTES, MAL ESTADO DENTARIO
ORL : SIN TRAUMAS EVIDENTES
Cuello : REFIERE DOLOR CERVICAL RELATA PARESTESIAS EN BRAZOS Y PIERNAS
Tórax y Mamas : RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS,MURMULLO VESICULAR DE BUEN TONO E INTENSIDAD EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN RUIDOS PATOLOGICOS AGREGADOS
Abdomen : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO
Genitourinario : NO EVALUADO
Extremidad : SIN ALTERACIONES EVIDENTES, REFIERE IPOSIBILIDAD PARA MOVILIZAR MIEMBROS INFERIORES, POCO CONTROL DEL MOVIMIENTO DE LAS MANOS
Neurológico : PARAPLEJIA INSINUADA DE MIEMBROS INFERIORES,REFLEJOS PATELARES DISMINUIDOS.
SIN CONTROL CLARO DE MOVIMIENTOSDE LOS MIEMBROS SUPERIORES
Otros Hallazgos : NO EVALUADO
Med. Registra : VELEZ TUBERQUIA,LUIS GUILLERMO **Registro Med.** : 15047487
Especialidad : MEDICO

Análisis y Conducta

PACIENTE DE 50 AÑOS, CON CAIDA DE ALTURA DE 2,5 METROS, CON TRAUMA EN CABEZA Y CUELLO, CON PARAPLEJIA DE MIEMBROS INFERIORES Y DISMINUCION DEFUERZA DE MIEMBROS SUPERIORES, DOLOR CERVICAL, VIENE EN CAMILLA RIGIDA CON COLLAR CERVICAL, QUE NO SE RETIRA HASTA VERIFICAR AUSENCIA DE LESIONCERVICCAL O EN COLUMNA

Diagnósticos de Ingreso

02.03.2024 18:30:01 DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
T08X
FRACTURA DE LA COLUMNA VERTEBRAL, NIVELNO ESPECIFICADO

Otros diagnósticos

02.03.2024 14:38:12 VELEZ TUBERQUIA, LUIS GUILLERMO
T040
TRAUMATISMOS POR APLASTAMIENTO QUE AFECTAN LA CABEZA CON EL CUELLO
02.03.2024 19:05:23 DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
R578
OTRAS FORMAS DE CHOQUE
04.03.2024 13:49:44 Nutricionista GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
Y845
INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL
04.03.2024 13:49:44 Nutricionista GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
E440
DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA
12.03.2024 12:40:11 Nutricionista GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
R739
HIPERGLICEMIA, NO ESPECIFICADA
15.03.2024 15:21:53 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
F411
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Órdenes Clínicas

- 02.03.2024 14:39:53 VELEZ TUBERQUIA, LUIS GUILLERMO

"Este documento ha sido firmado electrónicamedteacuerdo a lo establecido en ele creto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

0000879205 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTO
Justificación : COLUMNA TOTAL
0000879201 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTO
Justificación : SIN CONTRASTE
0000879111 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

* 02.03.2024 14:55:56 VELEZ TUBERQUIA, LUIS GUILLERMO
0000879420 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS
Justificación : EMERGENTE SIN CREATININA
0000879301 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX
Justificación : TAC DE TORAX EMERGENTE SIN CREATININA
0000879205 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTO
Justificación : TAC DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL
0000879201 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTO

* 02.03.2024 16:05:47 VELEZ TUBERQUIA, LUIS GUILLERMO
0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC

* 02.03.2024 16:06:04 VELEZ TUBERQUIA, LUIS GUILLERMO
0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903856 NITRÓGENO UREICO

* 02.03.2024 17:56:16 DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
0008902052 PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
0003891031 INSERCION DE CATETER CENTRAL, VIA PERIFE
0000903883 GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]
0000895100 ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFI
0000893812 REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA
0000579401 INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESIC

* 02.03.2024 17:56:49 DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
0000890408 INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA

* 02.03.2024 18:28:42 DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
0000890473 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROC
Justificación : COLUMNA
0008904801 INTERCONSULTA MODULO DE COLUMNA

* 02.03.2024 18:29:19 DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
0000890480 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPE

* 02.03.2024 18:51:57 DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
0000903604 CALCIO IONICO
0000903111 ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
0000902213 HEMOGLOBINA
0000902211 HEMATOCRITO

* 02.03.2024 23:26:14 CARDONA JIMENEZ, SANTIAGO
0000890480 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPE

* 02.03.2024 23:26:54 CARDONA JIMENEZ, SANTIAGO
0000890435 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍ

* 03.03.2024 05:00:00 VIATELA HOYOS, GERMAN ANDRES
0000902220 RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO

* 03.03.2024 07:06:25 VIATELA HOYOS, GERMAN ANDRES
0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC

* 03.03.2024 07:06:35 VIATELA HOYOS, GERMAN ANDRES
0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS

* 03.03.2024 07:06:36 VIATELA HOYOS, GERMAN ANDRES
0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903856 NITRÓGENO UREICO

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

- 03.03.2024 07:06:51 VIATELA HOYOS, GERMAN ANDRES
  0000903111 ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 03.03.2024 13:28:20 BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  0000890443 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR
  0000890482 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRI
  0008904801 INTERCONSULTA MODULO DE COLUMNA
- 03.03.2024 13:35:54 BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  0000890410 INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA
- 03.03.2024 13:39:30 BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  0000890480 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPE
- 03.03.2024 13:46:16 BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  0000970100 SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO
  0000890406 INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA
- 03.03.2024 14:26:43 VASQUEZ CANO, BLANCA IRENE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 03.03.2024 14:46:10 MANOSALVA CORTES, EDGAR FABIAN
  0000998701 SOPORTE ANESTESICO PARA CONSULTA O APOYO
  Justificación : fractura de columna cervcial
  0000883220 RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA
  Justificación : con lesion medular completa
  0000883210 RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL
  Justificación : fractura de columna cervcial
- 03.03.2024 15:33:23 BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  0008870011 PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA
  0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE
- 03.03.2024 18:27:28 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0000931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
  0000890433 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍ
- 03.03.2024 18:32:47 VASQUEZ CANO, BLANCA IRENE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 03.03.2024 20:00:00 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0008870011 PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA
  0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE
- 04.03.2024 03:07:00 VELEZ HENAO, ANDREA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 04.03.2024 03:27:55 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 04.03.2024 03:30:37 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 04.03.2024 03:30:47 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0000903604 CALCIO IONICO
- 04.03.2024 03:43:00 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 04.03.2024 03:43:01 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
  0000903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
- 04.03.2024 03:43:21 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0000903867 TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPA
  0000903866 TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO

Powered by CamScanner

Historia Clínica

0000903821 CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK

- 04.03.2024 06:00:00 GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  0000902220 RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO
- 04.03.2024 07:22:56 PIEDRAHITA ZAPATA, CARLOS MARIO
  0008904801 INTERCONSULTA MODULO DE COLUMNA
- 04.03.2024 10:27:58 CARDENAS GONZALEZ, JUAN
  0000890408 INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
- 04.03.2024 10:29:21 CARDENAS GONZALEZ, JUAN
  0008870011 PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA
  0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE
- 04.03.2024 13:02:05 MUÑIZ PELAEZ, ISNIEL
  0000890426 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTE
- 04.03.2024 15:58:28 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 05.03.2024 00:16:09 AVILA MERA, JULIAN FELIPE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 05.03.2024 01:00:00 CARDENAS GONZALEZ, JUAN
  0000903111 ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
- 05.03.2024 04:06:00 CARDENAS GONZALEZ, JUAN
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 05.03.2024 04:06:59 CARDENAS GONZALEZ, JUAN
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 05.03.2024 04:12:12 CARDENAS GONZALEZ, JUAN
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 05.03.2024 09:12:12 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903111 ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
- 05.03.2024 15:32:16 SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  0000890408 INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
- 05.03.2024 16:42:27 VELEZ CADAVID, JUAN JOSE
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
- 05.03.2024 16:42:32 VELEZ CADAVID, JUAN JOSE
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
- 05.03.2024 16:42:37 VELEZ CADAVID, JUAN JOSE
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
- 05.03.2024 16:58:52 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE
  Justificación : Aspirado traqueal
  0000901107 COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER
  Justificación : Aspirado traqueal
- 05.03.2024 19:00:55 VELEZ HENAO, ANDREA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 06.03.2024 03:00:00 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000902220 RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO
- 06.03.2024 03:44:11 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 06.03.2024 03:44:12 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
- 06.03.2024 03:44:13 SOTO TORRES, RONALD ANDRES

Powered by CamScanner

Historia Clínica

0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS

- 06.03.2024 03:54:24 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 06.03.2024 04:02:08 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 06.03.2024 05:44:01 CANO LOPEZ, ANA MARIA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 06.03.2024 09:50:32 PABON MUÑETON, LUIS FELIPE
  0000332203 BRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONCOALVEOLAR
- 06.03.2024 13:41:02 SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  0000890408 INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
- 06.03.2024 16:54:55 VASQUEZ POSADA, CLAUDIA PATRICIA
  0008902052 PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
- 06.03.2024 18:02:30 RESTREPO MEJIA, WENDY
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 07.03.2024 03:57:05 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 07.03.2024 03:59:29 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 07.03.2024 04:00:00 PABON MUÑETON, LUIS FELIPE
  0008870011 PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA
  0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE
- 07.03.2024 04:04:45 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903813 CLORO
- 07.03.2024 04:04:54 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
- 07.03.2024 04:05:09 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000902220 RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO
- 07.03.2024 04:33:36 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903604 CALCIO IONICO
- 07.03.2024 06:35:01 VELEZ HENAO, ANDREA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 07.03.2024 13:02:02 SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  0000890408 INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
  0000890408 INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
- 07.03.2024 14:38:17 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 07.03.2024 16:57:46 VASQUEZ POSADA, CLAUDIA PATRICIA
  0008902052 PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
- 07.03.2024 17:14:35 ARDILA CASTELLANOS, HUGO RICARDO
  0000908873 Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIO
  Justificación : LBA
- 07.03.2024 17:14:46 ARDILA CASTELLANOS, HUGO RICARDO
  0000901101 BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RE
  Justificación : BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE
  0000901305 EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]
  Justificación : LBA

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

- 07.03.2024 17:14:56 ARDILA CASTELLANOS, HUGO RICARDO
  0000901230 MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO AUTOM
  Justificación : LBA
- 07.03.2024 17:15:06 ARDILA CASTELLANOS, HUGO RICARDO
  0000901107 COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER
  Justificación : LBA
- 07.03.2024 17:15:11 ARDILA CASTELLANOS, HUGO RICARDO
  0000901212 CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA
  Justificación : LBA
  0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE
  Justificación : LBA
- 08.03.2024 01:44:38 RESTREPO MEJIA, WENDY
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 08.03.2024 04:18:35 HERNANDEZ JARAMILLO, ANDRES FELIPE
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 08.03.2024 04:28:24 HERNANDEZ JARAMILLO, ANDRES FELIPE
  0000903813 CLORO
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 08.03.2024 04:28:25 HERNANDEZ JARAMILLO, ANDRES FELIPE
  0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
  0000903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 08.03.2024 04:40:50 HERNANDEZ JARAMILLO, ANDRES FELIPE
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 08.03.2024 10:46:18 SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  0000890408 INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
- 08.03.2024 16:24:52 VASQUEZ POSADA, CLAUDIA PATRICIA
  0008902052 PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
- 08.03.2024 17:00:31 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 09.03.2024 02:10:40 MUÑOZ BOLAÑOS, MAURICIO JOSE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 09.03.2024 03:47:54 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 09.03.2024 03:55:54 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 09.03.2024 03:56:00 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903604 CALCIO IONICO
- 09.03.2024 03:56:15 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
- 09.03.2024 03:56:20 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 09.03.2024 03:57:49 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903835 FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 09.03.2024 08:57:39 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903111 ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
  0000902220 RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO
- 09.03.2024 17:44:47 CANO LOPEZ, ANA MARIA

Powered by CamScanner

Historia Clínica

0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

- 10.03.2024 03:40:07 QUINTERO RAMIREZ, FELIPE
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 10.03.2024 03:43:37 QUINTERO RAMIREZ, FELIPE
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 10.03.2024 03:47:29 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 10.03.2024 04:00:00 QUINTERO RAMIREZ, FELIPE
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
- 10.03.2024 17:30:54 MUÑOZ BOLAÑOS, MAURICIO JOSE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 11.03.2024 02:44:22 CANO LOPEZ, ANA MARIA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 11.03.2024 04:25:04 JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 11.03.2024 04:26:02 JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 11.03.2024 04:26:40 JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
  0000903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903813 CLORO
- 11.03.2024 04:26:41 JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO
  0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 11.03.2024 16:31:58 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 12.03.2024 01:29:56 MUÑOZ BOLAÑOS, MAURICIO JOSE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 12.03.2024 04:08:20 GARCIA PEÑUELA, EDWAR JAVIER
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 12.03.2024 04:36:55 GARCIA PEÑUELA, EDWAR JAVIER
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 12.03.2024 04:41:29 GARCIA PEÑUELA, EDWAR JAVIER
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903603 CALCIO AUTOMATIZADO
- 12.03.2024 10:37:42 GARCIA PEÑUELA, EDWAR JAVIER
  0000903111 ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
  0000903835 FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
- 12.03.2024 12:46:30 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  0000879420 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS
  Justificación : CONTRASTADO
  0000879301 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX
  Justificación : TAC DE TORAX CONTRASTADO

Powered by CamScanner

Historia Clínica

*	12.03.2024	12:47:46 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
	0000579401	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESIC
	Justificación	: INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)
*	12.03.2024	13:05:28 OSPINA LOPEZ, BLANCA ELVIA
	0008902052	PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
*	12.03.2024	15:04:16 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
	0000901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN M
	0000901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER
	Justificación	: COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
*	12.03.2024	15:45:21 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
	0000939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
*	12.03.2024	18:30:54 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
	0000901221	HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
*	12.03.2024	18:31:05 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
	0000901221	HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
*	13.03.2024	05:50:08 MUÑOZ BOLAÑOS, MAURICIO JOSE
	0000939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
*	13.03.2024	07:04:38 VARGAS OVALLE, JOSE LUIS
	0000903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
*	13.03.2024	07:09:04 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
	0000902227	HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
*	13.03.2024	07:14:55 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
	0000906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
	0000903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
	0000903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
	0000903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
	0000903856	NITRÓGENO UREICO
	0000903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
	0000903813	CLORO
*	13.03.2024	08:33:42 GONZALEZ ARROYAVE, LINA
	0000901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER
	Justificación	: COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
	0000901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE
*	13.03.2024	10:27:34 PAI GALLEGO, CRISTHIAN FELIPE
	0000939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
*	13.03.2024	23:31:05 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
	0000939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
*	14.03.2024	06:36:12 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
	0000902227	HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
*	14.03.2024	06:47:34 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
	0000903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
*	14.03.2024	14:05:56 RESTREPO MEJIA, WENDY
	0000939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
*	14.03.2024	19:05:16 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
	0000906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
*	15.03.2024	04:00:00 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
	0000902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO
*	15.03.2024	04:10:39 PAI GALLEGO, CRISTHIAN FELIPE
	0000939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
*	15.03.2024	06:29:38 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
	0000902227	HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
*	15.03.2024	06:32:41 SOTO TORRES, RONALD ANDRES

Powered by CamScanner

0000903604 CALCIO IONICO

- 15.03.2024 06:36:55 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903813 CLORO
- 15.03.2024 06:36:56 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 15.03.2024 13:53:25 VASQUEZ POSADA, CLAUDIA PATRICIA
  0008902052 PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
- 15.03.2024 15:13:24 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0008904801 INTERCONSULTA MODULO DE COLUMNA
- 15.03.2024 17:15:15 SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 16.03.2024 00:57:28 RESTREPO MEJIA, WENDY
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 16.03.2024 06:46:16 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 16.03.2024 07:05:40 PIEDRAHITA ZAPATA, CARLOS MARIO
  0008904801 INTERCONSULTA MODULO DE COLUMNA
- 16.03.2024 09:13:55 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0008870011 PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA
  0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE
- 16.03.2024 15:16:57 PAI GALLEGO, CRISTHIAN FELIPE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 17.03.2024 03:55:16 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 17.03.2024 03:55:19 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 17.03.2024 03:55:37 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 17.03.2024 03:58:12 BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 17.03.2024 05:23:29 CANO LOPEZ, ANA MARIA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 17.03.2024 12:15:18 PAI GALLEGO, CRISTHIAN FELIPE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 18.03.2024 01:52:53 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 18.03.2024 03:48:00 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 18.03.2024 03:55:38 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 18.03.2024 10:10:49 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000879301 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX
  Justificación : TAC DE TORAX CONTRASTADO
- 18.03.2024 13:52:53 VASQUEZ POSADA, CLAUDIA PATRICIA
  0008902052 PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
- 18.03.2024 13:57:49 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000345001 TORACENTESIS DIAGNOSTICA

Powered by CamScanner

Historia Clínica

0000345002 TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA
0000881211 ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)
Justificación : ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)
0000881211 ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)
Justificación : ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)
0000881701 ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS
Justificación : ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS
0000881701 ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS
Justificación : ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS
0008870011 PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA

- 18.03.2024 16:11:30 SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  0000890408 INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
- 18.03.2024 18:07:06 CANO LOPEZ, ANA MARIA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 19.03.2024 04:08:47 PAI GALLEGO, CRISTHIAN FELIPE
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 19.03.2024 04:32:42 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 19.03.2024 04:38:38 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
  0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903856 NITRÓGENO UREICO
  0000903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903813 CLORO
- 19.03.2024 04:38:39 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 19.03.2024 04:46:51 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 19.03.2024 04:47:02 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000903604 CALCIO IONICO
- 19.03.2024 05:00:00 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000903111 ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
- 19.03.2024 17:48:30 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 19.03.2024 20:03:06 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0008904801 INTERCONSULTA MODULO DE COLUMNA
- 20.03.2024 04:03:26 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000903111 ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
- 20.03.2024 05:31:34 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 20.03.2024 05:33:11 CANO LOPEZ, ANA MARIA
  0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 20.03.2024 05:40:13 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 20.03.2024 06:00:50 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
  0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
- 20.03.2024 08:51:28 MARIN GOMEZ, JULIANA
  0000890443 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR
- 20.03.2024 10:44:11 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  0000903863 PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUID
  0000903852 LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍ

Powered by CamScanner

Historia Clínica

0000903828 DESHIDROGENASA LÁCTICA

- 20.03.2024 10:46:02 NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  - 0000903401 ADENOSIN DEAMINASA [ADA]
  - 0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE
  - 0000901107 COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER
- 20.03.2024 12:43:18 ARENAS OCHOA, LUISA FERNANDA
  - 0008905021 PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA CUIDADOS P
  - 0000890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M
- 20.03.2024 13:37:55 SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  - 0000890408 INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA
- 20.03.2024 13:56:47 ARENAS OCHOA, LUISA FERNANDA
  - 0000890443 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR
- 20.03.2024 15:50:27 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  - 0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 20.03.2024 16:42:07 MARIN GOMEZ, JULIANA
  - 0000931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
- 20.03.2024 18:21:10 VASQUEZ POSADA, CLAUDIA PATRICIA
  - 0008902052 PROGRAMA TU PIEL MI PIEL (CONSULTA DE PR
- 20.03.2024 18:48:09 MARIN GOMEZ, JULIANA
  - 0000890426 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTE
- 20.03.2024 19:05:51 MARIN GOMEZ, JULIANA
  - 0000890426 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTE
- 20.03.2024 19:45:28 MARIN GOMEZ, JULIANA
  - 0000890482 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRI
- 21.03.2024 04:19:32 MARIN GOMEZ, JULIANA
  - 0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 21.03.2024 04:28:13 MARIN GOMEZ, JULIANA
  - 0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
  - 0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  - 0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  - 0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  - 0000903856 NITRÓGENO UREICO
  - 0000903813 CLORO
- 21.03.2024 05:02:48 MARIN GOMEZ, JULIANA
  - 0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 21.03.2024 07:07:22 VELEZ HENAO, ANDREA
  - 0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 21.03.2024 10:21:54 QUIÑONES PORTILLA, GUSTAVO ANDRES
  - 0000890426 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTE
- 21.03.2024 11:22:01 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  - 0000890426 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTE
- 21.03.2024 18:47:39 CANO LOPEZ, ANA MARIA
  - 0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 22.03.2024 02:44:57 RAMIREZ MAYA, CAROLINA
  - 0000939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
- 22.03.2024 04:10:58 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  - 0000906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM
  - 0000903034 OSMOLARIDAD EN SUERO
- 22.03.2024 04:11:01 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  - 0000903603 CALCIO AUTOMATIZADO
  - 0000903856 NITRÓGENO UREICO
  - 0000903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Powered by CamScanner

Historia Clínica

0000903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
0000903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

- 22.03.2024 04:11:02 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
  0000903813 CLORO
- 22.03.2024 04:11:40 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000903835 FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- 22.03.2024 04:14:12 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
  0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
- 22.03.2024 04:18:23 CALVO INFANTE, ROBERTO FABIO
  0000902227 HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO REC
- 22.03.2024 04:21:57 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC
- 22.03.2024 09:39:37 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0008870011 PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA
  0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE
- 22.03.2024 09:48:06 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0000901236 UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN M
  Justificación : por recambio
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
  Justificación : HMC perifericos x 4 (incluyendo anaerobios) - Retr
  0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE
  Justificación : Aspirado traqueal.
- 22.03.2024 09:48:13 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
  Justificación : HMC perifericos x 4 (incluyendo anaerobios) - Retr
- 22.03.2024 09:48:16 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
  Justificación : HMC perifericos x 4 (incluyendo anaerobios) - Retr
- 22.03.2024 09:48:19 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
  Justificación : HMC perifericos x 4 (incluyendo anaerobios) - Retr
- 22.03.2024 09:48:22 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
  Justificación : HMC perifericos x 4 (incluyendo anaerobios) - Retr
- 22.03.2024 09:48:26 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
  Justificación : HMC perifericos x 4 (incluyendo anaerobios) - Retr
- 22.03.2024 09:48:29 JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
  0000901221 HEMOCUL TIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA M
  Justificación : HMC perifericos x 4 (incluyendo anaerobios) - Retr
- 22.03.2024 11:23:01 MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  0000902220 RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO

Ordenes Clínicas de Cirugía

- 20.03.2024 16:32:08 MANOSALVA CORTES, EDGAR FABIAN
  0000810202 ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO TEC
  Justificación :
  0000779943 VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL UN SEGMENT
  Justificación :
  0000780931 INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA
  Justificación :
- 22.03.2024 15:00:00 SIERRA JARAMILLO, JULIAN ANDRES
  0000311301 TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Justificación :

Indicaciones

- 02.03.2024 18:52: DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE
  Tipo de Indicación : TRASLADO **Clase Indicación** : A.HOSPITALIZACIÓN EN UCI
  Indicación :
  Tipo de Indicación : SIGNOS VITALES **Clase Indicación** : MONITOREO CONTINUO
  Indicación :
  Tipo de Indicación : OXIGENO **Clase Indicación** : CÁNULA NASAL
  Indicación :
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : NADA VIA ORAL
  Indicación :
- 03.03.2024 13:28: BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : LICUADA
  Indicación : SUPRAGLOTICA Y AVANZAR A TOLERANCIA
  Tipo de Indicación : TRASLADO **Clase Indicación** : A.HOSPITALIZACIÓN EN UCE
  Indicación :
- 03.03.2024 18:58: NUTRICIONISTA RESTREPO CARDONA, BEATRIZ ELENA
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : TERAPIA NUTRICIONAL ARTIFICIAL
  Indicación : Iniciar nutrición enteral con formula hipercalorica/hirproteica+HMB por sonda orogastrica a 20-40-55 ml/hora según tolerancia.
- 04.03.2024 13:47: NUTRICIONISTA GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : TERAPIA NUTRICIONAL ARTIFICIAL
  Indicación : Iniciar nutricion enteral a infusion continua 29 ml/h para 24 horas *CLINICAL
- 05.03.2024 13:18: NUTRICIONISTA GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : NADA VIA ORAL
  Indicación :
- 06.03.2024 13:02: NUTRICIONISTA GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : TERAPIA NUTRICIONAL ARTIFICIAL
  Indicación : De acuerdo a titulacion de vasopresor Iniciar nutricion enteral a infusion continua 29 ml/h para 24 horas
- 07.03.2024 14:18: NUTRICIONISTA GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : TERAPIA NUTRICIONAL ARTIFICIAL
  Indicación : Iniciar nutricion enteral a infusion continua 29 ml/h para 24 horas
- 11.03.2024 13:31: NUTRICIONISTA GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : TERAPIA NUTRICIONAL ARTIFICIAL
  Indicación : Nutricion enteral a infusion continua 41 ml/h para 24 horas
- 12.03.2024 12:38: NUTRICIONISTA GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : TERAPIA NUTRICIONAL ARTIFICIAL
  Indicación : Nutricion enteral a infusion continua 41 ml/h para 24 horas *GLUCERNA
- 20.03.2024 13:28: NUTRICIONISTA GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY
  Tipo de Indicación : DIETA **Clase Indicación** : TERAPIA NUTRICIONAL ARTIFICIAL
  Indicación : Nutricion enteral a infusion continua 54 ml/h para 24 horas *GLUCERNA

Medicamentos

DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE

- 02.03.2024 18:50:00
  Medicamento : SODIO CLORURO 0.9% X 1000ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 1000 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
  Medicamento : SODIO CLORURO 0.9% X 1000ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 1000 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
  Medicamento : NOREPINEFRINA 4MG/4ML INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 8 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 12 Horas
  Medicamento : NOREPINEFRINA 4MG/4ML INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 8 MG

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE

- 02.03.2024 18:55:00
  Medicamento : OMEPRAZOL 40MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 40 MG
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 24 Horas
  Medicamento : OMEPRAZOL 40MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 40 MG
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 24 Horas

DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE

- 02.03.2024 18:56:00
  Medicamento : JPL MORFINA 3MG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 3ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 3 MG
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 4 Horas
  Medicamento : JPL MORFINA 3MG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 3ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 3 MG
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 4 Horas
  Medicamento : DIPIRONA SODICA 0.5GR/ML X 2ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 1 GR
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 6 Horas
  Medicamento : DIPIRONA SODICA 0.5GR/ML X 2ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 1 GR
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : DICLOFENAC 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 75 MG
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
  Medicamento : DICLOFENAC 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 75 MG
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas

DUQUE SIERRA, LUIS FELIPE

- 02.03.2024 18:58:00
  Medicamento : SODIO CLORURO 0.9% X 1000ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 125 ML
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas
  Medicamento : SODIO CLORURO 0.9% X 1000ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 125 ML
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas

PRADA ANTIA, ALEXANDER

- 03.03.2024 05:19:00
  Medicamento : SOLUCION LACTATO RINGER X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 80 ML
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas
  Medicamento : SOLUCION LACTATO RINGER X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 70 ML
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas

BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA

- 03.03.2024 13:21:00
  Medicamento : IPRATROPIO BROMURO 20MCG/PUF X 200PUF FRASCO
  Presentación : INHALADOR NASAL U ORAL Dosis : 4 PUF
  Vía Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : IPRATROPIO BROMURO 20MCG/PUF X 200PUF FRASCO
  Presentación : INHALADOR NASAL U ORAL Dosis : 4 PUF
  Vía Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : SALBUTAMOL 100MCG/PUF INH X 200PUF FRASCO
  Presentación : INHALADOR NASAL U ORAL Dosis : 4 PUF
  Vía Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 6 Horas
  Medicamento : SALBUTAMOL 100MCG/PUF INH X 200PUF FRASCO
  Presentación : INHALADOR NASAL U ORAL Dosis : 4 PUF
  Vía Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 6 Horas
  Medicamento : ACETAMINOFEN 500MG TABLETA

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI **Dosis** : 1000 MG
Via Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 8 Horas
Medicamento : ACETAMINOFEN 500MG TABLETA
Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI **Dosis** : 1000 MG
Via Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 8 Horas
Medicamento : PREGABALINA 75MG CAPSULA
Presentación : CAPSULAS DE LIBERACION NO MODI **Dosis** : 75 MG
Via Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 12 Horas
Medicamento : PREGABALINA 75MG CAPSULA
Presentación : CAPSULAS DE LIBERACION NO MODI **Dosis** : 75 MG
Via Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 12 Horas
BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA

- 03.03.2024 17:13:00
Medicamento : doPAmina HCL 200MG/5ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 400 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
Medicamento : doPAmina HCL 200MG/5ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 200 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA

- 03.03.2024 17:26:00
Medicamento : SULFATO DE MAGNESIO 20% X 10ML INY
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 20 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Unica
Medicamento : hidroCORTISONA 100MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE **Dosis** : 100 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Unica
GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA

- 03.03.2024 18:21:00
Medicamento : NOREPINEFRINA 4MG/4ML INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 8 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 6 Horas
Medicamento : NOREPINEFRINA 4MG/4ML INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 8 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 4 Horas
Medicamento : DIL MIDAZOLAM 60MG EN SOLUCION SALINA 0.9% cap 60ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 180 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Infusión Continua
Medicamento : DIL MIDAZOLAM 60MG EN SOLUCION SALINA 0.9% cap 60ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 300 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Infusión Continua
GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA

- 03.03.2024 18:22:00
Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% cap 100ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 360 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Infusión Continua
Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% cap 100ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 600 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Infusión Continua
GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA

- 03.03.2024 18:24:00
Medicamento : DEXTROSA 5% X 250ML BOLSA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 250 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 6 Horas
Medicamento : DEXTROSA 5% X 250ML BOLSA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 250 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 6 Horas
GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA

- 03.03.2024 18:25:00
Medicamento : ROCURONIO BROMURO 50MG/5ML SLN INYECTABLE

CS CamScanner Powered by

Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 50 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
Medicamento : ROCURONIO BROMURO 50MG/5ML SLN INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 50 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA

- 03.03.2024 18:38:00
Medicamento : VECURONIO BROMURO 10MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 20 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
Medicamento : VECURONIO BROMURO 10MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 20 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
Nutricionista RESTREPO CARDONA, BEATRIZ ELENA

- 03.03.2024 18:59:00
Medicamento : FORMULA POLIM/HIPERPR 1.5KCal/ml LPCx500ml CLINICAL
Presentación : SOLUCIÓN ORAL Dosis : 500 ML
Via Adm. : VIA NASOGASTRICA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : FORMULA POLIM/HIPERPR 1.5KCal/ml LPCx500ml CLINICAL
Presentación : SOLUCIÓN ORAL Dosis : 500 ML
Via Adm. : VIA NASOGASTRICA Frecuencia : Cada 8 Horas
GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA

- 03.03.2024 19:39:00
Medicamento : DEXTROSA 10% X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 10 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas
Medicamento : DEXTROSA 10% X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 10 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 1 Horas
CARDENAS GONZALEZ, JUAN

- 04.03.2024 08:55:00
Medicamento : DICLOFENAC 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 75 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
Medicamento : DICLOFENAC 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 75 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
CARDENAS GONZALEZ, JUAN

- 04.03.2024 08:58:00
Medicamento : DALTEPARINA 5.000UI/0.2ML JERINGA PRELLENA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 5000 UI
Via Adm. : VIA SUBCUTANEA Frecuencia : Cada 24 Horas
CARDENAS GONZALEZ, JUAN

- 04.03.2024 15:47:00
Medicamento : VASOPRESINA 20UI/1ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 20 UI
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : VASOPRESINA 20UI/1ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 20 UI
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
CARDENAS GONZALEZ, JUAN

- 04.03.2024 22:57:00
Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 1500 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Infusión Continua
Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 900 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Infusión Continua

Powered by CamScanner

Historia Clínica

CARDENAS GONZALEZ, JUAN

- 04.03.2024 22:58:00
  Medicamento : DL MIDAZOLAM 60MG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 60ML
  Presentación : SOLUCION INYECTABLE **Dosis** : : [illegible] ML
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : : Infusión Continua
  Medicamento : DL MIDAZOLAM 60MG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 60ML
  Presentación : SOLUCION INYECTABLE **Dosis** : : [illegible] ML
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : : Infusión Continua

BECERRA RODRIGUEZ, JULIETH NAZARY

- 05.03.2024 07:20:00
  Medicamento : DL JPL FENTANILO 100MCG/2ML
  Presentación : SOLUCION INYECTABLE **Dosis** : : 1 ML
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : : Infusión Continua
  Medicamento : DL JPL MIDAZOLAM 3MG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 3ML
  Presentación : SOLUCION INYECTABLE **Dosis** : : 1 ML
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : : Infusión Continua

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 05.03.2024 08:38:00
  Medicamento : NOREPINEFRINA 4MG/4ML INYECTABLE
  Presentación : SOLUCION INYECTABLE **Dosis** : : 16 MG
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : : Cada 4 Horas
  Medicamento : NOREPINEFRINA 4MG/4ML INYECTABLE
  Presentación : SOLUCION INYECTABLE **Dosis** : : 16 MG
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : : Cada 4 Horas

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 05.03.2024 08:41:00
  Medicamento : hidrocORTISONA 100MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE **Dosis** : : 100 MG
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : : Cada 8 Horas
  Medicamento : hidrocORTISONA 100MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE **Dosis** : : 100 MG
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : : Cada 8 Horas

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 05.03.2024 09:08:00
  Medicamento : DIPIRONA SODICA 0.5GR/ML X 2ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCION INYECTABLE **Dosis** : : 1 GR
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : : Cada 8 Horas
  Medicamento : DIPIRONA SODICA 0.5GR/ML X 2ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCION INYECTABLE **Dosis** : : 1 GR
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : : Cada 8 Horas
  Medicamento : AMPICILINA SULBACTAM 1.5G POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE **Dosis** : : 3 GR
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : : Cada 6 Horas
  Medicamento : AMPICILINA SULBACTAM 1.5G POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE **Dosis** : : 3 GR
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : : Cada 6 Horas

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 05.03.2024 09:34:00
  Medicamento : TIAMINA 100MG/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCION INYECTABLE **Dosis** : : 300 MG
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : : Cada 8 Horas
  Medicamento : TIAMINA 100MG/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCION INYECTABLE **Dosis** : : 300 MG
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : : Cada 8 Horas

PABON MUÑETON, LUIS FELIPE

- 06.03.2024 07:55:00
  Medicamento : DL CLORURO DE potasio 10ML + 110ML SSN 0.9%
  Presentación : SOLUCION INYECTABLE **Dosis** : : 20 ME
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : : Dosis Unica

Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 10ML + 110ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
Dosis : 20 ME
Frecuencia : Dosis Única

HERNANDEZ JARAMILLO, ANDRES FELIPE

- 07.03.2024 12:12:00
  Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 900 ML
  Frecuencia : Infusión Continua
  Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 5950 ML
  Frecuencia : Infusión Continua

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 08.03.2024 08:35:00
  Medicamento : ACETAMINOFEN 500MG TABLETA
  Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI
  Via Adm. : VIA ORAL
  Dosis : 1000 MG
  Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : DEXTROSA 5% X 250ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 250 ML
  Frecuencia : Cada 6 Horas
  Medicamento : DEXTROSA 5% X 250ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 250 ML
  Frecuencia : Cada 6 Horas

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 08.03.2024 08:37:00
  Medicamento : DICLOFENAC 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Via Adm. : VIA INTRAMUSCULAR
  Dosis : 75 MG
  Frecuencia : Cada 12 Horas
  Medicamento : DICLOFENAC 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Via Adm. : VIA INTRAMUSCULAR
  Dosis : 75 MG
  Frecuencia : Cada 12 Horas
  Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 40 MG
  Frecuencia : Dosis Única
  Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 40 MG
  Frecuencia : Dosis Única

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 08.03.2024 08:51:00
  Medicamento : SOLUCION LACTATO RINGER X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 500 ML
  Frecuencia : Dosis Única
  Medicamento : SOLUCION LACTATO RINGER X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 500 ML
  Frecuencia : Dosis Única

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 08.03.2024 09:18:00
  Medicamento : INSULINA glULISIna 100UI/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Via Adm. : VIA SUBCUTANEA
  Dosis : 5 UI
  Frecuencia : Cada 4 Horas
  Medicamento : INSULINA glULISIna 100UI/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Via Adm. : VIA SUBCUTANEA
  Dosis : 5 UI
  Frecuencia : Cada 4 Horas

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 08.03.2024 18:37:00
  Medicamento : KETOROLACO 30MG/1ML I.M/I.V SLN INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 30 MG
  Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : KETOROLACO 30MG/1ML I.M/I.V SLN INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 30 MG
  Frecuencia : Cada 8 Horas

Powered by CamScanner

Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 250 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 250 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 09.03.2024 05:52:00
Medicamento : DIL GLUCONATO DE CALCIO 10ML (1.000MG) + 110ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 120 ML
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : DIL GLUCONATO DE CALCIO 10ML (1.000MG) + 110ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 120 ML
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 260ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ME
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 260ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ME
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
QUINTERO RAMIREZ, FELIPE

- 09.03.2024 11:16:00
Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 1250 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 1250 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
Medicamento : MEROPENEM-BICARBONATO DE NA 1GR POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 2000 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : MEROPENEM-BICARBONATO DE NA 1GR POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 2000 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
QUINTERO RAMIREZ, FELIPE

- 09.03.2024 11:18:00
Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 10 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 10 MG
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
QUINTERO RAMIREZ, FELIPE

- 09.03.2024 19:19:00
Medicamento : VANCOMICINA 1G/250ML S.S0,9% (4MG/ML)
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 750 GR
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
Medicamento : VANCOMICINA 1G/250ML S.S0,9% (4MG/ML)
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 750 GR
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
QUINTERO RAMIREZ, FELIPE

- 09.03.2024 20:29:00
Medicamento : VANCOMICINA 1G/250ML S.S0,9% (4MG/ML)
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 0,75 GR
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
Medicamento : VANCOMICINA 1G/250ML S.S0,9% (4MG/ML)
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 0,75 GR
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO

- 10.03.2024 09:57:00

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Medicamento : MEROPENEM-BICARBONATO DE NA 1GR POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE **Dosis** : 1000 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
Medicamento : MEROPENEM-BICARBONATO DE NA 1GR POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE **Dosis** : 1000 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO

- 10.03.2024 11:17:00
Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE **Dosis** : 750 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 12 Horas
Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE **Dosis** : 750 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 12 Horas
JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO

- 10.03.2024 11:43:00
Medicamento : LORAZEPAM 1MG TABLETA
Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI **Dosis** : 2 MG
Via Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 8 Horas
Medicamento : LORAZEPAM 1MG TABLETA
Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI **Dosis** : 2 MG
Via Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 8 Horas
SANTISTEBAN PEREZ, NATALIA

- 10.03.2024 16:45:00
Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 20 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 20 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
SANTISTEBAN PEREZ, NATALIA

- 10.03.2024 19:06:00
Medicamento : INSULINA CORRIENTE 100UI/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 3 UI
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 1 Horas
Medicamento : INSULINA CORRIENTE 100UI/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 3 UI
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 1 Horas
SANTISTEBAN PEREZ, NATALIA

- 10.03.2024 20:26:00
Medicamento : BISACODILO 5MG TABLETA
Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI **Dosis** : 10 MG
Via Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 24 Horas
Medicamento : BISACODILO 5MG TABLETA
Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI **Dosis** : 10 MG
Via Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 24 Horas
GARCIA PEÑUELA, EDWAR JAVIER

- 11.03.2024 10:36:00
Medicamento : AGUA DESTILADA X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCION **Dosis** : 300 ML
Via Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 4 Horas
Medicamento : AGUA DESTILADA X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCION **Dosis** : 300 ML
Via Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 4 Horas
GARCIA PEÑUELA, EDWAR JAVIER

- 11.03.2024 10:42:00
Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 260ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 80 ME
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única

Powered by CamScanner

Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 260ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 80 ME
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
ARISTIZABAL PAERES, JUAN PABLO

- 11.03.2024 21:19:00
Medicamento : AMPICILINA+SULBAC 3G/100ML S.S0,9% (30MG/ML)
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 3 GR
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 6 Horas
Medicamento : AMPICILINA+SULBAC 3G/100ML S.S0,9% (30MG/ML)
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 3 GR
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 6 Horas
GONZALEZ ARROYAVE, LINA

- 12.03.2024 10:23:00
Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 80 ME
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 80 ME
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
Nutricionista GARCIA BEDOYA, MARIA LIZNEIDY

- 12.03.2024 12:40:00
Medicamento : NUTRICION BAJA EN CARBOHIDRATOS 1.5 CAL X 1000ML GLUCERNA
Presentación : SOLUCIÓN ORAL **Dosis** : 1000 ML
Via Adm. : VIA NASOGASTRICA **Frecuencia** : Cada 24 Horas
GONZALEZ ARROYAVE, LINA

- 12.03.2024 12:59:00
Medicamento : AGUA DESTILADA X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCION **Dosis** : 300 ML
Via Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 6 Horas
Medicamento : AGUA DESTILADA X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCION **Dosis** : 300 ML
Via Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 6 Horas
BECERRA RODRIGUEZ, JULIETH NAZARY

- 13.03.2024 08:44:00
Medicamento : CISATRACURIO BESILATO 10MG/5ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 6 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
Medicamento : CISATRACURIO BESILATO 10MG/5ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 6 MG
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 13.03.2024 11:07:00
Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 40 ME
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 40 ME
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 13.03.2024 11:41:00
Medicamento : MANITOL 20% X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 150 ML
Via Adm. : VIA NASOGASTRICA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
Medicamento : MANITOL 20% X 500ML BOLSA
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 150 ML
Via Adm. : VIA NASOGASTRICA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 13.03.2024 20:56:00
Medicamento : DIL MIDAZOLAM 60MG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 60ML

Powered by CamScanner

Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 360 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Infusión Continua
Medicamento : DIL MIDAZOLAM 60MG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 60ML
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 216 ML
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Infusión Continua

BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 13.03.2024 20:57:00
  Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 10 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 10 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas

MARIN GOMEZ, JULIANA

- 13.03.2024 23:36:00
  Medicamento : MIDAZOLAM 15MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 60 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : MIDAZOLAM 15MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 60 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : SODIO CLORURO 0.9% X 100ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 100 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : SODIO CLORURO 0.9% X 100ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 100 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 14.03.2024 08:18:00
  Medicamento : hidrocORTISONA 100MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 50 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 6 Horas

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 14.03.2024 08:27:00
  Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 2000 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
  Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 2000 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Dosis Única
  Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 1000 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas
  Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 1000 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 12 Horas

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 14.03.2024 08:49:00
  Medicamento : DEXTROSA 5% X 250ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 250 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : NOREPINEFRINA 4MG/4ML INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 8 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas

SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 14.03.2024 11:22:00
  Medicamento : MIDAZOLAM 15MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 60 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
  Medicamento : MIDAZOLAM 15MG/3ML SOLUCION INYECTABLE

Powered by CamScanner

Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Dosis** : 60 MG
SOTO TORRES, RONALD ANDRES **Frecuencia** : Cada 8 Horas

- 14.03.2024 11:24:00
  Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE **Dosis** : 1000 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 12 Horas
  Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE **Dosis** : 1000 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 12 Horas
  SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 14.03.2024 11:32:00
  Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE **Dosis** : 2000 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
  Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE **Dosis** : 2000 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Dosis Única
  SOTO TORRES, RONALD ANDRES

- 14.03.2024 18:44:00
  Medicamento : KETAMINA 50MG/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 1000 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
  Medicamento : KETAMINA 50MG/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 1000 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
  BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 15.03.2024 11:04:00
  Medicamento : AMPICILINA+SULBAC 3G/100ML S.S0,9% (30MG/ML)
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 3 GR
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
  Medicamento : AMPICILINA+SULBAC 3G/100ML S.S0,9% (30MG/ML)
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 3 GR
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 8 Horas
  BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 15.03.2024 15:19:00
  Medicamento : QUETIAPINA 25MG TABLETA
  Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI **Dosis** : 25 MG
  Via Adm. : VIA ORAL **Frecuencia** : Cada 12 Horas
  CANO ARBOLEDA, MARCELA

- 15.03.2024 16:05:00
  Medicamento : LIDOCAINA 2% S.E X 10 ML SLN INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 4,5 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 1 Horas
  BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 15.03.2024 17:25:00
  Medicamento : LIDOCAINA 2% S.E X 50 ML SLN INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 100 ML
  Via Adm. : VIA INFILTRATIVA - BLOQUEOS **Frecuencia** : Cada 24 Horas
  Medicamento : LIDOCAINA 2% S.E X 50 ML SLN INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 100 ML
  Via Adm. : VIA INFILTRATIVA - BLOQUEOS **Frecuencia** : Cada 24 Horas
  BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 15.03.2024 17:28:00
  Medicamento : DEXTROSA 5% X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 500 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA **Frecuencia** : Cada 24 Horas
  Medicamento : DEXTROSA 5% X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE **Dosis** : 500 ML

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 24 Horas
ROJAS MORA, GINA XIHOMARA

- 15.03.2024 20:53:00
  Medicamento : PREGABALINA 75MG CAPSULA
  Presentación : CAPSULAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 75 MG
  Frecuencia : Cada 12 Horas
  Via Adm. : VIA ORAL

ROJAS MORA, GINA XIHOMARA

- 15.03.2024 21:39:00
  Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 840 ML
  Frecuencia : Infusión Continua
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 360 ML
  Frecuencia : Infusión Continua
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Medicamento : CEFEPIME 1G POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 1000 MG
  Frecuencia : Cada 8 Horas
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Medicamento : CEFEPIME 1G POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE Dosis : 2000 MG
  Frecuencia : Cada 8 Horas
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA

BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO

- 16.03.2024 09:12:00
  Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ME
  Frecuencia : Dosis Única
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ME
  Frecuencia : Dosis Única
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA

BELTRAN GOMEZ, EDWIN ALEXANDER

- 17.03.2024 06:50:00
  Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 260ML SS0,9%
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ME
  Frecuencia : Dosis Única
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 260ML SS0,9%
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ME
  Frecuencia : Dosis Única
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA

MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY

- 17.03.2024 08:58:00
  Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 80 ME
  Frecuencia : Dosis Única
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 80 ME
  Frecuencia : Dosis Única
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA

MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY

- 17.03.2024 08:59:00
  Medicamento : DEXTROSA 5% X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ML
  Frecuencia : Cada 1 Horas
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Medicamento : DEXTROSA 5% X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 40 ML
  Frecuencia : Cada 1 Horas
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA

MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY

- 17.03.2024 09:42:00
  Medicamento : KETOROLACO 30MG/1ML I.M/I.V SLN INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 30 MG
  Frecuencia : Cada 8 Horas
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Medicamento : KETOROLACO 30MG/1ML I.M/I.V SLN INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 30 MG

Powered by CamScanner

Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY

- 17.03.2024 09:43:00
  Medicamento : LORAZEPAM 1MG TABLETA
  Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 3 MG
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 8 Horas
  MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY

- 17.03.2024 20:42:00
  Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 3780 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Infusión Continua
  Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 2100 ML
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Infusión Continua
  DIAZ DE HOYOS, JAIME JOSE

- 17.03.2024 23:08:00
  Medicamento : KETAMINA 50MG/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE Dosis : 1000 MG
  Via Adm. : VIA INTRAVENOSA Frecuencia : Cada 8 Horas
  NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE

- 18.03.2024 07:51:00
  Medicamento : SUCRALFATE 1GR TABLETA
  Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 1 GR
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 8 Horas
  NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE

- 18.03.2024 07:52:00
  Medicamento : POLIETILENGLICOL SIN ELECTROLITOS 17GR SOBRES
  Presentación : POLVO Dosis : 1 SBE
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 24 Horas
  NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE

- 18.03.2024 07:53:00
  Medicamento : LACTULOSA 10GR/15ML SOBRE
  Presentación : SOLUCIÓN ORAL Dosis : 15 ML
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 8 Horas
  NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE

- 18.03.2024 09:33:00
  Medicamento : METADONA 10MG TABLETA
  Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 10 MG
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 6 Horas
  NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE

- 18.03.2024 09:35:00
  Medicamento : AGUA DESTILADA X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCION Dosis : 200 ML
  Via Adm. : VIA OROGASTRICA Frecuencia : Cada 6 Horas
  Medicamento : AGUA DESTILADA X 500ML BOLSA
  Presentación : SOLUCION Dosis : 200 ML
  Via Adm. : VIA OROGASTRICA Frecuencia : Cada 6 Horas
  NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE

- 18.03.2024 10:07:00
  Medicamento : hidrocLOROTIAZIDA 25MG TABLETA
  Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 25 MG
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 24 Horas
  Medicamento : hidrocLOROTIAZIDA 25MG TABLETA
  Presentación : TABLETAS DE LIBERACION NO MODI Dosis : 25 MG
  Via Adm. : VIA ORAL Frecuencia : Cada 24 Horas
  NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE

- 18.03.2024 10:09:00
  Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE

Powered by CamScanner

Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
Dosis : 10 MG
Frecuencia : Cada 8 Horas

Medicamento : FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
Dosis : 10 MG
Frecuencia : Cada 8 Horas

MARIN GOMEZ, JULIANA

- 20.03.2024 11:21:00
  Medicamento : DIPIRONA SODICA 0.5GR/ML X 2ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 1 GR
  Frecuencia : Cada 8 Horas

MARIN GOMEZ, JULIANA

- 20.03.2024 13:31:00
  Medicamento : MIDAZOLAM 15MG/3ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 60 MG
  Frecuencia : Cada 6 Horas

  Medicamento : DEXTROSA 5% X 100ML BOLSA
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 100 ML
  Frecuencia : Cada 6 Horas

MANOSALVA CORTES, EDGAR FABIAN

- 20.03.2024 16:31:00
  Medicamento : VANCOMICINA 500MG POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 1000 MG
  Frecuencia : Dosis Única

  Medicamento : CEFAzoLINA 2G/100ML S.S0,9% (20MG/ML)
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 2 GR
  Frecuencia : Dosis Única

MARIN GOMEZ, JULIANA

- 20.03.2024 21:02:00
  Medicamento : DIL FENTANILO 1000MCG EN SOLUCION SALINA 0.9% csp 100ML
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 432 ML
  Frecuencia : Infusión Continua

MARIN GOMEZ, JULIANA

- 20.03.2024 21:03:00
  Medicamento : INSULINA CORRIENTE 100UI/ML X 10ML SOLUCION INYECTABLE
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Vía Adm. : VIA SUBCUTANEA
  Dosis : 3 UI
  Frecuencia : Cada 1 Horas

SIERRA JARAMILLO, JULIAN ANDRES

- 21.03.2024 07:54:00
  Medicamento : CEFAzoLINA 1GR POLVO INYECTABLE
  Presentación : POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 2000 MG
  Frecuencia : Dosis Única

MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY

- 21.03.2024 11:24:00
  Medicamento : DIL CLORURO DE potasio 20ML + 110ML SS0,9%
  Presentación : SOLUCIÓN INYECTABLE
  Vía Adm. : VIA INTRAVENOSA
  Dosis : 80 ME
  Frecuencia : Dosis Única

MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY

- 21.03.2024 20:34:00
  Medicamento : sulfaDIAZINA DE PLATA X 30GR POTE
  Presentación : CREMA
  Vía Adm. : VIA DERMICA o TOPICA
  Dosis : 30 GR
  Frecuencia : Cada 24 Horas

Justificacion de Rechazo Especialidad tratante

Evoluciones Médicas

- 02.03.2024 17:40:07 FIRMÓ: CONTRERAS CAPACHO, FANNY ESPERANZA
  MEDICO Registro Médico:37727150

Powered by CamScanner

Subjetivo : IMAGENOLOGIA Francisco, 50 años, sin alergias conocidas, Creatinina pendiente. Ingresa para realizar Tomografía contrastada de tórax y abdomen, solicitado emergente por tratante, previo consentimiento informado del hermano. Sin extravasación ni complicaciones inmediatas relacionadas con la aplicación del medio de contraste. Presión arterial: 69/49, frecuencia cardiaca: 88, frecuencia respiratoria: 18, saturación de oxígeno: 97%, sin oxigenoterapia. Indico fluidoterapia, Acompaño traslado hacia su servicio de origen para continuar vigilancia y manejo.

Objetivo : .

Análisis : .

Plan : .

- 02.03.2024 22:05:13 FIRMÓ: CARDONA JIMENEZ, SANTIAGO
  MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:1036623039

Subjetivo : Urgentología Francisco Antonio Álvarez Torres, 50 años Diagnóstico: -Trauma raquimedular ASIA A nivel T3 Antecedentes personales -Patológicos: niega -Fármacos: niega -Alergias: picadura de avispas -Tóxicos: 30 cigarrillos al día desde hace 30 años, alcohol ocasional - Quirúrgicos: niega

Objetivo : Paciente en regulares condiciones generales, hidratado, afebril PA 119/57, PAM 73, Fc 51, Fr 18, SO2 94, Glasgow 15 Mucosa oral hidratada, sin lesiones, collar cervical Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, no s3, murmullo vesicular conservado sin agregados Abdomen blando, depresible, no masas, no dolor Extremidades eutróficas, llenado capilar <2 segundos, sin edema Glasgow 15, pupilas simétricas reactivas, sin movimientos anormales, fuerza muscular miembros superiores distal 1/5, proximal 3/5, miembros inferiores 1/5, nivel sensitivo T3, arrefléxico, Babinski positivo TAC de columna Fractura multifragmentaria compresiva del cuerpo vertebral de C5, de la lámina derecha y de la agujero vertebral derecho, con retropulsión de fragmentos configurando retrolistesis comprometiendo el canal medular, configurando canal estrecho. Fractura descrita de la esquina antero inferior de C4. Fractura compresiva probablemente crónica del muro anterior de T5. TAC simple de cráneo No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal. 2/3/24 Hemograma: leucocitos 15500, neutrófilos 13220, linfocitos 1220. Hb 13.2. Hto 36. plaquetas 234000 BUN 6.4, Creatinina 0.7 Gases arteriales: pH 7.20, PO2 42, PCO2 42.6, HCO3 16.7, BE -11, lactato 1.08, Sodio 144, Potasio 3.2, Calcio 0.97.

Análisis : Paciente de 50 años, antecedentes anotados, diagnóstico de trauma raquimedular ASIA A, nivel T3, se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, sin disfunción autonómica, sin soporte vasopresor, sin trabajo respiratorio, ahora sin choque neurogénico, requiere vigilancia en UCE, se comentó con módulo de columna, será valorado el día de mañana.

Plan : Ver análisis.

- 02.03.2024 22:19:46 FIRMÓ: CARDONA JIMENEZ, SANTIAGO
  MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:1036623039

Subjetivo : Reporte tomográfico: TAC de tórax y abdomen Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. TAC de cráneo No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal.

Objetivo : TAC de tórax y abdomen Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. TAC de cráneo No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal.

Análisis : TAC de tórax y abdomen Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. TAC de cráneo No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal.

Plan : TAC de tórax y abdomen Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. TAC de cráneo No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal.

- 03.03.2024 00:07:52 FIRMÓ: PEREZ MANTILLA, CARLOS MANUEL
  CIRUGIA GENERAL Registro Médico:6790

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Subjetivo : CIRUGÍA GENERAL urgencias Francisco Antonio Álvarez Torres, 50 años Fecha de ingreso 02/03/2024 Diagnóstico: -Trauma raquimedular ASIA A nivel T3 -Contusión pulmonar izquierda * Pequeño neumotórax laminar izquierdo Antecedentes personales -Patológicos: niega -Fármacos: niega -Alérgias: picadura de avispas -Tóxicos: 30 cigarrillos al día desde hace 30 años, alcohol ocasional -Quirúrgicos: Osteosintesis de miembro superior derecho Solicitan concepto de cirugía general por evidencia de contusión pulmonar y pequeño neumotórax izquierdo psterior a caida de 3 metros de altura presentando fractura vertebral y paresia asociada. En el momento paciente refiere encontrarse sin dolor, niega disnea, niega otra sintomatología asociada. Según reportes de enfermería estable hemodinamicamente, con requerimiento de oxigeno por cánula a 3 lpm

Objetivo : Se revisa paciente bajo protocolo institucional Paciente en regulares condiciones generales, hidratado, sin signos de dificultad respiratoria Presión arterial 115/60, frecuencia cardíaca 60, frecuencia respiratoria 18, Saturación 97% con oxigeno por cánula nasal a 3 lpm Mucosa oral hidratada, sin lesiones, collar cervical Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, no s3, murmullo vesicular conservado sin agregados Abdomen blando, depresible, no masas, no dolor Extremidades sin edemas Nivel sensitivo T3 Imágenes TAC toracoabdominal HALLAZGOS DEL TÓRAX: Fractura multifragmentaria de C5 descrita con retrolitiasis/retropulsión de fragmentos óseos al interior del canal medular, mejor descrita en estudio de columna. Tráquea, carina y bronquios principales permeables. No se observan masas ni adenopatias mediastinales. Cámaras cardiacas de tamaño normal, no se observa derrame pericárdico. Aorta de curso y calibre normal, opacifica adecuadamente con el contraste, sin dilataciones aneurismáticas, ni signos de disección. La arteria pulmonar y sus ramas se opacifican adecuadamente con el contraste, sin defectos de llenado ni lesiones. El tronco de la pulmonar mide: 25mm. Adecuada expansión pulmonar, sin enfisema/atrapamiento de aire. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho que se asocia a pequeña laceración en el segmento medialbasal derecho Mínimo neumotórax derecho Engrosamiento liso de septos interlobulillares, No hay masas ni nódulos. No hay liquido pleural. Fracturas del 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos en su porción anterior, y de los 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos en su porción posterior HALLAZGOS DEL ABDOMEN: Hígado de forma, tamaño y densidad normal. No se evidencian lesiones focales. No hay dilatación de la vía biliar intra o extrahepática. Estructuras vasculares de apariencia normal. Vesícula con ligero aumento del realce, inespecifico. Páncreas, bazo y glándulas suprarrenales de aspecto normal, sin lesiones. Ambos riñones de forma y tamaño normal, con adecuada concentración del medio de contraste. Sin masas, quistes ni cálculos en su interior. No presentan dilatación de cavidades colectoras. Vejiga de paredes delgadas, sin lesiones en su interior. Próstata de tamaño normal Cámara gástrica y asas intestinales adecuadamente distendidas, sin signos de obstrucción, estenosis, engrosamiento mural focal o divertículos. Mesenterio libre de masas o adenopatias. Estructuras vasculares adecuadamente opacificadas con el contraste, no hay dilataciones aneurismáticas. No hay liquido libre en la cavidad abdominal. Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho. Hematoma adyacente que se extiende a la gotera parietocolica, Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. CONCLUSIÓN: Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra del ilíaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. Ver descripción TAC de columna Fractura multifragmentaria compresiva del cuerpo vertebral de C5, de la lámina derecha y de la agujero vertebral derecho, con retropulsión de fragmentos configurando retrolistesis comprometiendo el canal medular, configurando canal estrecho. Fractura descrita de la esquina antero inferior de C4. Fractura compresiva probablemente crónica del muro anterior de T5. TAC simple de cráneo No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal. Laboratorios 02/03/2024 Hemograma: leucocitos 15500, neutrófilos 13220, linfocitos 1220, Hb 13.2, Hto 36, plaquetas 234000 BUN 6.4, Creatinina 0.7 Gases arteriales: pH 7.20, PO2 42, PCO2 42.6, HCO3 16.7, BE -11, lactato 1.08, Sodio 144, Potasio 3.2, Calcio 0.97.

Análisis : Paciente de 50 años, antecedentes anotados, diagnóstico de trauma raquimedular ASIA A, nivel T3, se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, sin soporte vasopresor, sin trabajo respiratorio. Se evidenció en TAC de torax pequeña contusión pulmonar y pequeño neumotórax izquierdo los cuales no requieren intervención quirúrgica urgentes en el momento. Se trasladará a UCE/UCI Requiere control estricto de signos vitales Oxigenación ante riesgo en la oxigenación por tórax inestable Recomiendo control de Rx de tórax mañana En caso de aumento de neumotórax se evaluará pig tail al espacio pleural e Ic a Cx de tórax Se estará atento a evolución y nuevo llamado a Cx general Le explico claramente al paciente y a su hermano quienes refieren entender y aceptar la conducta.

Plan : Ver análisis.

- 03.03.2024 10:10:56 FIRMÓ: BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:1036934418

Subjetivo : Urgentologia Francisco, 50 años Ingreso 02/03/2024 -- Atención con elementos de protección -- Diagnóstico 1. Caida de altura 2. Trauma raquimedular ASIA A nivel T3 -- Choque neurogénico resuelto -- Fractura inestable C4 - C5 - T5 - L1-L2-L3 3. Trauma cerrado de torax -- contusion pulmonar, neumotorax minimo, fractura arcos costales sin torax inesable 4. Trauma de abdomen cerrado -- Fractura de aleron iliaco y sacro izquierdo con hematoma asociado estable Antecedentes: fumador activo S: Refiere dolor en cuello dolor 5/10 según EVA, y dolor toracicó, parestesia en miembros inferiores, incapacidad para mover miembros inferiores, niega disnea, niega nauseas, diuresis conservada Monitoreo: estabilidad hemodinamica, afebril, sin desaturacion, glucometrias no cuantificadas (se retiro vasoactivo ayer)

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Objetivo : soporte. - oxigeno por canula nasal 3lt/min - ringer 70cc/h aceptables condciones FC 56 , FR 10, TA105/52 PAM 64 , SATO2 91% con collar cervical tórax simétrico?, normoexpansible, ruidos cardíaco bien timbrados, rítmicos, sin soplos audibles, murmullo vesicular presente sin sobreagregados abdomen blando, no doloroso a la palpación sin signos de irritación peritoneal, dolor a la palpacion de aleron izquierdo Glasgow 15, pupilas simétricas reactivas, sin movimientos anormales, fuerza muscular miembros superiores distal 1/5, proximal 3/5, miembros inferiores 1/5, nivel sensitivo T3, arreflexico, Babinski positivo pH 7.252 (7.20) pCO2 49.9 (42) pO2 79.1 (42) HCO3- 21.5 (16) BE -5.7 (-11) lactato 1 (1) hb 12 (13) leucos: 10300 pqt: 178 - TAC de craneo simple: No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal. - TAC de abdomen total y pelvis Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. - TAC TORAX: Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. - TAC DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO Fractura multifragmentaria compresiva del cuerpo vertebral de C5, de la lámina derecha y de la agujero vertebral derecho, con retropulsión de fragmentos configurando retrolistesis comprometiendo el canal medular, configurando canal estrecho. Fractura descrita de la esquina antero inferior de C4. Fractura compresiva probablemente crónica del muro anterior de T5.

Análisis : Diagnósticos anotados, problemas actuales - Mecanica ventilatoria, riesgo de falla, persiste con acidemia respiratoria en relacion a trauma raquimedular alto, trauma cerrado de torax y dolor mal modulado, se optimiza analgesia, dejo interconsulta a algesiologia - Fractura cervical inestable, con trauma raquimedular, no se beneficia de dosis altas de esteroide, a la espera de concepto de modulo de columna - Fractura de pelvis estable, se intercosnulta a ortopedia, tiene hematoma asociado a fx de iliaco con hb estable hospitalizacion en uce para vigilancia ventilatoria y hemodinamica, manejo multidisciplinario. Se inicia via oral con supraglotica y avanzar a tolerancia.

Plan : ver análisis

- 03.03.2024 13:38:14 FIRMÓ: BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:1036934418

Subjetivo : urgentologia / nota adicional - tiene dificultad para deglutir, no tolera supraglotica, riesgo de broncoaspiracion, ordeno paso de sonda nasogastrica y valoracion por fonoaudiologia - se hara terapia respiratoria, broncodilatacion, gases control, previo a definir necesidade de vmni

Objetivo : -

Análisis : -

Plan : -

- 03.03.2024 14:44:00 FIRMÓ: MANOSALVA CORTES, EDGAR FABIAN
  MODULO DE COLUMNA Registro Médico:52858

Subjetivo : nota esp.cirugia columna edad 50 años paciente con trauma de altura con posterior dolor e imposibidad funcional para la movilizacion de las 4 extremidades lesion en pelvis no quirurgica plan remision resonancia de columna cervical y dorsal simple con soporte

Objetivo :

Análisis :

Plan : plan remision resonancia de columna cervical y dorsal simple con soporte

- 03.03.2024 15:42:13 FIRMÓ: BERROUET RIOS, VICTORIA EUGENIA
  MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:1036934418

Subjetivo : Urgentologia Diagnósticos anotados deterioro hemodinamico y ventilatorio

Objetivo : soporte. - canula 3lt/min - ringer 100cc/h --> bolo 500cc/h regulares condciones, dificultad respiratoria moderada pa. 90/50 pam 60 fc 45 sat 94% fr 18 tiraje supraclavicular sibilancias espiratorias e inspiratorias llenado capilar de 2 segundos rx portatil. aumento de infiltrados en base derecha, no aumento de neumotorax

Análisis : - progresa a choque neurogenico, inicio dopamina para metas de perfusion, poca probabilidad de componente hemorragico (hb estable y no sangrado en vicera solida en tac de ayer) - no mejora mecanica ventilatori apesar de manejo, se dejara en uci para definir vmni vs intubacion orotraqueal

Plan : ver analisis

- 03.03.2024 18:26:36 FIRMÓ: GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1128422176

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Subjetivo : **Ingreso a UCI** Paciente de 50 años de edad sin antecedentes de impotancia, el dia de ayer caida de aproximadamente 2.5 metros de altura al arreglar un techo, dice que cae en decubito supino presentando trauma en region occipital, cuello, Torax y pelvis, relata que no tuvo perdida de conciencia y ademas se encontraba bajo efectos del alcohol; trasladan a hospital de Itagui y posteriormente a este centro; donde se documento trauma cerrado de torax y trauma raquimedular con Fx desplazada e inestable de C5 y signos de invasion de fracmentos oseos a canal medular, Lo vio modulo de columna y le pidio remision para RM y posible intervencion quirurgica, Desde hoy con disnea, incapacidad para tragar, signos de falla ventilatoria, trasladan a UCI para vigilancia y manejo. Diagnósticos de Ingreso a UCI: -Choque de origen neurogénico. -Caida de altura (2.5 metros / 02.03.24) -Trauma raquimedular ASIA A **Fractura multifragmentaria de C5 con retrolitiasis/retropulsión de fragmentos óseos al interior del canal medular **Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. **Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. -Trauma cerrado de torax **Mínimo neumotórax derecho **Contusión pulmonar LID + laceración en el segmento medial basal derecho **Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior **Fracturas de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior -Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho -Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. -Farmacológicos: Niega. Subjetivo: Se siente regular, tiene disnea, no tiene dolor, no moviliza ninguna extremidad.

Objetivo : Soportes: -Dopamina 5 mcg/kg/min. -Mascara NR. Invasiones: PICC / SV / SNG. PA. 100/50 FC 62 FR 32 S02: 92% Glucometria de Ingreso. 125 Se inicia conteo de diuresis. Regulares condiciones generales. Conciente, orientado. Disnea y marcada dificultad respiratoria. Dolor a la palpacion de torax derecho. Abdomen blando, depresible, sin dolor. Extremidades sin edemas. Movimientos involuntarios en extremidades superiores, fuerza 2/5 Sin movilidad ni sensibilidad en extremidades inferiores Paraclínicos Hemograma: leucocitos 15500, neutrófilos 13220, linfocitos 1220, Hb 13.2, Hto 36, plaquetas 234000 BUN 11, Creatinina 0.7 Gases arteriales. pH 7.25, PO2 79 PCO2 49, HCO3 21.5, BE -6.1 Lactato 1.08, Sodio 139, Potasio 4.1, Calcio 0.97. Imagenes: - TAC de craneo simple: No hay signos de trauma intracraneal. Engrosamiento mucoso de los senos maxilares en forma bilateral. Desviación sigmoidea del septum nasal. - TAC de abdomen total y pelvis Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. - TAC TORAX: Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral. Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. - TAC DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO Fractura multifragmentaria compresiva del cuerpo vertebral de C5, de la lámina derecha y de la agujero vertebral derecho, con retropulsión de fragmentos configurando retrolistesis comprometiendo el canal medular, configurando canal estrecho. Fractura descrita de la esquina antero inferior de C4. Fractura compresiva probablemente crónica del muro anterior de T5.

Análisis : Paciente de 50 años de edad caida de altura, al parecer se encontraba trabajando. Trauma cervical, trauma de torax y pelvis, con Fx multisegmentaria de C5 y compromiso de canal medular. Ahora dependiente de dopamina, sin hipoperfusion clínica. Con acidosis respiratoria y mal patron respiratorio que probablemente no resuelva con VMNI u otras medidas debido al nivel de la lesion; se le plantea al paciente y a su familiar intubacion orotraqueal, entienden y aceptan el procedimiento. Tambien tiene TX en torax con multiples Fx y contusion pulmonar. No tiene por ahora lesion renal ni alteraciones hidorlectroliticas, tampoco indicacion de trasfusion ni caida Significativa de Hb. Requiere inicio de NET, esta euglicemico, ya tiene sonda gastrica. Lo valoró modulo de columna y ordeno RM para eventual procedimiento quirurgico, al momento sin disponibilidad de resonador en la institucion, por lo que esta en remision; la remision es urgente. Continua manejo en UCI, se explica a su primo y al paciente, Se aclaran dudas.

Plan : UCI Intubacion orotraqueal y sedacion. Remision urgente a sitio que cuente con Modulo de columna y Resonador. Vx por nutricion Vx por Cx de torax Controles de laboratorios. Gracias

- 03.03.2024 19:38:37 FIRMÓ: GONZALEZ RAMIREZ, MELISSA
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1128422176

Subjetivo : *Nota de procedimiento: Intubacion orotraqueal: Se explica procedimiento, el paciente entiende y acepta. Preoxinenacion con ventilador mecanico Fi02 100% PEEP 5. Secuencia rapida de intubacion: Fentanilo 150 mcg + Midazolam 5 mg + Vecuronio 10 mg Laringosgopia directa cormack II, Maniobra de 4 manos para evitar movilizacion cervical, no se retira el collar. Se avanza tubo orotraqueal 8.5 a traves de cuerdas vocales. Se fija a 24 cm en comisura labial, no complicaciones.

Objetivo : .

Análisis : .

Plan : .

- 04.03.2024 07:22:58 FIRMÓ: PIEDRAHITA ZAPATA, CARLOS MARIO
  MODULO DE COLUMNA Registro Médico:9970

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Subjetivo : NEUROCIRUGIA CIRUGIA DE COLUMNA ENTERADO DEL CASO MANEJO Y EVOLUCION NOTA DEL 3 DE MRZO..nota esp.cirugia columna edad 50 años paciente con trauma de altura con posterior dolor e imposibidad funcional para la movilizacion de las 4 extremidades lesion en pelvis no quirurgica plan remision resonancia de columna cervical y dorsal simple con soporte -plan remision resonancia de columna cervical y dorsal simple con soporte PACIENTE CON TRAUMAS MULTIPLES VER NOTA DE INGRESO PACIENTE INTUBADO SEDADO EN COMPAÑIA DEL HERMANO EXAMEN NO SUBJETIVABLE- PERO ANOTAN QUE AL EXAMEN ESTABLA CUADRIPLEGICO- EN ESTUDIO IMEGEN DE TAC..CONCLUSIÓN: Fractura multifragmentaria de C5 mejor descrita en estudio de columna. Contusión pulmonar comprometiendo el lóbulo inferior derecho con pequeña laceración en el segmento medialbasal homolateral.Mínimo neumotórax derecho. Múltiples fracturas costales derechas descritas. Fracturas de las apófisis transversas derechas de L1, L2 y L3. Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho con hematoma a yacente que se extiende la gotera parietocólico lateral. Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. PACIENTE CON COLLAR CERVICAL CON TRAUMAS MULTIPLES SE DEFINIO NO MANEJO QUIRURGICO DE FRACTURAS DE PELVIS POR ORTOPEDISTA. CON FRACTURA DE C4 ANTERIOR INFERIOR DEL CUERPO Y ESTALLIDO DE C5 CON ANTEROLISTESIS RETROPULSION EN CANAL DE FRAGMENTO POSTERIOR. FRACTURA SE CONDICERA INESTABLE Y AMERITA PRIORITARIO ESTUDIO DE RESONANCIA YA ORDENADA-AHORA NO ESTA EN CONDICIONES- Y MANEJO DE CORPECTOMIA REMPLAZO DE CUERPO Y ARTRODESIS INSTRUMENTADA EN IV NIVEL SE REALIZA ANEXO 9 PARA GESTIONAR EN OTRO NIVEL DE ATENCION, EN FORMA PRIORITARIA SE COMENTA AL DR INTENSIVISTA

Análisis : SE DELIGENCIA ANEXO 9

- 04.03.2024 09:27:10 FIRMÓ: POSADA URIBE, LORD LARRY
  CIRUGIA DEL TORAX Registro Médico:8256189

Subjetivo : cirugia d etroax trauma cerrado de columna y torax

Objetivo : estaqble

Análisis : paciente con trauma de columna cervical, ademas con trauma cerrado del torax con fracturas costales anteriores y postores derechas estables sin cabalgamiento y anteriores solo la lamina externa de las costillas sin compromiso por hemoneutorax o hemotorax no es de manejo quirurgico su trauma costal, pendiente manejo por neurocirugia de su trauma cervical de la columna.

Plan : paciente con trauma de columna cervical, ademas con trauma cerrado del torax con fracturas costales anteriores y postores derechas estables sin cabalgamiento y anteriores solo la lamina externa de las costillas sin compromiso por hemoneutorax o hemotorax no es de manejo quirurgico su trauma costal, pendiente manejo por neurocirugia de su trauma cervical de la columna.alta por cirugia de torax

- 04.03.2024 10:25:58 FIRMÓ: CARDENAS GONZALEZ, JUAN
  MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:5253406

Subjetivo : UCI Ronda Francisco, 50 años Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5-6 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) -Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) -Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. -Farmacológicos: Niega. Problemas - Nivel medular Soportes: - Norepinefrina 0.5mcg/kg/min - LEV 100cc/h - Midazolam 8mg/h - Fentanilo 200mcg/h - Ventilación mecánica invasiva, PEEP 9, VCV, Vt 480cc, aumento en Raw, compliance normal

Objetivo : Paciente en mala condición general Bajo sedacion profunda Arreflexico, no babinski, cuadriplejia flácida, atonia esfinter anal, sin priapismo FC 108x Sat 90% FR 20 afebril pupilas de diámetro normal Collar cervical de tamaño adecuado TOT con secreciones purulentas Acoplado a la ventilación mecánica RItmo sinusal Soporte con norepinefrina Abdomen plano, blando Extremidades sin edemas orina clara. PICC de aspecto sano Acidosis respiratoria no compensada en gases

Análisis : Paciente de 50 años, politrauma de alta energía por caida de altura superior a 2m. De mayor importancia el trauma raquimedular ASIA A, por fractura de C4 y estallido C5 + compresión del canal medular. No hay datos en HC de nivel motor, solo describen nivel sensitivo T3, pero parece que tenia nivel motor al menos C6 (dice el familiar que no hacia pinza y solo podia levantar los hombros) pero probablemente mucho mas alto en el momento. En este contexto progresó a choque neurogénico y falla respiratoria tipo 3 lo que aumenta la posibilidad de ascenso en el nivel motor. Ahora: - Mala condición general, soporte vasoactivo a dosis crecientes, no tiene signos de hipoperfusion sistémica. - Ventilatoriamente entregado, preocupa aumento en Raw, ya con su antecedente de neumotorax derecho, debe descartarse aumento. Se solicita Rx torax. - Acidosis respiratoria no compensada en relación con restricción, ajustamos parámetros. - Los otros traumas descritos no son de manejo quirúrgico. En conclusión Paciente Con TRM alto y choque neurogénico + falla respiratoria Requiere estabilizacion de fractura cervical para evitar progresión. Se le informa claramente a sus acudientes que el objetivo de la fijación NO ES RECUPERAR MOVILIDAD sino evitar deterioro. Tambien se les explica: Alta probabilidad de traqueostomía, imposibilidad de liberacion ventilatoria y necesidad de ventilación mecánica crónica. Se encuentra en proceso de remisión por no disponibilidad de insumos en la institución y no disponibilidad de resonancia. Pronóstico sujeto a evolución

Plan : Continuamos manejo UCI Terapia respiratoria Mínima manipulación, movilizar en bloque paso de linea arterial Mantener PAM por encima de 75 Tromboprofilaxis Analgesia multimodal Nutricion enteral Control paraclínicos Acompañamiento psicológico a la familia

- 04.03.2024 13:08:21 FIRMÓ: MUÑIZ PELAEZ, ISNIEL
  ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION Registro Médico:1066755322

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Subjetivo : ANESTESIOLOGIA Paciente de 50 años con los diagnosticos: Diagnósticos 1. POLITRAUMATISMO Programado para realizacion de estudio bajo anestesia: RMN ********** Antecedentes Personales: ********** Anetecedentes Quirúrgicos no refiere Anetecedentes Patológicos: NO REFIERE Antecedentes Alérgicos: NO REFIERE Antecedentes Tóxicos: FUMADOR Anetecedentes Medicamentos uso Habitual: NO REFIERE Se interroga acerca de trastornos de coagulación, alteración endocrinas, episodios sincopales y arritmias cardiacas lo cual niega. Niega antecedentes anestésicos desfavorables en familiares a de hipertermia maligna en familiares y/o propios

Objetivo : ********** Examen Fisico ********** Tension Arterial 110/80 Frec Cardiaca 80 x´ Frec Resp 14 x´ Peso 70 kg PACIENTE VENTILADO VOLUMEN CONTROL CON APOYO VASO ACTIVO , tubo 8.5 bajo sedacion fentanil midazolan Paciente que se encuentra inconsciente, desorientado, que no se moviliza , normocefalico No alteraciones maxilofaciales que describir Cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos y bien golpeados, no oculto soplo frecuencia cardiaca normal. Murmullo vesicular conservado, no estertores gfrecuencia respiratoria normal Abdomen: suave depresible, no impresiona doloroso palapacion no seconstata viceromegalia,ruidos hidroaereos presentes y normales Pelvis y genitales externos sin alteracion de acuerdo edad y sexo Extremidades Superiores: sin alteraciones que describir Extremidades Inferiores: sin alteraciones que describir, no edema, no varices Via Aerea: no se explora paviente intubado conectado ventilacion mecanica con soporte vaso activo

Análisis : ********** Clasificacion de Riesgo Anestesico ********** Clasificasion ASA II Clasificacion NYHA I Clasificacion Golman I Glasgow 15/15 ********** Analisis y Conclusiones ********** Se explica posibilidades de técnica anestésica, riesgos, beneficios y posibles complicaciones relacionados tanto por factores idiosincráticos como a los relacionados su patología actual y enfermedades condiciones previas, se despejan dudas, las cuales el paciente entiende y acepta. Acepta trasfusión sanguínea Se firma consentimiento informado,

Plan : ********** Indicaciones Medicas ********** Programar Se da aval por anestesiologia Se explica ayuno así: - Nada vía oral solido 8 horas antes de qx - Nada vía oral liquido 6 horas antes de qx - Agua hasta 3 horas a antes de qx - Neonatos o lactantes con lactancia materna exclusiva suspender dos horas antes de qx Vias venosas permebles para qx

04.03.2024 15:36:52 FIRMÓ: SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
PSICOLOGIA Registro Médico:8430866

Subjetivo : PSICOLOGÍA FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES, 50 años. Estado civil: soltero, sin hijos. Escolaridad: tecnólogo en maquinaria pesada. Reside en Buenos Aires. Labora como tecnólogo de máquina pesada. Católico. Previo consentimiento del hermano del paciente procedo a realizar interconsulta. Nota: se atiende al paciente bajo normas de cuidado respiratorio equipo de bio-seguridad institucional y lavado de manos, antes y posterior a la interconsulta, y bajo las normas de la OMS. Según el hermano del paciente: "mi hermano tuvo un accidente, pero desconozco cómo fue que pasó; le fue grave; se cayó y se fracturó unas vértebras, el cuello, la pelvis, las costillas" El paciente vive con su hermano José Alfredo Álvarez Torres, de 52 años. En el momento de la interconsulta el paciente se encuentra en compañía de su hermano José Alfredo, y su primo Bernardo Torres. El paciente no ha tenido proceso por psicología. Sin antecedentes psiquiátricos. Sin antecedentes médicos generales. Sin antecedentes de enfermedades médicas sufridas en la familia. Sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Con antecedentes de tabaquismo: 2 paquetes al día. Con antecedentes de abuso de alcohol: todos los días un cuarto de aguardiente. Con adecuadas relaciones interpersonales. Sin manifestaciones de agresividad ni irritabilidad.

Objetivo : Examen mental: encuentro al paciente en cama. Intubado. Bajo sedación. Examen mental del hermano del paciente: alerta, orientado globalmente, con actitud colaboradora frente a la interconsulta, establece contacto visual y no presenta alteraciones de la conducta motora. Euproséxico, afecto hipotímico; sin alteraciones sensoperceptivas. Lenguaje claro, coherente, de tono y prosodia conservados, discurso fluido. Pensamiento lógico, sin alteraciones del curso, sin ideas delirantes u obsesivas, sin cogniciones depresivas, niega ideas de muerte o suicidio. Memoria impresiona conservada, inteligencia impresiona promedio. Juicio y raciocinio conservados, introspección presente, prospección presente.

Análisis : Paciente de 50 años. Ingresado a UCI. Diagnósticos: "- Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos oseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5-6 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) R" El hermano del paciente no presenta agitación. Presenta nerviosismo. No tiene dificultades para concentrarse o pensar. Sin manifestaciones de irritabilidad. Sin alteraciones del sueño y hábitos alimenticios. El hermano del paciente presenta estado de ánimo triste (más no depresivo) durante la interconsulta. Sin una marcada disminución del interés o placer. Carece de sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados. Sin pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. El hermano del paciente presenta rasgos de ansiedad. No hace una negación de la realidad, su entorno o sobre sí mismo. Se le explica al hermano del paciente que durante su permanencia en esta institución se le brindaran estrategias y herramientas para el manejo de sus emociones y algunas técnicas psicológicas que sirvan para el afrontamiento de todo lo que implica el tratamiento médico y estancia hospitalaria de su hermano. Manejo de las emociones en momentos límites de la vida (la enfermedad de su hermano es una situación compleja para la cual hay que contar con unos recursos internos adaptativos para hacerle frente). Se psico orienta al hermano del paciente, con palabras sencillas y empáticas, acerca de la importancia de auto aplicarse el modelo de Daniel Goleman sobre el manejo de las emociones en momentos difíciles, el cual consiste en conocer nuestros propios sentimientos y saber poner nombre al por qué los tenemos en cada momento. Gestionarse a uno mismo. Cumplir nuestras metas y conseguir que, ante los contratiempos, aquellas emociones que sean negativas no nos invadan. Tenemos que conseguir controlarlas y ser optimistas ante la adversidad. Se le permite al hermano del paciente un momento de catarsis. En donde se siente libre para expresar sus emociones. El "foco" de este ejercicio es la tristeza de ver a su hermano en tan malas condiciones. Hermano del paciente con llanto fácil. Se realiza contención emocional. Se le ofrece al hermano del paciente el servicio de acompañamiento psicológico cuando lo vea necesario. El servicio lo puede solicitar a través del personal médico o de enfermería.

Plan : -Seguimiento

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

- 04.03.2024 15:46:08 FIRMÓ: CARDENAS GONZALEZ, JUAN
MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:5253406

Subjetivo : Linea arterial Requiere monitorización de PA para garantizar metas de perfusión Se coloca linea arterial radial izquierda sin complicaciones Adecuado registro en monitor Se titula terapia vasoactiva

Objetivo : .

Análisis : .

Plan : .

- 04.03.2024 17:33:43 FIRMÓ: CARDENAS GONZALEZ, JUAN
MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:5253406

Subjetivo : UCI PM

Objetivo : Paciente en pésima condición general Alto soporte ventilatorio PEEP 10 Fio2 100% Vt 450c Alto soporte vasoactivo Norepinefrina 1mcg/kg/min, Vasopresiona 0.04uds/min Se hace rastreo pocus, corazón hiperdinámico, sin derrame, sin aleracion de contractilidad, paredes normales Cava de 2.3cm sin variabilidad RASS -5 sin signos de hipoperfusión Rx con atelectasia basal derecha

Análisis : Paciente con choque neurogénico Gravemente desoxigenado a pesar de parametros altos ventilatorios con necesidad de doble soporte vasoactivo para lograr metas de presión arterial Atelectasia basal derecha, se ajusta PEEP... mejoramos oxigenación. Conserva diuresis, glucometrías bien. Pronóstico vital ominoso, continuamos soporte, no es tributario a RCCP en caso de paro y se informo esto a sus familiares ya tuvieron intervencion por psicologia

Plan : continuamos vgilancia en UCI No RCCP en caso de paro

- 05.03.2024 09:35:50 FIRMÓ: SOTO TORRES, RONALD ANDRES
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1118825266

Subjetivo : Ronda UCI Dia Francisco Alvarez, 50 años Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contuslón pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Problemas - Nivel medular Soportes: - Norepinefrina 0.9 mcg/kg/min, Vasopresina 2.4 U/hr - LEV 100cc/h - Midazolam 8mg/h - Fentanilo 200mcg/h - Ventilación mecánica invasiva, PEEP 10, VCV, Vt 430ml, Fr 22

Objetivo : Examen fisico: TA 111/58 Fc 98x' Fr 20x' T° 38 Sat 98% Diuresis: 890 ml B. Hidrico(24 Hrs) 3539 ml Glucometria: 95 mg/dl Neurológico: RASS -4 no movimientos anormales Pupilas simétricas, hiporeactivas, conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda Cuello no ingurgitado Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos Campos pulmonares bien ventilados, sin agrgados Abdomen blando, depresible, no peritoneal Extremidades simetricas, sin edemas, llenado capilar 3 seg Hb 13.2 Hto 40% Leuc 1.3 Neut 59% Plaqt 147 PCR 8.8 K 4.2 Na 136 Eab 7.23/68.2/66.7/27.9/-1.4/88%

Análisis : Paciente en muy malas condiciones generales, con doble soportes vasopresor a altas dosis, cursando con Choque neurogenico sin modulacion de vasoplejia, ahora febril laboratorios con leucopenia y PCR aumentada no se descarta inicio de proceso infeccioso probable origen respiratorio teniendo en cuenta cambios en las secresiones y cambios readiologicos en base pulmonar derecha que podrian corresponder a proceso broncoaspiratio o sobreinfeccion de contusion pulmonar por lo que se decide iniciar terapia Atb empirica y cultivo de secresiones respiratorias, de lo neurologico no evaluable por sedoanalgesia, no candidato a despertar, ni maniobras de weaning, se continua manejo en la unidad segun evolucion. Paciente con pobre pronostico a corto plazo, se encuentra pendiente remision integral para manejo de lesion cervical.

Plan : - Continua manejo en UCI - Monitoreo y vigilancia continua - Ver analisis y Ordenes medicas

- 05.03.2024 15:08:22 FIRMÓ: SOTO TORRES, RONALD ANDRES
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1118825266

Subjetivo : NOTA UCI

Objetivo : Examen fisico: TA 145/60 Fc 90x' Fr 22x' T° 37 Sat 94% Soportes: - Norepinefrina 0.4 mcg/kg/min, Vasopresina 2.4 U/hr - LEV 100cc/h - Midazolam 8 mg/h - Fentanilo 200mcg/h - Ventilación mecánica invasiva, PEEP 10, VCV, Vt 430ml, Fr 22

Análisis : Paciente en muy malas condiciones generales, inestable, con doble soporte vasopresor, al momento se logra descenso parcial de dosis de norepinefrina, actualmente se encuentra pendiente remision a centro de mayor nivel por falta de materiales para estabilizacion de lesion cervical requiriendo institucion que cuente con NeuroCx, Cx de Torax, Ortopedia y UCI Ademas de materiales osteorintesis para manejo de Fracturas descritas, Por otra parte paciente en condiciones de traslado en alto risgo por Inestabilidad sin embargo sopesando riesgo beneficio teniendo en cuenta que en la institucion no se le puede brindar el tratamiento quirurgico requerido, se da aval para traslado, se comenta estado actual de paciente a familiar a cargo (hermano) explicandole complicaciones y riesgos de posible traslado que incluyen la muerte, los cuales entienden y aceptan bajo su responsabilidad.

Plan : - Continuar proceso de remision a centro de Mayor complejidad

Powered by CamScanner

Historia Clínica

- 05.03.2024 15:38:53 FIRMÓ: SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
PSICOLOGIA Registro Médico:6430866

Subjetivo : PSICOLOGÍA FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES, 50 años. Estado civil: soltero, sin hijos. Escolaridad: tecnólogo en maquinaria pasada. Reside en Buenos Aires. Labora como tecnólogo de máquina pesada. Católico. Previo consentimiento del hermano del paciente procedo a realizar seguimiento. Nota: se atiende al paciente bajo normas de cuidado respiratorio equipo de bio-seguridad institucional y lavado de manos, antes y posterior a la interconsulta, y bajo las normas de la OMS. Según el hermano del paciente: "mi hermano está muy mal, necesita el traslado a otra institución para que lo operen" El paciente vive con su hermano José Alfredo Álvarez Torres, de 52 años. En el momento de la interconsulta el paciente se encuentra en compañía de su hermano José Alfredo. El paciente no ha tenido proceso por psicología. Sin antecedentes psiquiátricos. Sin antecedentes médicos generales. Sin antecedentes de enfermedades médicas sufridas en la familia. Sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Con antecedentes de tabaquismo: 2 paquetes al día. Con antecedentes de abuso de alcohol: todos los días un cuarto de aguardiente. Con adecuadas relaciones interpersonales. Sin manifestaciones de agresividad ni irritabilidad.

Objetivo : Examen mental del hermano del paciente: alerta, orientado globalmente, con actitud colaboradora frente a la interconsulta, establece contacto visual y no presenta alteraciones de la conducta motora. Euproséxico, afecto hipotímico; sin alteraciones sensoperceptivas. Lenguaje claro, coherente, de tono y prosodia conservados, discurso fluido. Pensamiento lógico, sin alteraciones del curso, sin ideas delirantes u obsesivas, sin cogniciones depresivas, niega ideas de muerte o suicidio. Memoria impresiona conservada, inteligencia impresiona promedio. Juicio y raciocinio conservados, introspección presente, prospección presente.

Análisis : Paciente de 50 años. Ingresado a UCI. Diagnósticos: "- Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotórax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no tórax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx)" El hermano del paciente no presenta agitación. Presenta nerviosismo. No tiene dificultades para concentrarse o pensar. Sin manifestaciones de irritabilidad. Sin alteraciones del sueño y hábitos alimenticios. El hermano del paciente presenta estado de ánimo triste (más no depresivo) durante la interconsulta. Sin una marcada disminución del interés o placer. Carece de sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados. Sin pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. El hermano del paciente presenta rasgos de ansiedad. No hace una negación de la realidad, su entorno o sobre sí mismo. Se le explica al hermano del paciente que durante su permanencia en esta institución se le brindaran estrategias y herramientas para el manejo de sus emociones y algunas técnicas psicológicas que sirven para el afrontamiento de todo lo que implica el tratamiento médico y estancia hospitalaria de su hermano. Manejo de las emociones en momentos límites de la vida (la enfermedad de su hermano es una situación compleja para la cual hay que contar con unos recursos internos adaptativos para hacerle frente). El día de hoy se realizan con el hermano del paciente ejercicios prácticos sobre el modelo de Daniel Goleman sobre el manejo de las emociones en tiempos difíciles. Se traen a colación ejemplos concretos que le faciliten al hermano del paciente la auto aplicación del modelo. Se le permite al hermano del paciente un momento de catarsis. En donde se siente libre para expresar sus emociones. El "foco" de este ejercicio es la esperanza que tiene de que su hermano mejore su salud. Se realiza contención emocional. Se le ofrece al hermano del paciente el servicio de acompañamiento psicológico cuando lo vea necesario. El servicio lo puede solicitar a través del personal médico o de enfermería.

Plan : -Seguimiento

- 05.03.2024 22:55:27 FIRMÓ: GONZALEZ ARROYAVE, LINA
MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:5149002

Subjetivo : RONDA UCI NOCHE Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Soportes: - Norepinefrina 0.35 mcg/kg/min, Vasopresina 2.4 U/hr - LEV 100cc/h - Midazolam 8mg/h - Fentanilo 200mcg/h - Ventilación ACV, PEEP 10, FiO2 50%, VCV, Vt 430ml, Fr 22

Objetivo : Paciente en malas condiciones generales PA 127/56, FC 82, FR 22, SPO2 96%, T 39 Sinusal en cardioscopio RASS -4 GU 1.73cc/kg/h

Análisis : Paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en shock medular, en muy malas condiciones generales, con doble soportes vasopresor a altas dosis, con sospecha de sobreinfeccion pulmonar por lo que se inicio manejo antibiotico, febril Paciente con pobre pronostico, se habla con su hermano, se resuelven dudas, se explica condicion clinica y posibles secuelas, ya esta definido que en caso de parada cardiaca no se realizaran maniobras de reanimacion Continua vigilancia en UCI

Plan : - Continua manejo en UCI - Acompañamiento de su familia - Paraclinicos de control mañana

- 06.03.2024 07:54:41 FIRMÓ: PABON MUÑETON, LUIS FELIPE
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:71778556

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Subjetivo : Cama 811 Ronda UCI Dia Francisco Alvarez, 50 años Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Atelectasia lóbulo inferior derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Problemas - Compromiso neurológico - Soporte presor - Identificación y control infección Soportes: - Norepinefrina 0.25 mcg/kg/min, Vasopresina 2.4 U/hr - Ventilación mecánica invasiva, PEEP 8, VCV, Vt 430ml, Fr 22, FIO2 45%

Objetivo : Paraclínicos de control Ph 7.35 Po2 69 PCO2 53.5 HCO3 29.5 EB 4 Sao2 92.8 Mg 1.8 K 3.4 BUN 11.7 Cr 0.5 Pcr 49 Paciente bajo sedación profunda RASS - 5 Isocorico con reactividad luminica conservada Acoplado al soporte ventilatorio con parametros intermedios Hipoventilación marcada en bases con predominio derecho Trazado sinusal, llenado capilar 2 segundos, aun con requerimento soporte presor Ruidos ritmicos no soplos Abdomen blando, sin defensa Extremidades con edemas, pulsos presentes, deficit motor conocido PA 137/67 FC 82 Sao2 97 %

Análisis : Paciente en la sexta década de la vida con politrauma que ocasiona TRM alto, trauma cerrado de torax y múltiples fracturas costales, acorde evolución pendiente estabilización cervical, en la actualidad cursando con choque mixto, neurogénico y septico pues se sospecha sobreinfección de la contusión basal derecha, además con atelectasia importante en dicho territorio que aumenta compromiso en la oxigenación, se solicita por lo tanto FBC y concurrentemente toma de muestras, ya esta en curso cultivos de secreciones traqueales, continuamos manejo en cuidados intensivos explicando a acompañante la condición clínica actual y la alta probabilidad de un desenlace no favorable

Plan : Se solicita FBC Titular Soporte presor PAM 90 Reducir sedación RASS -2 Paraclínicos de control para mañana Acorde evolución iniciar soporte nutricional

* 06.03.2024 15:46:41 FIRMÓ: SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
PSICOLOGIA Registro Médico:8430866

Subjetivo : PSICOLOGÍA FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES, 50 años. Estado civil: soltero, sin hijos. Escolaridad: tecnólogo en maquinaria pasada. Reside en Buenos Aires. Labora como tecnólogo de máquina pesada. Católico. Previo consentimiento del hermano del paciente procedo a realizar seguimiento. Nota: se atiende al paciente bajo normas de cuidado respiratorio equipo de bio-seguridad institucional y lavado de manos, antes y posterior a la interconsulta, y bajo las normas de la OMS. Según el hermano del paciente: "soy consciente de lo grave que está mi hermano, pero aún guardo la esperanza de que se recupere" El paciente vive con su hermano José Alfredo Álvarez Torres, de 52 años. En el momento de la interconsulta el paciente se encuentra en compañía de su hermano José Alfredo. El paciente no ha tenido proceso por psicología. Sin antecedentes psiquiátricos. Sin antecedentes médicos generales. Sin antecedentes de enfermedades médicas sufridas en la familia. Sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Con antecedentes de tabaquismo: 2 paquetes al día. Con antecedentes de abuso de alcohol: todos los días un cuarto de aguardiente. Con adecuadas relaciones interpersonales. Sin manifestaciones de agresividad ni irritabilidad.

Objetivo : Examen mental: encuentro al paciente en cama. Intubado. Bajo sedación. Examen mental del hermano del paciente: alerta, orientado globalmente, con actitud colaboradora frente a la interconsulta, establece contacto visual y no presenta alteraciones de la conducta motora. Eupropséxico, afecto hipotímico; sin alteraciones sensoperceptivas. Lenguaje claro, coherente, de tono y prosodia conservados, discurso fluido. Pensamiento lógico, sin alteraciones del curso, sin ideas delirantes u obsesivas, sin cogniciones depresivas, niega ideas de muerte o suicidio. Memoria impresiona conservada, inteligencia impresiona promedio. Juicio y raciocinio conservados, introspección presente, prospección presente.

Powered by CamScanner

Análisis : Paciente de 50 años. Ingresado a UCI. Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotórax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Atelectasia lóbulo inferior derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no tórax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx)" El hermano del paciente no presenta agitación. Presenta nerviosismo. No tiene dificultades para concentrarse o pensar. Sin manifestaciones de irritabilidad. Sin alteraciones del sueño y hábitos alimenticios. El hermano del paciente presenta estado de ánimo triste (más no depresivo) durante la interconsulta. Sin una marcada disminución del interés o placer. Carece de sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados. Sin pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. El hermano del paciente presenta riesgo de ansiedad. No hace una negación de la realidad, su entorno o sobre sí mismo. Se le explica al hermano del paciente que durante su permanencia en esta institución se le brindaran estrategias y herramientas para el manejo de sus emociones y algunas técnicas psicológicas que sirvan para el afrontamiento de todo lo que implica el tratamiento médico y estancia hospitalaria de su hermano. Manejo de las emociones en momentos límites de la vida (la enfermedad de su hermano es una situación compleja para la cual hay que contar con unos recursos internos adaptativos para hacerle frente). El día de hoy se le sugieren al hermano del paciente las auto instrucciones, que es una técnica que permite la modificación o sustitución de las auto verbalizaciones internas que el sujeto utiliza antes, durante y después de enfrentarse a una situación estresante por otras verbalizaciones más adaptativas. Facilitar la autorregulación de la conducta y aumentar la creencia y autoconfianza de sus conductas. Por ejemplo, cambiar la auto verbalización negativa "todo es oscuro, no tengo esperanza" por otra más positiva como "hay una luz, voy solucionar". Con esto logramos disminuir los sentimientos negativos que nos autogeneramos al verbalizarnos frases poco constructivas. Se le permite al hermano del paciente un momento de catarsis. En donde se siente libre para expresar sus emociones. El "foco" de este ejercicio es la esperanza de que su hermano mejorará su estado de salud. Se realiza contención emocional. Se le ofrece al hermano del paciente el servicio de acompañamiento psicológico cuando lo vea necesario. El servicio lo puede solicitar a través del personal médico o de enfermería

Plan : -Seguimiento

- **06.03.2024** 18:28:33 FIRMÓ: PABON MUÑETON, LUIS FELIPE
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:71778596

Subjetivo : Cama 811 Ronda UCI noche Francisco Alvarez, 50 años Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Atelectasia lóbulo inferior derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Problemas - Compromiso neurológico - Soporte presor - Identificación y control infección Soportes: - Norepinefrina 0.15 mcg/kg/min, Vasopresina 2 U/hr - Ventilación mecánica invasiva, PEEP 8, VCV, Vt 430ml, Fr 22, FIO2 45%

Objetivo : Paciente bajo sedación RASS - 3 Isocorico con reactividad conservada Acoplado al soporte ventilatorio, ntoventilacion en base derecha Presiones en metas lograndose reducción del soporte vasoactivo PA 126/60 FC 67 Sat2 98% Abdomen blando sin defensa Extremidades con pulsos presentes, edema grado I

Análisis : Paciente politraumatizado por caida de altura, trauma raquimedular cervical, cursa con choque mixto neurogenico y septico sospechandose foco pulmonar con contusión sobreinfectada vs aspiración tiene pendiente cultivos y se solicito FBC en aras resolver su componente atelectasico, se ha logrado reducir soporte vasoactivo, se continuará plan actual en UCI y acorde a evolución definir nueva conducta

Plan : Acorde evolución iniciar soporte nutricional a dosis trofica

- **07.03.2024** 10:55:24 FIRMÓ: HERNANDEZ JARAMILLO, ANDRES FELIPE
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1036607401

Subjetivo : Ronda UCI dia Francisco Alvarez, 50 años Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx). - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) - Choque neurogénico - septico - Falla respiratoria tipo 3 - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Atelectasia lóbulo inferior derecho - Rabdomiolisis - Neumonia aspirativa vs contusiones pulmonares sobreinfectadas Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor - Farmacológicos: Niega. Antibioticos: Ampicilina sulbactam fi 05.03.24 Aislamientos: 05.03.24 Hemocultivos pendientes. 05.03.24 Cultivo AT pendiente Problemas - Compromiso neurológico - Soporte presor - Identificación y control infección

Objetivo : Soporte vasopresor: nore 0.15, vasopresina pausada hoy 8am Soporte ventilatorio: Ventilación mecánica invasiva: PEEP 8, VCV, Vt 430ml, Fr 23, FIO2 45% Balance: GU 0,5, ingresos 2.291, diuresis por sonda 550 Control metabolico: glucometrias >180 Dieta: NET suspendida por FBC pendiente Sedacion: midazolam 5mg/h, fentanilo 150ug/h Cardioscopio en sinusal. PCs rítmicos, no soplos RRs disminuidos, con algunos crepitos en bases. Abdomen blando, sin masas, dolor no evaluable Ext sin edemas. Neuro rass - 3 pH 7.41, PCO2 43.8, PO2 89, HCO3 27.6, EB 3.1, PAFI 197 Na 139, k 3.95, Ca 1.06, Cl 99.7 PCR 44.4 Cr 0.98, bun 26 Plat 119

Powered by CamScanner

Análisis : Hombre, 50 años. Sin antecedentes personales de importancia. Presentó politrauma, sufriendo compromiso principalmente en columna cervical (TRM ASIA A - Nivel motor C5), pelvis y torax. En uci por estado de choque, se sospecha etiologia neurogenica y septica por infeccion pulmonar. Ahora con las siguientes consideraciones: Continua inestable hemodinamicamente, sin embargo ha tolerado el desmonte del soporte vasopresor, en el momento está cerrada la vasopresina. Se intentará titular la nore segun evolucion. Acoplado a la ventilacion mecanica, parametros bajos, cumpliendo metas de ventilacion protectora, aceptables indices de oxigenacion.. Azoados normales, diuresis en el limite inferior, se vigilará. Sin trastorno electrolitico. Está con NET, pero por ahora esta suspendida en espera de LBA + FBC (para toma de muestras y manejo atelectasia). Sedoanalgesia con midazolam y fentanilo, se titulará para rass -1. Persiste con picos febriles, hace <48 horas se inicio terapia antibiotica empirica con ampi-sulba. Hemocultivos y cultivo de AT pendiente. Por ahora no se modifica en antibiotico. Continua en uci.

Plan : UCI Titular soporte Titular sedacion. Paraclinicos mañana. Pendiente FBC Luego de fibro, reiniciar nutricion.

- 07.03.2024 15:18:08 FIRMÓ: SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  PSICOLOGIA Registro Médico:8430866

Subjetivo : PSICOLOGÍA FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES, 50 años. Estado civil: soltero, sin hijos. Escolaridad: tecnólogo en maquinaria pasada. Reside en Buenos Aires. Labora como tecnólogo de máquina pesada. Católico. Previo consentimiento del hermano del paciente procedo a realizar seguimiento. Nota: se atiende al paciente bajo normas de cuidado respiratorio equipo de bio-seguridad institucional y lavado de manos, antes y posterior a la interconsulta, y bajo las normas de la OMS. Según el hermano del paciente: "seguimos esperando que le resulte el traslado a mi hermano para otra institución" El paciente vive con su hermano José Alfredo Álvarez Torres, de 52 años. En el momento de la interconsulta el paciente se encuentra en compañía de su hermano José Alfredo. El paciente no ha tenido proceso por psicología. Sin antecedentes psiquiátricos. Sin antecedentes médicos generales. Sin antecedentes de enfermedades médicas sufridas en la familia. Sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Con antecedentes de tabaquismo: 2 paquetes al día. Con antecedentes de abuso de alcohol: todos los días un cuarto de aguardiente. Con adecuadas relaciones interpersonales. Sin manifestaciones de agresividad ni irritabilidad.

Objetivo : Examen mental: encuentro al paciente en cama. Intubado. Bajo sedación. Examen mental del hermano del paciente: alerta, orientado globalmente, con actitud colaboradora frente a la interconsulta, establece contacto visual y no presenta alteraciones de la conducta motora. Eutroséxico, afecto plano; sin alteraciones sensoperceptivas. Lenguaje claro, coherente, de tono y prosodia conservados, discurso fluido. Pensamiento lógico, sin alteraciones del curso, sin ideas delirantes u obsesivas, sin cogniciones depresivas, niega ideas de muerte o suicidio. Memoria impresiona conservada, inteligencia impresiona promedio. Juicio y raciocinio conservados, introspección presente, prospección presente.

Análisis : Paciente de 50 años. Ingresado a UCI. Diagnósticos: "- Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no tórax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx). - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) - Choque neurogénico - séptico - Falla respiratoria tipo 3 - Neumotórax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Atelectasia lóbulo inferior derecho - Rabdomiolisis - Neumonía aspirativa vs contusiones pulmonares sobreinfectadas" El hermano del paciente no presenta agitación. Presenta nerviosismo. No tiene dificultades para concentrarse o pensar. Sin manifestaciones de irritabilidad. Sin alteraciones del sueño y hábitos alimenticios. El hermano del paciente no presenta estado de ánimo depresivo durante la interconsulta. Sin una marcada disminución del interés o placer. Carece de sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados. Sin pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. El hermano del paciente presenta rasgos de ansiedad. No hace una negación de la realidad, su entorno o sobre sí mismo. Se le explica al hermano del paciente que durante su permanencia en esta institución se le brindaran estrategias y herramientas para el manejo de sus emociones y algunas técnicas psicológicas que sirvan para el afrontamiento de todo lo que implica el tratamiento médico y estancia hospitalaria de su hermano. Manejo de las emociones en momentos límites de la vida (la enfermedad de su hermano es una situación compleja para la cual hay que contar con unos recursos internos adaptativos para hacerle frente). El día de hoy se realizan con el hermano del paciente ejercicios prácticos de los modelos sugeridos hasta el momento sobre el manejo de las emociones en momentos difíciles. Se llevan a colación ejemplos concretos que le faciliten al hermano del paciente la auto aplicación de los modelos. Se le ofrece al hermano del paciente el servicio de acompañamiento psicológico cuando lo vea necesario. El servicio lo puede solicitar a través del personal médico o de enfermería.

Plan : -Seguimiento

- 07.03.2024 19:55:52 FIRMÓ: BARRIOS MARTINEZ, DORMAR DAVID
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:81512

Subjetivo : *** unidad de cuidados intensivos adultos/pabellon neuro-critico *** * medicina crítica & cuidados intensivos evolucion nocturna

Objetivo : * diagnosticos de trabajo - politrauma de alta energía - trauma raquimedular asia a ** fx c5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** nivel motor c5 - fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de c4. - fractura de la apófisis transversa derecha de l1, l2 y l3. - fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo qx). - fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo qx) - choque neurogénico - séptico - falla respiratoria tipo 3 - neumotorax derecho - contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - atelectasia lóbulo inferior derecho - rabdomiolisis - neumonia aspirativa vs contusiones pulmonares sobreinfectadas. * antecedentes: -personales: niega -quirurgicos: niega. -alergicos: niega -toxicos: tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - farmacológicos: niega. * antibioticos: ampicilina sulbactam fi 05.03.24 * aislamientos: 05.03.24 hemocultivos pendientes. 05.03.24 cultivo at pendiente. * subjetivo paciente bajo efectos de sedoanalgesia, no impresiona dolor ni agitacion.

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Análisis : * signos vitales temperatura 36°c tensión arterial 147/68 milimetros de mercurio tensión arterial media 82 milimetros de mercurio frecuencia cardiaca 92 latidos por minuto frecuencia respiratoria 24 respiraciones por minuto pulsioximetria 93% fraccion inspirada de oxígeno 24% dolor: 0/10 escala visual análoga de la oms * al examen físico soporte vasopresor: nore 0.15, soporte ventilatorio: ventilación mecánica invasiva, peep 8, vcv, vt 430ml, fr 23, fio2 45% sedacion midazolam 5mg/h, fentanilo 150ug/h cardioscopio en sinusal. Rcs ritmicos, no soplos rrs disminuidos, con algunos crepitos en bases Abdomen blando, sin masas, dolor no evaluable ext sin edemas Neuro rass - 3 * paraclínicos e imagenológicos no nuevos

Plan : * concepto paciente masculino en su sexta década de la vida, quien se encuentra en la unidad cursando con politrauma, sufriendo compromiso principalmente en columna cervical (trm asia a - nivel motor c5), pelvis y torax En uci por estado de choque, se sospecha etiologia neurogenica y septica por infeccion pulmonar. Ha tolerado el desmonte del soporte vasopresor. Acoplado a la ventilacion mecanica, parametros bajos, cumpliendo metas de ventilacion protectora, aceptables indices de oxigenacion Persiste con picos febriles, hace <48 horas se inicio terapia antibiotica empirica con ampi-sulba. Hemocultivos y cultivo de at pendiente Evolución clinica adecuada, hemodinámicamente estable pero con requerimiento de soporte vasoactivo dual, ventilatoriamente con requerimiento de soporte ventilatorio mecánico invasivo, con adecuada interaccion paciente/ventilador, stres index 1, indice de asincronias 0%, neurológicamente con sedo-analgesia con adecuada respuesta, modulando signos de respuesta inflamatoria sistémica, se considera ante este contexto clinico - pendiente informe de fibro-broncos-copia. - seguimos estrategia sepsis-pam trial. - continuara manejo medico integral en la unidad de cuidados intensivos. - ampliación de paraclinicos e imagenológicos control - favor retirar accesos invasivos no pertinentes. Resto de manejo médico igual, atentos a evolución clinica, pronóstico reservado, condicionado por edad, comorbilidades y disfunción multiorganica, sujeto a evolución clínica. Familiares al tanto de situación clinica. Entienden y aceptan conductas. ¡gracias!

- 08.03.2024 08:50:00 FIRMÓ: SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1118825266

Subjetivo : Ronda UCI Dia Francisco Alvarez, 50 años Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacologicos: Niega. Problemas - Nivel medular Soportes: - Norepinefrina 0.3 mcg/kg/min, Vasopresina 2.4 U/hr - LEV 100cc/h - Midazolam 3mg/h - Fentanilo 150mcg/h - Ventilación mecánica invasiva, Fio2 30% PEEP 8, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Infeccioso: Ampicilina + Sulbactam FI 5/03/24 Aislamientos 5/03/24 Hemocultivos: Pendiente 5/03/24 Asp. Traqueal:GRAM sin Crecimiento. 7/03/24 Asp. Bronquial. GRAM y KOH sin Crecimiento.

Objetivo : Examen fisico: TA 107/63 Fc 63x' Fr 22x' T° 38 Sat 97% Diuresis: 650 ml B. Hidrico(24 Hrs) 1616 ml Glucometria: 253 mg/dl Neurológico: RASS -4 no movimientos anormales Pupilas simétricas, hiporeactivas, conjuntivas rosadas, mucosa oral humeda Cuello no ingurgitado Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos Campos pulmonares bien ventilados, sin agrgados Abdomen blando, depresible, no peritoneal Extremidades simetricas, sin edemas, llenado capilar 3 seg PCR 20.8 Cl 101 Mg 2.5 K 5.12 Na 138 BUN 43 Creat 0.3 Eab 7.39/45/70.2/26.6/1.2/93%

Análisis : Paciente en muy malas condiciones generales, con doble soportes vasopresor a altas dosis, cursando con Choque neurogenico sin modulacion de vasoplejia, Persistente febril sospecha proceso infeccioso probable origen respiratorio con terapia Atb empirica, cultivos sin crecimiento a la fecha, no se descarta que fiebre podria ser de origen central, de lo neurologico no evaluable por sedoanalgesia, no candidato a despertar, ni maniobras de weaning, se continua manejo en la unidad segun evolucion. Paciente con pobre pronostico a corto plazo, se encuentra pendiente remision integral para manejo de lesion cervical.

Plan : - Continua manejo en UCI - Monitoreo y vigilancia continua - Ver analisis y Ordenes medicas

- 08.03.2024 13:47:06 FIRMÓ: SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  PSICOLOGIA Registro Médico:8430866

Subjetivo : PSICOLOGÍA FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES, 50 años. Estado civil: soltero, sin hijos. Escolaridad: tecnólogo en maquinaria pesada. Reside en Buenos Aires. Labora como tecnólogo de máquina pesada. Católico. Previo consentimiento del hermano del paciente procedo a realizar seguimiento. Nota: se atiende al paciente bajo normas de cuidado respiratorio equipo de bio-seguridad institucional y lavado de manos, antes y posterior a la interconsulta, y bajo las normas de la OMS. Según el hermano del paciente: "estamos haciendo gestiones para cambiar a mi hermano de EPS para así agilizar el proceso de traslado a otra institución" El paciente vive con su hermano José Alfredo Álvarez Torres, de 52 años. En el momento de la interconsulta el paciente se encuentra en compañía de su hermano José Alfredo. El paciente no ha tenido proceso por psicología. Sin antecedentes psiquiátricos. Sin antecedentes médicos generales. Sin antecedentes de enfermedades médicas sufridas en la familia. Sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Con antecedentes de tabaquismo: 2 paquetes al día. Con antecedentes de abuso de alcohol: todos los días un cuarto de aguardiente. Con adecuadas relaciones interpersonales. Sin manifestaciones de agresividad ni irritabilidad.

Objetivo : Examen mental: encuentro al paciente en cama. Intubado. Bajo sedación. Examen mental del hermano del paciente: alerta, orientado globalmente, con actitud colaboradora frente a la interconsulta, establece contacto visual y no presenta alteraciones de la conducta motora. Euproséxico, afecto plano; sin alteraciones sensoperceptivas. Lenguaje claro, coherente, de tono y prosodia conservados, discurso fluido Pensamiento lógico, sin alteraciones del curso, sin ideas delirantes u obsesivas, sin cogniciones depresivas, niega ideas de muerte o suicidio. Memoria impresiona conservada, inteligencia impresiona promedio. Juicio y raciocinio conservados, introspección presente, prospección presente

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Análisis : Paciente de 50 años. Ingresado a UCI. Diagnósticos: "- Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotórax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no tórax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx)". El hermano del paciente no presenta agitación. No presenta nerviosismo. No tiene dificultades para concentrarse o pensar. Sin manifestaciones de irritabilidad. Sin alteraciones del sueño y hábitos alimenticios. El hermano del paciente no presenta estado de ánimo depresivo durante la interconsulta. Sin una marcada disminución del interés o placer. Carece de sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados. Sin pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. El hermano del paciente presenta rasgos de ansiedad. No hace una negación de la realidad, su entorno o sobre sí mismo. Se le explica al hermano del paciente que durante su permanencia en esta institución se le brindaran estrategias y herramientas para el manejo de sus emociones y algunas técnicas psicológicas que sirvan para el afrontamiento de todo lo que implica el tratamiento médico y estancia hospitalaria de su hermano. Manejo de las emociones en momentos límites de la vida (la enfermedad de su hermano es una situación compleja para la cual hay que contar con unos recursos internos adaptativos para hacerle frente). Para el cambio de los pensamientos negativos por pensamientos de esperanza y optimismo se le sugieren al hermano del paciente las técnicas de reestructuración cognitiva que consisten en aprender a identificar los pensamientos negativos asociados a un malestar, encontrar las claves y el origen de ese malestar. Y a partir de ahí, reformular la perspectiva desde donde se ven las cosas, para creer que se puede pensar de un modo diferente. En otras palabras, estas técnicas tratan de conseguir que nuestras interpretaciones y pensamientos sean más realistas (con respecto a las situaciones y a nuestras capacidades de afrontarlas) y más específicos. Para poder lograrlo se hacen necesarios los siguientes pasos: ##La identificación de los pensamientos erróneos: el cual consiste en detectar los pensamientos que en una determinada situación me hacen sentir mal. Es decir, pensar acerca de nuestras propias interpretaciones sobre lo que sucede. ##Analizar juiciosamente pensamientos erróneos: Una vez que se identifican los pensamientos, se deben analizar, comprobar la veracidad de ese pensamiento, buscar la forma de demostrar que es verdadero o falso. Para ello partimos de una premisa importante, no pensar algo, convierte a ese pensamiento en necesariamente cierto, y para demostrarlo, hay que buscar las evidencias a favor y en contra de dicho pensamiento. ##Cambiar los pensamientos erróneos: que consiste en flexibilizar o modificar los pensamientos que se ha comprobado que no son ciertos o no totalmente ciertos, por otros más apropiados, razonables y realistas. Se le ofrece al hermano del paciente el servicio de acompañamiento psicológico cuando lo vea necesario. El servicio lo puede solicitar a través del personal médico o de enfermería.

Plan : -Seguimiento

- 08.03.2024 18:45:40 FIRMÓ: SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1118825266

Subjetivo : Ronda UCI Noche Francisco Alvarez, 50 años Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Problemas - Nivel medular Soportes: - Norepinefrina 0.2 mcg/kg/min, Vasopresina 2.4 U/hr - LEV 100cc/h - Midazolam 3mg/h - Fentanilo 200mcg/h - Ventilación mecánica invasiva, Fio2 30% PEEP 8, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Infeccioso: Ampicilina + Sulbactam FI: 5/03/24 Aislamientos 5/03/24 Hemocultivos: Pendiente 5/03/24 Asp. Traqueal:GRAM sin Crecimiento. 7/03/24 Asp. Bronquial: GRAM y KOH sin Crecimiento.

Objetivo : Examen fisico: TA 118/76 Fc 73x' Fr 23x' T° 38.8 Sat 92% Diuresis: 270 ml B. Hidrico(12 Hrs) 1082 ml Neurológico: RASS -3 no movimientos anormales Pupilas simétricas, hiporeactivas, conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda Cuello no ingurgitado Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos Campos pulmonares bien ventilados, sin agrgados Abdomen blando, depresible, no peritoneal Extremidades simetricas, sin edemas, llenado capilar 3 seg

Análisis : Paciente en muy mal estado general, con doble soporte vasopresor 2° a choque refractario, persiste febril, sin nuevo foco infeccioso aparente, ademas ahora con deterioro de funcion renal oligurico, paciente con pobre pronostico a corto plazo no candidato a TRR en caso de requerirla, se inicia infusion de furosemida como tratamiento medico, en caso de progresion de fallas organica se considerara priorizar confort y cuidados de fin de vida, continua pendiente remision para manejo de leion cervical.

Plan : - Continua manejo en UCI - Monitoreo y vigilancia continua - Ver analisis y Ordenes medicas

- 09.03.2024 11:14:25 FIRMÓ: QUINTERO RAMIREZ, FELIPE
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1088243046

Subjetivo : Evolución UCI -día. Diagnósticos: - Politraumatismo de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque distrubitivo (neurogénico + séptico?). - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho. - Sepsis de probable foco pulmonar. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Subjetivo: No evaluable, paciente bajo sedación.

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Objetivo : Invasiones: Catéter venoso central de inserción periférica MS izquierdo. Línea arterial radial izquierda. Tubo orotraqueal. Sonda orogástrica. Sonda vesical. Soportes: Cardiovascular: norepinefrina 0.16 mcg/kg/min. Respiratorio: VMI modo CMV(V), Vt 430 cc, FiO2 0.45, FR 23 rpm, PEEP 8 cmH2O, FiO2 0,45. Sedación-analgesia: midazolam - fentanilo. Antimicrobiano: ampicilina sulbactam (fecha inicio 05.03.2024 - día 4). Nutricional: ensure clínical. Aislamientos microbiológicos: 5/03/24 Hemocultivos: Pendiente reportee. 5/03/24 Asp. Traqueal: Gram sin Crecimiento. Pendiente reporte de cultivo. 7/03/24 BAL: Gram y KOH sin Crecimiento. Pendiente reporte de cultivo. Signos vitales: TA: 124/61 mmHg, TAM: 82 mmHg, FC: 56 lpm, FR: 23 rpm, Temp: 37.5°C, sO2: 94%. Gasto urinario promedio: 3 cc/kg/hora, balance diario -273 cc. Glucometrías: 130 mg/dl. Examen físico: Malas condiciones generales aparentes. Bajo efectos de sedoanalgesia, rass -4/-5. Pupilas simétricas, 2 mm, reactivas. Mucosas húmedas, rosadas, escleras anictéricas. Cuello inmovilizado con collar, sin masas, no ingurgitación yugular. Acoplado a soporte ventilatorio invasivo. Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Monitor en ritmo de bradicardia sinusal. Ruidos respiratorios simétricos, no sobreagregados. Abdomen blando, no aparenta doloroso. No masas ni megalias palpables. Genitourinario: sonda vesical permeable, drenando orina clara. Extremidades simétricas, edema GI de MSIS. Llenado capilar distal menor a 3 seg. Reporte de ayudas diagnósticas: **Creatinina 0.7 mg/dl. BUN 55.2 mg/dl. **Ca+ 0.97 mmol/L. K 2.7 mmol/L. Na 144 mmol/L. **Gases arteriales: pH 7.42, PCO2 43, PO2 89.4, PAO2/FiO2 162, HCO3 26.5, BE 3.2. **Leucos 21.800, neutr 88%, linf 4%, Hb 11.2 g/dl, Hcto 32%, plaq 147.000.

Análisis : Paciente con historia anotada. Permanece en condición crítica. Desde el punto de vista cardiovascular se menciona labilidad de cifras tensionales; ahora se pudo suspender vasopresina. Mantiene metas de TAM bajo soporte vasopresor con norepinefrina a dosis intermedia/baja. No hay signos clínicos de congestión significativa ni de hipoperfusión. Acoplado a soporte ventilatorio invasivo con parámetros intermedios. Gases arteriales con trastorno de oxigenación en rango moderado, sin trastorno significativo de la ventilación. Persiste con SIRS activo, fiebre sostenida durante la madrugada. Aún sin rescate microbiológico en cultivos. Sin embargo, teniendo en cuenta evolución clínica, con SIRS no modulado, cambios radiológicos y trastorno de oxigenación asociado, se decide ampliar espectro antimicrobiano considerando posible foco pulmonar. La nutrición enteral se encontraba diferida por inestabilidad cardiovascular, indicamos su reinicio. Iniciamos además plan de desmonte gradual de sedoanalgesia. Función renal en seguimiento. Se encontraba oligúrico pero presentó respuesta favorable a reto diurético; ahora con gasto urinario en metas, por lo que suspendemos infusión de furosemida. Electrolitos con hipokalemia moderada, continuamos reposición por vía central. Por el momento indicamos dar continuidad a resto de plan de manejo instaurado, el pronóstico funcional y vital sigue siendo muy reservado, con alto riesgo de mortalidad intrahospitalaria.

Plan : - Continuar manejo en UCI. - Suspender ampicilina/sulbactam e infusión de furosemida. - Reiniciar nutrición enteral. - Iniciar meropenem y vancomicina. - Desmonte gradual de sedoanalgesia. - Continuar reposición de potasio por vía central. - Pendiente reporte de cultivos.

- 09.03.2024 19:31:56 FIRMÓ: QUINTERO RAMIREZ, FELIPE
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1088243046

Subjetivo : Evolución UCI - noche. Diagnósticos: - Politraumatismo de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque distrubitivo (neurogénico + séptico?). - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho. - Sepsis de probable foco pulmonar. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes. -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Subjetivo: No evaluable, paciente bajo sedación.

Objetivo : Invasiones: Catéter venoso central de inserción periférica MS izquierdo. Línea arterial radial izquierda. Tubo orotraqueal. Sonda orogástrica. Sonda vesical. Soportes: Cardiovascular: norepinefrina 0.12 mcg/kg/min. Respiratorio: VMI modo CMV(V), Vt 430 cc, FiO2 0.45, FR 23 rpm, PEEP 8 cmH2O, FiO2 0,45. Sedación-analgesia: midazolam - fentanilo. Antimicrobiano: --- Ampicilina sulbactam (fecha inicio 05.03.2024 - fecha finalización 09.03.2024). --- Meropenem - Vancomicina (fecha inicio 09.03.2024 - día 0). Nutricional: ensure clínical. Aislamientos microbiológicos: 5/03/24 Hemocultivos: Pendiente reporte. 5/03/24 Asp. Traqueal: Gram sin Crecimiento. Cultivo positivo > 100.000 UFC Haemophilus influenzae (antibiograma no reportado). 7/03/24 BAL: Gram y KOH sin Crecimiento. Pendiente reporte de cultivo. Signos vitales: TA: 127/63 mmHg, TAM: 84 mmHg, FC: 58 lpm, FR: 23 rpm, Temp: 36°C, sO2: 94%. Gasto urinario 5 L durante el día. Glucometrías: 154 - 211 mg/dl. Examen físico: Malas condiciones generales aparentes. Bajo efectos de sedoanalgesia, rass -4/-5. Pupilas simétricas, 2 mm, reactivas. Mucosas húmedas, rosadas, escleras anictéricas. Cuello inmovilizado con collar, sin masas, no ingurgitación yugular. Acoplado a soporte ventilatorio invasivo. Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Monitor en ritmo de bradicardia sinusal. Ruidos respiratorios simétricos, no sobreagregados. Abdomen blando, no aparenta doloroso. No masas ni megalias palpables. Genitourinario: sonda vesical permeable, drenando orina clara. Extremidades simétricas, edema GI de MSIS. Llenado capilar distal menor a 3 seg. Reporte de ayudas diagnósticas: Sin nuevos estudios por reportar.

Análisis : Paciente quien pasa el día sin cambios significativos en su condición clínica. Ha tolerado leve disminución en la dosis del vasopresor. Nos encontramos en plan de titulación de sedoanalgesia, aún permanece en plano profundo de sedación. Se mantiene acoplado a la VMI con parámetros intermedios. Solicitamos control gasimétrico. Poliurico durante el día en muy probable relación con uso de diurético. Suspendemos furosemida y mantendremos seguimiento estrecho a electrolitos. Durante el día se modificó esquema antimicrobiano por persistencia de SIRS, asociado a cambios radiológicos y deterioro en los índices de oxigenación, configurando alta sospecha de foco infeccioso respiratorio. Cultivo de aspirado traqueal del 05.03 con reporte positivo para H. influenzae; antibiograma no reportado. Por el momento no indicamos nuevos ajustes a la terapia. Pendiente reporte de hemocultivos y cultivo de LBA. Viene tolerando reinicio de nutrición enteral, glucometrías en límite superior. De acuerdo con evolución se definirá inicio de insulinoterapia. Por ahora indicamos dar continuidad a resto de plan de manejo instaurado, el pronóstico funcional y vital sigue siendo muy reservado, con alto riesgo de mortalidad intrahospitalaria.

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Plan : - Continuar manejo en UCI. - Suspender furosemida. - Continuar resto de manejo instaurado. - Se solicitan paraclínicos y Rx de control.

- 10.03.2024 10:16:32 FIRMÓ: JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:114893

Subjetivo : UCI DIA Fecha ingreso HGM: 02-03-2024 Fecha ingreso UCI: 03-03-2024 Diagnósticos: - Politraumatismo de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque distrubitivo (neurogénico + séptico?). - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho. - Sepsis de probable foco pulmonar. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega. Paciente que está en regular condicion, en ventilacion mecanica, sin fiebre, cifras tensionales adecuadas con norepinefrina a 0,08 ug, diuresis de 7020 cc y balance acumulado de 19,8 lt

Objetivo : Presion: 117/57 fc. 52 x min ruidos cardiacos ritmicos, bradicardicos, sin galope, ruidos respiratorios con sibilancias espiratorias, abdomen depresible, no masas, extremidades sin deficit de pulso, rass -4 examenes: ph 7,527; 44,8 de co2, 54,3 de po2, 120,6 de pafi, 12,1 de hb, 32900 leucos, 94% de pmn; 216000 plq

Análisis : Paciente con politraumatismo al caer desde una altura de 2,5 mt, con lesion cervical, trauma cerrado de torax, desarrolló choque mixto, con alto requerimiento de vasopresores, en este momento cobertura antibiotica con meropenem vancomicina, se logró suspender vasopresina y la norepinefrina está a 0,08 ug, hasta ahora estudios de lavado broncoalveolar van negativos, estamos pendientes de remision a centro para manejo quirurgico de su lesion en columna, continuamos manejo instaurado, ajusto dosis de meropenem, ayer tuvo diuresis de 7 litros, por lo que se está corrigiendo potasio cada 8 horas, bajos indices de oxigenacion, 120 de pafi, con 32900 leucos, control de examenes mañana

Plan : meropenem 1 gr cada 8 horas examenes

- 10.03.2024 19:30:01 FIRMÓ: SANTISTEBAN PEREZ, NATALIA
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:855912010

Subjetivo : EVOLUCIÓN UCI NOCHE DIAGNÓSTICOS: Diagnósticos: - Politraumatismo de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque distrubitivo (neurogénico + séptico?). - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho. - Sepsis de probable foco pulmonar. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega.

Objetivo : TA: 117/72 FR 22 X' FC 80 X' SAO2 90% T 37.3° C SAO2 90% GU 1.3 cc kg hora Midazolam 7 mg hora Fentanilo 200 mcgr hora Nutrución enteral 29 cc hora - Glc 286 mg dl Soporte ventilatorio en modo AC/V Fio2 50% vol 430 ml PEEP 10 fr 23 x' relación I:E 1:2.1 Paciente intubado, sedado, nivel sensitivo C5, isocoria hiporeactiva, conjuntivas rosadas, escleras anictéricas, cardiopulmonar ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, no agregados pulmonares, abdomen blando, no defendido, extremidades sin edemas, llenado capilar conservado.

Análisis : Paciente con diagnóstico de politrauma, TRM C5, cotnusión pulmonar con sobreinfección, múltiples fracturas costales sin tórax inestable, en manejo antibiótico empírico, no tiene aislamiento microbiológico a la fecha, continua manejo antibiótico y soporte ventilatorio, requiere infusión de insulina cristalina, se solicitan laboratorios control, informe a familiares y monitoria UCi.

Plan : Se inicia infusión de insulina cristalina. Laboratorios de control Pendiente cultivos

- 11.03.2024 10:32:59 FIRMÓ: GARCIA PEÑUELA, EDWAR JAVIER
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:76003905

Subjetivo : UCI DIA Fecha ingreso HGM: 02-03-2024 Fecha ingreso UCI: 03-03-2024 Diagnósticos: - Politraumatismo de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 Choque distributivo (neurogénico + séptico?). - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho. - Sepsis de probable foco pulmonar. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterio y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Nie -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega.

Objetivo : Diuresis adecuada, control glucémico bien, sin fiebre, con bajo soporte vasoactivo, sinusal, sincronìa con ventilaciòn mecànica, parámetros bajos, tolera nutrición, perfusión distal adecuada, sedación, RASS -4 ********** Hipercapnia 60 sin acidemia, Po2 66,pafi 143 Hb 11, hto 33, leucos 25.900 (32.900), neutros 93%, plts 293.000, PCR 5 Iones con hipo K moderada, Na 150, funcion renal bi

Análisis : Politrauma por caída de altura de 2,5 mt, con lesion cervical, trauma cerrado de torax, choque mixto, con vasopresor en desmonte, actualemte con antibiotico empirico con meropenem vancomicina por sospecha de contusines pulmonares sobreinfectadas, los estudios de lavado broncoalveolar van negativos, sin fiebre,leucos y PCR en descenso, se mantiene tto actual. Se inicia reposicion de agua lib K. Pendiente remision a centro para manejo quirurgico de su lesion en columna.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Plan : Politrauma por caída de altura de 2,5 mt, con lesion cervical, trauma cerrado de torax, choque mixto, con vasopresor en desmonte, actualemte con antibiotico empirico con meropenem vancomicina por sospecha de contusines pulmonares sobreinfectadas, los estudios de lavado broncoalveolar van negativos, sin fiebre,leucos y PCR en descenso, se mantiene tto actual. Se inicia reposicion de agua libre y K. Pendiente remision a centro para manejo quirurgico de su lesion en columna.

- 11.03.2024 21:19:00 FIRMÓ: ARISTIZABAL PAERES, JUAN PABLO
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:73926

Subjetivo : uci Fecha ingreso HGM: 02-03-2024 Fecha ingreso UCI: 03-03-2024 Diagnósticos: - Politraumatismo de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque distributivo (neurogénico + séptico?). - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho. - Sepsis de probable foco pulmonar. - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: -Personales: Niega -Quirurgicos: Niega. -Alergicos: Niega -Toxicos: Tabaquista activo, consumo frecuente de licor. - Farmacológicos: Niega.

Objetivo : febril (38.9) diuresis 1200. balance 1627. BA +22. ritmo sinusal mucosas rosadas, isocoria, anictericia, cuello sin masas rigidez ni estridor. vm: v 430. peep 9. fr 22. fio2 0.45. ruido respiratorio disminuido sin agregados. NE 0.04, rscsrs sin soplos s3 ni frote abdomen normal rass -4 no edemas buena perfusion clinica ph 7.46, bic 42, co2 60, pafi 140 hb 11 blancos 25.000, pcr 5 k 2.9. se repuso AT: Hib BL neg

Análisis : paciente con politrauma en el que destaca estallido de C5 con TRM ASIA A, choque medular y falla ventilatoria. Pendiente remision a centro para manejo quirurgico de su lesion en columna. requiriendo vasopresor bajas dosis, ritmo sinusal, parametros ventilatorios intermedios, acoplado, adecuada oxigenacion clinica, buena diuresis sin falla renal acidosis ni hiperlactatemia, sin hipoperfusion clinica ni sobrecarga, no trastorno electrolitico, no sangrado activo, hemoglobina estable, sin criterio trasfusional, abdomen sin signos de alarma. respuesta inflamatoria sistemica activa, febril, rfa altos, foco infeccioso clinico activo identificado en pulmon, contusiones infectadas por Hib BL negativo, se desescala ab a A/S. no complicaciones piogenas x imagenes. sigue de uci por labilidad clinica, riesgo de requerir intervenciones avanzadas y para vmi, monitoreo hemodinamico, respiratorio y metabolico de sepsis. examenes mañana. se revisa kardex y se comenta plan con enfermeria. examen clinico con elementos de protección personal de acuerdo a protocolo institucional.

Plan : - p/ remision neurocx. - examenes mañana. - ciclo ab. - titular norepinefrina para pam >65.

- 12.03.2024 10:22:45 FIRMÓ: GONZALEZ ARROYAVE, LINA
  MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:5149002

Subjetivo : RONDA UCI DIA Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.35 mcg/kg/min - Sedoanalgesia: Midazolam 10mg/h, Fentanilo 200mcg/h - Ventilación: ACV, PEEP 8, FiO2 40%, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Antibiotico: Ampicilina-sulbactam 11.03.24 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h, insulina 1.5U/h Antibióticos previos Vancomicina, meropenem 09-11.03.24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae Febril hasta 38.8 Tolerando nutricion

Objetivo : Paciente en regulares condiciones generales PA 113/59, FC 85, FR 22, SPO2 96%, T 36.8 C/C conjuntivas rosadas, mucosas hidratadas C/P RsCsRs, sin soplos, pulmones bien ventilados, secreciones claras Sinusal en cardioscopio Abdomen blando Neurologico cuadriplejico RASS -2 GU 2.54cc/kg/h, ingresos 4400, Egresos 2870 Glucometrias 140-165-156-186 Paraclinicos GB 27500 (25900), N 89%, Hb 11.1, plaquetas 354.000 Gases arteriales pH 7.5, pCO2 51, pO2 69, HCO3 37, BE 17, SPO2 96%, FiO2 45% K 2.97, Na 149

Análisis : Paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en shock medular, tolerando desmonte de vasopresor, preocupa que persiste febril, sin cambios en la secreciones, en caso de nuevo pico febril se tomaran hemocultivos, buena diuresis, mal control metabolico, sin alteracion renal, con hipocalemia, para la que se ordena reposicion Conmtinua manejo en UCI SE explica al hermano condicion clinica

Plan : - Manejo en UCI - Paraclinicos de control mañana - Reposicion de potasio - Hemocultivos si nuevo pico febril

- 12.03.2024 17:40:32 FIRMÓ: LONDOÑO HENAO, IRLAN DAVID
  MEDICO Registro Médico:71878732

Subjetivo : IMAGENOLOGIA Procedimiento TAC de torax y abdomen contrastado

Objetivo : Se evalúa paciente previa asepsia de manos y utilización de equipo de protección personal para evitar infecciones bidireccionalmente. Paciente en mal estado general, hemodinámicamente estable, con signos de respuesta inflamatoria sistémica, no signos de dificultad respiratoria, con O2 suplementario y VMI PA -132/78-; FC -78-; FR -17-; saturación -96- %; FiO 0,100 Creatinina: -0.6-

Análisis : Paciente ordenado como Emergente. Sale de sala de tomografía hemodinámicamente estable. Durante vigilancia y acompañamiento del procedimiento y en los primeros minutos posteriores, no presentó reacciones asociadas a la administración del medio de contraste, ni extravasación.

Plan : .. Retorno a servicio tratante

Historia Clínica

- 12.03.2024 19:19:56 FIRMÓ: GONZALEZ ARROYAVE, LINA
MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI Registro Médico:5149002

Subjetivo : RONDA UCI NOCHE Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina suspendida 9am - Sedoanalgesia: Midazolam 4mg/h, Fentanilo 200mcg/h - Ventilación: ACV, PEEP 10, FiO2 50%, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Antibiotico: Ampicilina-sulbactam 11.03.24 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h, insulina 1.5U/h Antibióticos previos Vancomicina, meropenem 09-11.03.24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae Afebril Tolero desmonte de vasopresor Tolerando nutricion

Objetivo : Paciente en regulares condiciones generales PA 112/52, FC 71, FR 22, SPO2 94%, T 37.2 Sinusal en cardioscopio RASS -1 GU 2.54cc/kg/h, ingresos 4400, Egresos 2870 Glucometrias 140-165-156-186 GU 2.5cc/kg/h Glucometrias 177-169-149-153

Análisis : Evolucion clinica estacionaria, tolero desmonte de vasopresor, pero ha persistido con fiebre, hoy se discute en ronda de PROA y se decide pancultivar, TAC de torax y abdomen para buscar foco, por ahora sin cambio en el antibiotico Continua manejo en UCI

Plan : - Manejo en UCI - Paraclinicos de control mañana - TAC toracoabdominal - Urocultivo, cultivo de esputo

- 13.03.2024 11:06:32 FIRMÓ: BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1094916745

Subjetivo : RONDA UCI día Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina suspendida - Sedoanalgesia: Midazolam 6mg/h, Fentanilo 200mcg/h - Ventilación: ACV, PEEP 10, FiO2 50%, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Antibiotico: Ampicilina-sulbactam 11.03.24 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h, insulina 1.5U/h Antibióticos previos Vancomicina, meropenem 09-11.03.24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : EXAMEN FÍSICO Signos vitales: TA 126/61 mmHg FC 81 lpm SpO2 de 95 % -NEUROLÓGICO: bajo sedoanalgesia RASS de -3 pupilas simétricas. -CARDIOPULMONAR: Cuello sin IY, corazón rítmico sinusalen visoscopio. - GASTROMETABÓLICO: Abdomen blando sin dolor, sin signo de rebote. glucometría 212-202 mg/dL - RENAL Y MEDIO INTERNO: Diuresis encuantificación 2.5 cc/kg/hora PARACLÍNICOS: sodio de 145 potasio de 3.4 PCR de 3.5 creatinina de 0.6 cloro de 99.5 hemograma con hb de 10.5 leucocitos de 27800 neutros de 96% plaquetas de 371000 BUN de 36.5 Magnesio de 2.3 gases arteriales con ph de 7.5 PaO2 de 83 PaCO2 de 51 Bef de 17 HCO3 de 36.9 Pafi de 166 imágenes: Tac de tórax: Signos de broncoaspiración y neumonía aspirativa. Líquido pleural bilateral en escasa cantidad, de distribución libre. Líquido peritoneal en moderada cantidad, sin colecciones organizadas, de origen indeterminado. No se observan neumoperitoneo. Fracturas descritas previamente conocidas.

Análisis : Paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en shock medular, tolerando desmonte de vasopresor. Hoy con los sigueintes problemas: - choque medular ahora buena perfusión sin vasopresor. - Falla hipoxémica con trastorno moderado de oxigenación pafi de 166, se encuentra con parámetros intermedios, se encuentra en cubrimiento antibiótico para neumonía aspirativa. -Persiste con respuesta inflamatoria ayer febrículas, no ha tenido rescate microbiológico pendiente reporte de cultivos para deescalara el antibiótico. - hoy se le hizo resonancia, pendiente reporte , seguimiento por neurocirugía. - hiperglicemias probablemente pos stress hoy se ajusta con nutrición aporte. se continua plan en UCI,pendiente reporte de cultivos para definir deescalonamiento antibiótico.seguimiento por neurocirugía. y reposición de potasio.

Plan : pendiente reporte de cultivos para definir deescalonamiento antibiótico.seguimiento por neurocirugía. y reposición de potasio.

- 13.03.2024 19:01:53 FIRMÓ: BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1094916745

Powered by CamScanner

Subjetivo : RONDA UCI noche Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energia - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina suspendida - Sedoanalgesia: Midazolam 6mg/h, Fentanilo 200mcg/h - Ventilación: ACV, PEEP 10, FiO2 50%, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Antibiotico: Ampicilina-sulbactam 11.03.24 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h, insulina 1.5U/h Antibióticos previos Vancomicina, meropenem 09-11.03.24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : EXAMEN FÍSICO Signos vitales: TA 128/56 mmHg FC 80 lpm SpO2 de 95 % -NEUROLÓGICO bajo sedoanalgesia RASS de -3 pupilas simétricas. -CARDIOPULMONAR: Cuello sin IY, corazón rítmico sinusalen visoscopio. - GASTROMETABÓLICO: Abdomen blando sin dolor, sin signo de rebote, glucometria 212-202 mg/dL - RENAL Y MEDIO INTERNO: Diuresis encuantificación 2.5 cc/kg/hora PARACLÍNICOS sodio de 145 potasio de 3.4 PCR de 3.5 creatinina de 0.6 cloro de 99.5 hemograma con hb de 10.5 leucocitos de 27800 neutros de 96% plaquetas de 371000 BUN de 36.5 Magnesio de 2.3 gases arteriales con ph de 7.5 PaO2 de 83 PaCO2 de 51 Bef de 17 HCO3 de 36.9 Pafi de 166 imágenes: Tac de tórax: Signos de broncoaspiración y neumonía aspirativa. Líquido pleural bilateral en escasa cantidad, de distribución libre. Líquido peritoneal en moderada cantidad, sin colecciones organizadas, de origen indeterminado. No se observan neumoperitoneo. Fracturas descritas previamente conocidas. resonancia de columna: Fractura en estallido C5, AO spine: A4 B1. Síndrome medular espinal agudo hemorrágico cervical compresivo traumático. Fractura del muro posterior del foramen para V2D en C5. Cordón medular torácico sin lesión. Discopatía cervical y torácica sin hernia discal. Contusión medular ósea en C4, C6, C7 y T2. Fractura corporal antero inferior en C4. Colapso crónico T6, T8 y T12 y osteocondrosis Modic tipo 1 en L1. Moderada artrosis facetaria cervical y leve uncal. Fractura postero medial del 9, 10 y 12 arco costal derecho. Fractura apófisis transversa derecha de L1 y L2. Fractura del alerón ilíaco derecho y antero superior sacra izquierda. Secreciones en los senos esfenoidales. Derrame pleural libre y ocupación espacio aéreo bibasal posterior

Análisis : Paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en shock medular, tolerando desmonte de vasopresor. Hoy sin muchos cambios en el día, ahora con los siguientes problemas: - choque medular ahora buena perfusión sin vasopresor. - Falla hipoxémica con trastorno moderado de oxigenación pafi de 166, se encuentra con parámetros intermedios, se encuentra en cubrimiento antibiótico para neumonía aspirativa. Sin muchos cambios drante el día. -Persiste con respuesta inflamatoria ayer y hoy con febrículas, no ha tenido rescate microbiológico pendiente reporte de cultivos para deescalar el antibiótico. - hoy se le hizo resonancia, seguimiento por neurocirugía para luego definir posibles conductas quirúrgicas, el pronóstico neurológicono parece tan bueno por ser una lesión tan alta, con una gran probabilidad de graves secuelas neurológicas severas e incapacitantes. - hiperglicemias probablemente pos stress hoy se ajusta con nutrición aporte. se continua plan en UCI,pendiente reporte de cultivos para definir deescalonamiento antibiótico.seguimiento por neurocirugía. se continúa el plan del día en la unidad. Se indica desmonte lento del midazolam y el fentanilo para RASS de -1.

Plan : se continua plan del día, titular la sedación para tener RASS superficial, hemograma de control y PCR

14.03.2024 09:01:00 FIRMÓ: SOTO TORRES, RONALD ANDRES
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1118825266

Subjetivo : RONDA UCI DIA Francisco Alvarez, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina OFF - Sedoanalgesia: Midazolam 6mg/h, Fentanilo 200 mcg/h - Ventilación: ACV, PEEP 10, FiO2 50%, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Antibiotico: Ampicilina-sulbactam 11.03.24 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h, insulina 1.5U/h Antibióticos previos Vancomicina, meropenem 09-11.03.24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 12.03.24 Hemocultivos pendientes 12.03.24 Cultivo Asp. Traqueal: Coco GRAM + 07.03.24 Cultivo de lavado broncoalveolar negativo 07.03.24 Lavado broncoalveoar: KOK Baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 Aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : Examen fisico: TA 93/41 Fc 55x' Fr 22x' T° 37.6 Sat 92% Diuresis 2620 ml B. Hidrico(12 Hrs) 813 ml Glucometria: 144 - 85 mg/dl Neurológico: RASS 0, responde con la cabeza, cuadriparetico. Pupilas simétricas, reactivas, conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda Cuello no ingurgitado Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos Campos pulmonares bien ventilados, sin agrgados Abdomen blando, depresible, no peritoneal Extremidades simetricas, sin edemas G III, llenado capilar 3 seg Eab 7.41/43.6/91.7//-4.1/97% Pendiente Resto de Laboratorios. RMN CEREBRO CONCLUSIÓN Fractura en estallido C5, AO spine: A4 B1. Síndrome medular espinal agudo hemorrágico cervical compresivo traumático. Fractura del muro posterior del foramen para V2D en C5. Cordón medular torácico sin lesión. Discopatía cervical y torácica sin hernia discal. Contusión medular ósea en C4, C6, C7 y T2. Fractura corporal antero inferior en C4. Colapso crónico T6, T8 y T12 y osteocondrosis Modic tipo 1 en L1. Moderada artrosis facetaria cervical y leve uncal. Fractura postero medial del 9, 10 y 12 arco costal derecho. Fractura apófisis transversa derecha de L1 y L2. Fractura del alerón ilíaco derecho y antero superior sacra izquierda. Secreciones en los senos esfenoidales. Derrame pleural libre y ocupación espacio aéreo bibasal posterior. Algunos de los hallazgos anotados son más evidentes por TAC.

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Análisis : Paciente en muy malas condiciones, al momento estable sin vasopresores, diuresis conservada, neurologicamnete despierto, entiende y responde con la cabeza, pero con cuadriplegia establecida, se realizo RMN de Columna con evidencia de multiples lesiones oseas ademas se constata Síndrome medular espinal agudo hemorrágico cervical compresivo traumático, para el cual se encuentra pendiente nueva valoracion por columna y/o remision, por otra parte paciente persiste con elevacion de reactantes de fase agudas elevados y registro febriles, con evidencia de proceso neumonico bibasal sospecha de broncoaspiracion, rescates en aspirado traqueal de cocos GRAM + por lo que se decide ajustar tratamiento ATB, se suspende Amp. Sulbactam del cual ya recibio mas de 7 dias de tratamiento y se deja solo vancomicina, no se descarta que proceso febril y inflamatorio se encuentre ademas ligado a lesion medular, paciente con evolucion estacionaria sin posibilidad de weaning, requiere traqueostomia percutanea precoz, se comenta a familiar (hermnao) el cual manifiesta que conversaran situacion con paciente y resto de familiares y posteriormente daran respuesta a consentimiento. Paciente con pobre pronostico, continua manejo en la unidad con cambios segun evolucion.

Plan : - Continua manejo en UCI - Monitoreo y vigilancia continua - Ver analisis y Ordenes medicas

- 14.03.2024 18:52:15 FIRMÓ: SOTO TORRES, RONALD ANDRES
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1118825266

Subjetivo : RONDA UCI NOCHE Francisco Alvarez, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energia - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.01 mcg/kg/min - Sedoanalgesia: Midazolam 6mg/h, Fentanilo 200 mcg/h - Ventilación: ACV, PEEP 10, FiO2 50%, VCV, Vt 430ml, Fr 22 - Antibiotico: Vancomicina 14.03.2024 Antibióticos previos Vancomicina, meropenem 09-11.03.24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 12.03.24 Hemocultivos pendientes 12.03.24 Cultivo Asp. Traqueal: Coco GRAM + 07.03.24 Cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 Lavado broncoalveoar: KOK Baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 Aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : Examen fisico: TA 114/51 Fc 70x' Fr 21x' T° 38.5 Sat 90% Diuresis: 1370 ml B. Hidrico(12 Hrs) 432 ml Neurológico: RASS 0, responde con la cabeza, cuadriparetico. Pupilas simétricas, reactivas, conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda Cuello no ingurgitado Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos Campos pulmonares bien ventilados, sin agrgados Abdomen blando, depresible, no peritoneal Extremidades simetricas, sin edemas G III, llenado capilar 3 seg Hb 8.2 Hto 26% Leuc 17 Plaqt 294000

Análisis : Paciente estable, con soporte vasopresor a bajas dosis, persistente febril, con rescate bacteriologico de cocos Gram + en Asp. traqueal por lo que se ajusto tratamiento, no se descarta origen central, se continua manejo medico instaurado, a la espera de remision.

Plan : - Continua manejo en UCI - Monitoreo y vigilancia continua - Ver analisis y Ordenes medicas

- 15.03.2024 10:59:44 FIRMÓ: BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1094916745

Subjetivo : EVOLUCIÓN UCI DÍA Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.06 mncg/kg/min - Sedoanalgesia: ketamina 2 mg/kg/h - Ventilación: ACV, PEEP 9, FiO2 60%, VCV, Vt 460ml, Fr 22 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h, insulina 1.5U/h Antibióticos previos Vancomicina 09-11-24 , meropenem 09-11.03.24 FF 14-11-24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT klebsiella Oxytoca sensible 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : EXAMEN FÍSICO Signos vitales: TA 110/50 mmHg FC 75 lpm SpO2 de 93 % temp de 38.2 - NEUROLÓGICO: bajo sedoanalgesia RASS de -1 pupilas simétricas. - CARDIOPULMONAR: Cuello sin IY, corazón rítmico sinusalen visoscopio. - GASTROMETABÓLICO: Abdomen blando sin dolor, sin signo de rebote. glucometría 126-144-125 mg/dL - RENAL Y MEDIO INTERNO: Diuresis encuantificación 2.46 cc/kg/hora PARACLÍNICOS: magnesio de 2.6 Potasio de 3.4 sodio de 150.2 hemograma con leucocitos de 28800 hb de 10 plaquetas de 355000 calcio de 1.038 cloro de 107.1 imágenes: Tac de tórax: Signos de broncoaspiración y neumonía aspirativa. Líquido pleural bilateral en escasa cantidad, de distribución libre. Líquido peritoneal en moderada cantidad, sin colecciones organizadas, de origen indeterminado. No se observan neumoperitoneo. Fracturas descritas previamente conocidas. resonancia de columna: Fractura en estallido C5, AO spine: A4 B1. Síndrome medular espinal agudo hemorrágico cervical compresivo traumático. Fractura del muro posterior del foramen para V2D en C5. Cordón medular torácico sin lesión. Discopatía cervical y torácica sin hernia discal. Contusión medular ósea en C4, C6, C7 y T2. Fractura corporal antero inferior en C4. Colapso crónico T6, T8 y T12 y osteocondrosis Modic tipo 1 en L1. Moderada artrosis facetaria cervical y leve uncal. Fractura postero medial del 9, 10 y 12 arco costal derecho. Fractura apófisis transversa derecha de L1 y L2. Fractura del alerón ilíaco derecho y antero superior sacra izquierda. Secreciones en los senos esfenoidales. Derrame pleural libre y ocupación espacio aéreo bibasal posterior

Powered by CamScanner

Paciente : FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES **Identificación** : CC - 8154169

Historia Clínica

Análisis : Paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en shock medular, tolerando desmonte de vasopresor. Hoy sin muchos cambios en el día, ahora con los siguientes problemas: - Choque medular ahora buena perfusión sin vasopresor. - Falla hipoxémica con trastorno moderado de oxigenación última pafi de 166, se encuentra con parámetros intermedios, se encuentra en cubrimiento antibiótico para neumonía aspirativa. Sin muchos cambios drante la noche. -Persiste con respuesta inflamatoria ayer y hoy con febrículas, pendiente reporte de hemos, en aspireadso traqueal con klebsiella oxytoca sensible. Plantear traqueostomía con esos parpámetros por ahora se difiere - ya se le dizo resonancia, seguimiento por neurocirugía para luego definir posibles conductas quirúrgicas, el pronóstico neurológico no parece tan bueno por ser una lesión tan alta, con una gran probabilidad de graves secuelas neurológicas severas e incapacitantes. se continua plan en UCI,pendiente reporte de hemocultivos para definir deescalonamiento antibiótico.seguimiento por neurocirugía. se continúa el plan en la unidad Pronóstico neurológico adverso evolución clínica estacionaria.

Plan : plan del día; - ampicilina sulbactam 3 g iv cada 8 horas por 5 dias. - seguimiento por neurocirugía. - pendiente reporte de hemocultivos.

- 15.03.2024 22:05:39 FIRMÓ: ROJAS MORA, GINA XIHOMARA
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:52965996

Subjetivo : EVOLUCIÓN UCI DÍA Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.06 mncg/kg/min - Sedoanalgesia: ketamina 2 mg/kg/h - Ventilación: ACV, PEEP 9, FiO2 60%, VCV, Vt 460ml, Fr 22 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h, insulina 1.5U/h Antibióticos previos Vancomicina 09-11-24 , meropenem 09-11.03.24 FF 14-11-24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT klebsiella Oxytoca sensible 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : EXAMEN FÍSICO TA 128/58 MMHG FC 68 SAT 95% FIO2 60% T 38°C GU: 1,13 CC/Kg/H Mucosas humedas y palidas, con collar cervical Rs Cs ritmicos taquicardicos, murmullo vesicular dimsinuido bilateral abdomen blando extremidades hipotroficas bien perfundidas

Análisis : paciente con politrauma en el que destaca estallido de C5 con TRM ASIA A, choque medular y falla ventilatoria. En el momento con requerimiento d eventilación mecanica invasiva, con FIO altas, con persistencia de fiebre, soporte vasoactivo por lo que se considera sepsis no resuelta; con cultivo de aspirado tarqueal con Klebsiella oxytoca con MIC 4 para ampicilina sulbactam por lo que se considera alto riesgo de falla y se cambia antibiótico a cefepime. Mejor ocntrol del dolor posterior a inicio de lidocaina por lo que se considera con componele neuropáticao y se adiciona pregabalina al manejo. Paciente en quien es ncesario fijación de columna cervical, por lo que continua pendiente remisión para manejo por neurocirugía.

Plan : Pendiente remision a centro para manejo quirurgico de su lesion en columna. Se ajusta manejo antibiótico

- 16.03.2024 07:05:41 FIRMÓ: PIEDRAHITA ZAPATA, CARLOS MARIO
  MODULO DE COLUMNA Registro Médico:9970

Subjetivo : NEUROCIRUGIA COLUMNA PACIENTE CONOCIDO AL INGRESO CON FRACTURA DE C4 ANTERIOR INFERIOR DEL CUERPO Y ESTALLIDO DE C5 CON ANTEROLISTESIS RETROPULSION EN CANAL DE FRAGMENTO POSTERIOR. FRACTURA INESTABLE Y AMERITA CORPECTOMIA REMPLAZO DE CUERPO Y ARTRODESIS INSTRUMENTADA PACIENTE CON TRAUMAS MULTIPLES AHORA EN MANEJO UCI ANOTAN paciente con politrauma en el que destaca estallido de C5 con TRM ASIA A, choque medular y falla ventilatoria. En el momento con requerimiento d eventilación mecanica invasiva, con FIO altas, con persistencia de fiebre, soporte vasoactivo por lo que se considera sepsis no resuelta; con cultivo de aspirado tarqueal con Klebsiella oxytoca con MIC 4 para ampicilina sulbactam por lo que se considera alto riesgo de falla y se cambia antibiótico a cefepime. Mejor ocntrol del dolor posterior a inicio de lidocaina por lo que se considera con componele neuropáticao y se adiciona pregabalina al manejo. Paciente en quien es ncesario fijación de columna cervical, por lo que continua pendiente remisión para manejo por neurocirugía. PACIENTE EN COMPAÑIA DEL HERMANO EN MALAS CONDICIONES GENERALES . MANEJO DE INFECCION VASOACTIVOS INTUBADO COMPROMISO RESPIRATORIO PULMONAR Y SECUNDARIO A DAÑO MEDULA CERVICAL SE EXPLICA A EL HERMANO EN SUS TERMINOS EL CASO, MAL PRONOSTICO NO EN CONDICIONES DE CIRUGIA DE COLUMNA

Objetivo :

Análisis : SE EXPLICA EN FRENTE DE ENFERMERA A EL HERMANO, QUIEN DICE ENTENDER

Plan :

- 16.03.2024 09:08:13 FIRMÓ: BUITRAGO ESTRADA, JUAN GUILLERMO
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1094916745

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Subjetivo : EVOLUCIÓN UCI DÍA Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.1 mncg/kg/min - Sedoanalgesia: ketamina 2 mg/kg/h- midazolam y fentanilo - tiene infusión de lidocaína - Ventilación: ACV, PEEP 9, FiO2 55%, VCV, Vt 460ml, Fr 22 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h Antibióticos previos Vancomicina 09-11-24 , meropenem 09-11.03.24 FF 14-11-24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Cefepime 15-03-24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT klebsiella Oxytoca sensible 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : EXAMEN FÍSICO Signos vitales: TA 159/65 mmHg FC 59 lpm SpO2 de 93 % NEUROLÓGICO: bajo sedoanalgesia RASS de -1 pupilas simétricas. - CARDIOPULMONAR: Cuello sin IY, corazón rítmico sinusalen visoscopio. - GASTROMETABÓLICO: Abdomen blando sin dolor, sin signo de rebote. glucometría 126-144-125 mg/dL - RENAL Y MEDIO INTERNO: Diuresis encuantificación 1.57 cc/kg/hora PARACLÍNICOS: magnesio de 2.6 Potasio de 3.4 sodio de 150.2 hemograma con leucocitos de 28800 hb de 10 plaquetas de 355000 calcio de 1.038 cloro de 107.1 gases arteriales con ph de 7.46 PaCO2 de 57.5 PaO2 de 70 HCO3 de 40 BEf de 16.9 PaFi de 127 imágenes: Tac de tórax: Signos de broncoaspiración y neumonía aspirativa. Líquido pleural bilateral en escasa cantidad, de distribución libre. Líquido peritoneal en moderada cantidad, sin colecciones organizadas, de origen indeterminado. No se observan neumoperitoneo. Fracturas descritas previamente conocidas. resonancia de columna: Fractura en estallido C5, AO spine: A4 B1. Síndrome medular espinal agudo hemorrágico cervical compresivo traumático. Fractura del muro posterior del foramen para V2D en C5. Cordón medular torácico sin lesión. Discopatía cervical y torácica sin hernia discal. Contusión medular ósea en C4, C6, C7 y T2. Fractura corporal antero inferior en C4. Colapso crónico T6, T8 y T12 y osteocondrosis Modic tipo 1 en L1. Moderada artrosis facetaria cervical y leve uncal. Fractura postero medial del 9, 10 y 12 arco costal derecho. Fractura apófisis transversa derecha de L1 y L2. Fractura del alerón ilíaco derecho y antero superior sacra izquierda. Secreciones en los senos esfenoidales. Derrame pleural libre y ocupación espacio aéreo bibasal posterior

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en shock medular, tolerando desmonte de vasopresor. evolución estacionaria. ahora con los siguientes problemas: - Choque medular , tiene buena perfusión, con vasopresor a dosis bajas. - Falla hipoxémica con trastorno moderado de oxigenación última pafi de 166, se encuentra con parámetros intermedios, se encuentra en cubrimiento antibiótico para neumonía aspirativa. Sin muchos cambios drante la noche. -Persiste con respuesta inflamatoria ayer y hoy con febrículas, pendiente reporte de hemos, en aspireado traqueal con klebsiella oxytoca sensible. se encuentra bajo cubrimiento antibiótico. La pafi sigue deteriorándose se solicita Placa de control. - Ayer con facies de dolor se inició lidocaína en infusión. - ya se le hizo resonancia, en seguimiento por módulo de columna no candidato a conductas en el momento por su inestabilidad. el pronóstico neurológico no parece tan bueno por ser una lesión tan alta, con una gran probabilidad de graves secuelas neurológicas severas e incapacitantes e inclusive la muerte. se continua plan en UCI,pendiente reporte de hemocultivos para definir deescalonamiento antibiótico.seguimiento por módulo de columna una gvez logre mayor estabilidad. se continúa el plan en la unidad. Pronóstico neurológico adverso evolución clínica estacionaria.

Plan : rx de tórax de control, reposición de potasio,. electrolitos y gases para mañana.

* 16.03.2024 21:57:23 FIRMÓ: BELTRAN GOMEZ, EDWIN ALEXANDER
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:14325307

Subjetivo : RONDA UCI PM Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del iliaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.1 mncg/kg/min - Sedoanalgesia: ketamina 2 mg/kg/h- midazolam y fentanilo - tiene infusión de lidocaína - Ventilación: ACV, PEEP 9, FiO2 55%, VCV, Vt 460ml, Fr 22 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h Antibióticos previos Vancomicina 09-11-24 , meropenem 09-11.03.24 FF 14-11-24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Actual Cefepime 15-03-24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT klebsiella Oxytoca sensible 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae En regular condicion general. Sin asincronias Bajo sedacion. Con distermias , fiebre

Objetivo : PA 131/59 (83) FC 70 FR 22 T 39.6 So2 96 % Peso 47 kg Gu 1.91 cckghra Glucos 147-158-140 mg% Neurológico: RASS -1, cuadriparetico. Pupilas simétricas, reactivas, conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda Cuello no ingurgitado Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos Campos pulmonares bien ventilados, sin agrgados Abdomen blando, depresible, no peritoneal Extremidades simetricas, sin edemas G III, llenado capilar 3 seg

Análisis : Rx torax Pendiente lectura Paciente con diagnosticos anotados, EVolucion estacionaria. Dependiente de soporte vasopresor, dosis estable. Con gasto urinario adecuado. En control metabolico. Con ajuste de sedacion, mejor acople ventilatorio , manejo del dolor En normoxemia, se informa por terapia respiratoria disminucion de asincronias, mejor mecanica. Se realizo control radiologico, en preliminar con mejoria de infiltrados en 1/3 inferior derecho, sin focos de consolidacion. No efusion pleural, pendiente control de indices de oxigenacion. Continua en tramite de remision para manejo integral por patologia compleja en columna Reviso hemocultivos aun sin reportes, continua cobertura antimicrobiana de amplio espectro. Manejo integral en UCI. pronostico condicionado a evolucion

Powered by CamScanner

Plan : MANEJO UCI SEGUIMIENTO DE SIRS, SEGUIMIENTO DE CULTIVOS TRAMITE DE REMISION

17.03.2024 08:55:35 FIRMÓ: MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1098613470

Subjetivo : EVOLUCIÓN UCI DÍA Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del illaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.03 mncg/kg/min - Sedoanalgesia: ketamina 2 mg/kg/h- midazolam y fentanilo - tiene infusión de lidocaína - Ventilación: ACV, PEEP 9, FiO2 55%, VCV, Vt 460ml, Fr 22 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h Antibióticos previos Vancomicina 09-11-24 , meropenem 09-11.03.24 FF 14-11-24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Cefepime 15-03-24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT klebsiella Oxytoca sensible 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : vigl polineuroptico hemodinmicamnete estable con soporte vasopresor bajo pulmones bien ventilados acoplado a la vmi abdomenblndo depresible no masas diureis conservada PARACLÍNICOS:leucocitosis, no anemia hipernatremia e hipokalemia imágenes: Tac de tórax: Signos de broncoaspiración y neumonía aspirativa. Líquido pleural bilateral en escasa cantidad, de distribución libre. Líquido peritoneal en moderada cantidad, sin colecciones organizadas, de origen indeterminado. No se observan neumoperitoneo. Fracturas descritas previamente conocidas. resonancia de columna: Fractura en estallido C5, AO spine: A4 B1. Síndrome medular espinal agudo hemorrágico cervical compresivo traumático. Fractura del muro posterior del foramen para V2D en C5. Cordón medular torácico sin lesión. Discopatía cervical y torácica sin hernia discal. Contusión medular ósea en C4, C6, C7 y T2. Fractura corporal antero inferior en C4. Colapso crónico T6, T8 y T12 y osteocondrosis Modic tipo 1 en L1. Moderada artrosis facetaria cervical y leve uncal. Fractura postero medial del 9, 10 y 12 arco costal derecho. Fractura apófisis transversa derecha de L1 y L2. Fractura del alerón ilíaco derecho y antero superior sacra izquierda. Secreciones en los senos esfenoidales. Derrame pleural libre y ocupación espacio aéreo bibasal posterior

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en el momento con mejoria del choque meular, acoplado a la vmi con drive respiratorio ocasional, mañl manejo del dolor se decide aumentar dosisi de opioide y suspender midazolam, pendinete fijacion d e colomuna, se solicita concepto de cx de columna para ver autorizacion de traqueostia, pronsstico reservado continua en uci, pendiente remision

Plan : continua en uci reposicionde potasio correccion del sodio

17.03.2024 17:40:07 FIRMÓ: MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1098613470

Subjetivo : EVOLUCIÓN UCI Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma de alta energía - Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) - Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacr izquierda. (no manejo Qx) Antecedentes: Negativos Soportes: - Cardiovascular: Norepinefrina 0.03 mncg/kg/min - Sedoanalgesia: ketamina 2 mg/kg/h- midazolam y fentanilo - tiene infusión de lidocaína - Ventilación: ACV, PEEP 9, FiO2 55%, VCV, Vt 460ml, Fr 22 - Metabolico: nutrición enteral 41cc/h Antibióticos previos Vancomicina 09-11-24 , meropenem 09-11.03.24 FF 14-11-24 Ampicilina/sulbactam 05-09.03.24 Cefepime 15-03-24 Aislamientos: 12.03.24 hemocultivos pendientes 12.03.24 cultivo SOT klebsiella Oxytoca sensible 07.03.24 cultivo de lavado broncoalveolar: negativo 07.03.24 lavado broncoalveoar: KOK baciloscopias negativas 05.03.24 Hemocultivos negativos 05.03.24 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : ta 128/85 fc 86 vigl polineuroptico hemodinmicamnete estable con soporte vasopresor bajo pulmones bien ventilados acoplado a la vmi abdomen blando depresible no masas diureis conservada

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, en el momento soporte vasopresor bajo con manejo multimoda analgesico est pendiente remision a tra institucion por falta de materiales para fijacion de columna, continua igual esquema atb y manejo en

Plan : continua e uci

18.03.2024 10:06:15 FIRMÓ: NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:8127599

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Subjetivo : RONDA UCI AM Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas costales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Ilíaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : SOportes Hemodinamico norepinefrina 0.08mcg/Kg/min ventilatorio VCV VT 420 PEEP 8 FIO2 0.45 FR 18/min sedoanalgesia Fentanilo 250mcg/h, Ketamina 2mg/h e infusión de lidocaina PA 117/69mmHg FC 64/min FR 18/min SO2 99% hidratado, sinusal en monitor collar cervical rigido acoplado a la ventilación mecánica, sin disnea abdomen blando, depresible, no masas. extremidades edema grado II de miembros inferiores neuro: rass - 2 se alerta isocórico cuadriplejico balance + 2990 ml Paraclínicos Hb 9.6 Hto 30 WBC 13400 PMN 80% Plaq 241000 Na 147 K 3.9

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, tiene aún soporte vasopresor a dosis bajas que no se ha podido desmontar. Tiene múltiples infusiones entre ellos fentanilo a dosis altas, se disminuye y se adiciona metadona al manejo con el fin de lograr su desmonte y control del dolor. LLeva mas de 4 días de infusión de lidocaina por lo que se suspende, tiene múltiples moduladores del dolor neuropático. tiene hipernatremia hipervolémica, ajusto manejo con agua libre y terapia diurética, suspendo soluciones hipotónicas Si fiebre pero aún con temperatura hasta 38.1°C a pesar de tratamiento dirigido, solicito TAC de tórax contrastado para descartar complicaciones a este nivel ajusto manejo para constipación

Plan : manejo en UCI Ajusto parámetros ventilatorios para VT 8cc/kg agua libre por sonda nasogástrica diurético para balance neutro suspendo lidocaina dejo metadona y dismimnuyo dosis de fentanil para desmontar disminuyo dosis de ketamina RASS objetivo de 0 a -2 TAC de tórax contrastado antibiótico igual paraclínicos control mañana pendiente remisión para manejo definitivo de columna

- 18.03.2024 12:56:02 FIRMÓ: OROZCO VASQUEZ, CATALINA
  MEDICO Registro Médico:1036653181

Subjetivo : IMAGENOLOGÍA Francisco Álvarez, 50 años

Objetivo : Paciente con ventilación mecánica invasiva, acoplado a la ventilación mecánica, sin disnea, con sedoanalgesia y vasopresor

Análisis : Paciente masculino de 50 años, sin alergias conocidas a medicamentos, creatinina 0,6. Ingresa para realizar tomografia contrastada tórax, previo consentimiento informado firmado por el primo. Sin extravasación ni complicaciones inmediatas relacionadas con la aplicación del medio de contraste. Sale hacia su servicio de origen para continuar vigilancia

Plan : Ver análisis

- 18.03.2024 13:56:25 FIRMÓ: ARENAS OCHOA, LUISA FERNANDA
  DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS Registro Médico:5392810

Subjetivo : Dolor y cuidados paliativos Residente en Bello, soltero, sin hijos. Vive con 2 hermanos. Secundaria incompleta?. Trabajó en construcción. Católico. En compañia de su amigo Oscar Gil. Primera valoración por la especialidad. Diagnósticos: -Politrauma de alta energía -Trauma raquimedular ASIA A ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular ** Nivel motor C5 -Choque neurogénico -Falla respiratoria tipo 3 -Fractura no desplazada la de la esquina antero inferior del cuerpo vertebral de C4. -Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. -Neumotorax derecho -Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho -Fracturas de 5, 6 y 7 y 8 arcos costales derechos anterior y de 8, 9, 10, 11 y 12 arcos costales derechos posterior (no torax inestable) -Fractura ligeramente desplazada del ilíaco derecho (no manejo Qx) - Fractura ligeramente desplazada del ala sacra izquierda. (no manejo Qx) Paciente bajo sedoanalgesia

Objetivo : IK 50 I Barthel 0 Bajo sedoanalgesia Recibe ventilación mecánica por TOT Abdomen blando, depresible Edema en las 4 extremidades

Análisis : Paciente en la sexta década de la vida, estancia hospitalaria prolongada, secundario a politrauma de alta energía, con trauma raquimedular cervical, aun con soporte vasopresor y ventilatorio. En el momento acompañado de un amigo, por lo que se contactará a familia para evaluar red de apoyo. Ha recibido múltiples analgésicos, tiene altas dosis de opioide, infusión de ketamina y hoy iniciaron metadona.

Plan : Seguimiento por dolor y CP

- 18.03.2024 16:26:03 FIRMÓ: SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  PSICOLOGIA Registro Médico:8430866

Subjetivo : PSICOLOGÍA FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES, 50 años. Estado civil: soltero, sin hijos. Escolaridad: tecnólogo en maquinaria pasada. Reside en Buenos Aires. Labora como tecnólogo de maquinaria pesada. Católico. Nota: se atiende al paciente bajo normas de cuidado respiratorio equipo de bio-seguridad institucional y lavado de manos, antes y posterior a la interconsulta, y bajo las normas de la OMS. Según el primo del paciente: "la familia está muy unida y pendiente de la salud de mi primo" El paciente vive con su hermano José Alfredo Álvarez Torres, de 52 años. En el momento de la interconsulta el paciente se encuentra en compañía de su primo José Rosales. El paciente no ha tenido proceso por psicología. Sin antecedentes psiquiátricos. Sin antecedentes médicos generales. Sin antecedentes de enfermedades médicas sufridas en la familia. Sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Con antecedentes de tabaquismo. 2 paquetes al día. Con antecedentes de abuso de alcohol: todos los días un cuarto de aguardiente. Con adecuadas relaciones interpersonales. Sin manifestaciones de agresividad ni irritabilidad.

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Objetivo : Examen mental: encuentro al paciente en cama. Intubado. Bajo sedoanalgesia. Examen mental del primo del paciente: alerta, orientado globalmente, con actitud colaboradora frente a la interconsulta, establece contacto visual y no presenta alteraciones de la conducta motora. Euproséxico, afecto eutímico; sin alteraciones sensoperceptivas. Lenguaje claro, coherente, de tono y prosodia conservados, discurso fluido. Pensamiento lógico, sin alteraciones del curso, sin ideas delirantes u obsesivas, sin cogniciones depresivas, niega ideas de muerte o suicidio. Memoria impresiona conservada, inteligencia impresiona promedio. Juicio y raciocinio conservados, introspección presente, prospección presente.

Análisis : Paciente de 50 años. Ingresado a UCI. Diagnósticos: *- Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotórax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo - Síndrome febril* Se le explica al acompañante del paciente que, durante la permanencia de su primo en esta institución, se le brindaran al paciente y a los familiares que lo requieran, estrategias y herramientas para el manejo de sus emociones y algunas técnicas psicológicas que sirvan para el afrontamiento de todo lo que implica el tratamiento médico y estancia hospitalaria. Manejo de las emociones en momentos límites de la vida (la enfermedad de su primo es una situación compleja para la cual hay que contar con unos recursos internos adaptativos para hacerle frente). NOTA: el paciente cuenta con una buena red de apoyo familiar. El paciente siempre se encuentra acompañado de sus familiares y amigos. Su cuidador principal es su hermano José Alfredo.

Plan : -Seguimiento

- 18.03.2024 18:30:15 FIRMÓ: NARANJO RAMIREZ, ANDRES FELIPE
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:8127599

Subjetivo : RONDA UCI PM Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : SOportes Hemodinamico norepinefrina 0.08mcg/Kg/min ventilatorio VCV VT 500 PEEP 6 FIO2 0.4 FR 18/min sedoanalgesia Fentanilo 150mcg/h, Ketamina 1mg/h PA 134/58mmHg FC 65/min FR 18/min SO2 99% hidratado, sinusal en monitor collar cervical rigido acoplado a la ventilación mecánica, sin disnea abdomen blando, depresible, no masas. extremidades edema grado II de miembros inferiores neuro: rass - 1 balance + 435 ml dIURESIS 1510 ml TAC de tórax contrastado No encuentro consolidación neumónica, tuberculosis activa ni patología tumoral primaria o metastásica. Existen sin embargo pequeños nódulos localizados principalmente en lóbulo medio y en segmento apical del lóbulo inferior derecho, de tipo centrilobulillar, puede ser secundarios a infección trans-bronquial. También se observan hacia la lingula. Derrame pleural bilateral. Atelectasias posteriores basales bilaterales. Cavidades cardiacas normales. Vasculatura pulmonar normal, no hay criterios de tromboembolismo pulmonar. Arco aórtico normal. Mediastino sin masas ni adenopatías. Glándula tiroides y base del cuello sin lesiones. Líquido libre en cavidad peritoneal. Se insinúa dilatación de la pelvis renal izquierda.

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5. tiene aún soporte vasopresor a dosis bajas que no se ha podido desmontar. En tac de tórax de hoy sin cambios por neumonía tiene derrame pleural bilateral pero de predominio izquierdo por lo que ordeno toracentesis diagnóstica y evacuante. Se inició metadona, continuo desmonte de fentanilo durante la noche se dió información durante el día a su primo que lo acompaño durante la visita.

Plan : manejo en UCI dismimnuyo dosis de fentanil RASS objetivo de 0 a -2 toracentesis diagnóstica y evacuante antibiótico igual paraclínicos control mañana pendiente remisión para manejo definitivo de columna

- 19.03.2024 10:36:43 FIRMÓ: MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1098613470

Subjetivo : RONDA UCI Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Objetivo : ta 120/82 fc 86 fr 18 somnoliento cuadriparesico severo sedoanalgesia Fentanilo 150mcg/h, Ketamina 1mg/h hemodinamicamnetee estable bien perfundido norepinefrina 0.05mcg/Kg/min pulmones hipoventilados acoplada a la vmi ventilatorio VCV VT 500 PEEP 6 FIO2 0.4 FR 18/min abdomnen blando depresible no masas diuresis 3200 TAC de tórax contrastado No encuentro consolidación neumónica, tuberculosis activa ni patología tumoral primaria o metastásica. Existen sin embargo pequeños nódulos localizados principalmente en lóbulo medio y en segmento apical del lóbulo inferior derecho, de tipo centrilobulillar, puede ser secundarios a infección trans-bronquial. También se observan hacia la lingula. Derrame pleural bilateral. Atelectasias posteriores basales bilaterales. Cavidades cardíacas normales. Vasculatura pulmonar normal, no hay criterios de tromboembolismo pulmonar. Arco aórtico normal. Mediastino sin masas ni adenopatías. Glándula tiroides y base del cuello sin lesiones. Líquido libre en cavidad peritoneal. Se insinúa dilatación de la pelvis renal izquierda.

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, tiene aún soporte vasopresor a dosis bajas, en el momento con tratamiento atb dirigido, ppersiste febril sin aumento de la pcr no hay progresion de las imagenes pulmonares se continua manejo atb hasta 5 dias, continua en uci pendiente resmision a otra institucion

Plan : manejo en UCI reajuste de analgesia pendiente toracentesis

- 19.03.2024 19:57:23 FIRMÓ: MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1098613470

Subjetivo : RONDA UCI Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Ilíaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : FC 85 TA 120/76 RASS de -2 cueloortopedico hemodinamicamnete estable con soporte vasopresor bajo pulmones hipoventilacion basal bilateral abdomen blkando depresible no masas diuresis de 1500 en 12 horas TAC de tórax contrastado No encuentro consolidación neumónica, tuberculosis activa ni patología tumoral primaria o metastásica. Existen sin embargo pequeños nódulos localizados principalmente en lóbulo medio y en segmento apical del lóbulo inferior derecho, de tipo centrilobulillar, puede ser secundarios a infección trans-bronquial. También se observan hacia la lingula. Derrame pleural bilateral. Atelectasias posteriores basales bilaterales. Cavidades cardíacas normales. Vasculatura pulmonar normal, no hay criterios de tromboembolismo pulmonar. Arco aórtico normal. Mediastino sin masas ni adenopatías. Glándula tiroides y base del cuello sin lesiones. Líquido libre en cavidad peritoneal. Se insinúa dilatación de la pelvis renal izquierda.

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, tiene aún soporte vasopresor a dosis bajas, con tratamiento atb dirigido hoy sin episodios febriles, esta pendiente remision a otra institucion para fijacion de la columna cervical, malpronostico de vida

Plan : continua manejo en uci

- 20.03.2024 11:30:15 FIRMÓ: MARIN GOMEZ, JULIANA
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:43191343

Subjetivo : Evolución uci día cama 11 Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Ilíaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : Examen fisico: Sv ta 121/58 (79) fc 71 sat 94 tem 37 Neurológico: sedación y analgesia rass de -3 Cardiovascular: inestable hemodinamicamente Respiratorio: iot adaptado a la ventilación mecánica, sin secreciones por aspiración cerrada Abdomen: blando, depresible Renal: sonda vesical permeable Extremidades: edemas Paraclínicos: leucos leucos 19200 hb 9.4 htco 27 plaq 266 tp 11 inr 1 tpt 26 7.51/44/79/33/10/96

Análisis : Paciente masculino 50 años cursa hospitalización en unidad cerrada por trauma raquimedular Asia A con nivel C5 evolucionado del 02.03.2024, parapléjico en plan de remisión a otra institución para artrodesis. El día de hoy se hará traqueosotmia Continúa dosis bajas de norepinefrina, continua antibiótico

Plan : Continúa en uci Paraclínicos para mañana Terapia física Traqueosotmia Remisión para artrodesis Norepinefrina para tam 60

- 20.03.2024 12:42:52 FIRMÓ: ARENAS OCHOA, LUISA FERNANDA
  DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS Registro Médico:5392810

Subjetivo : Ronda conjunta UCI PAL Se evalúa caso del paciente en conjunto con intensivista. Diagnósticos: -Politrauma -Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular -Choque neurogénico -Falla respiratoria tipo 3 -Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. -Neumotorax derecho -Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho -Fracturas constales múltiples sin tórax inestable -Fractura de pelvis de manejo médico *** Ilíaco derecho y alerón sacro izquierdo -Sindrome febril

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Objetivo :

Análisis : Se comenta paciente, sexta década de la vida, politrauma con lesión raquimedular cervical, soporte ventilatorio en espera de traqueostomía, con riesgo de requerirlo prolongadamente. Se continúa acompañamiento.

Plan : Seguimiento por dolor y CP

- 20.03.2024 16:15:55 FIRMÓ: MARIN GOMEZ, JULIANA
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:43191343

Subjetivo : se habla con familiar, hermano sobre la posibilidada de la traqueostomia, se habla sobre beneficios, riesgos, se aclaran dudas. hermano refiere que lo va a converzar con el resto de la familia. quedamos atentos

Objetivo : .

Análisis : .

Plan : .

- 20.03.2024 16:25:09 FIRMÓ: MANOSALVA CORTES, EDGAR FABIAN
  MODULO DE COLUMNA Registro Médico:52858

Subjetivo : nota esp.cirugia columna paciente con estallido de c5 con contusion medular severa con lesion completa desde c5c6 asia a en el momento masestable plan se habla con la familiase le explica el pronostico y la lesion y se le plantean las alternativas se deja orden decirugia o remision se le aclara al familiar la gravedad de su lesion y la poca o escasa posibilidad de recuperar movilidad

Objetivo :

Análisis :

Plan : se da orden de procedmeinto

- 20.03.2024 16:51:41 FIRMÓ: SALAZAR LOPEZ, GILBERTO ALONSO
  PSICOLOGIA Registro Médico:84308868

Subjetivo : PSICOLOGÍA FRANCISCO ANTONIO ALVAREZ TORRES, 50 años. Estado civil: soltero, sin hijos. Escolaridad: tecnólogo en maquinaria pasada. Reside en Buenos Aires. Labora como tecnólogo de máquina pesada. Católico. Previo consentimiento del hermano del paciente procedo a realizar seguimiento. Nota: se atiende al paciente bajo normas de cuidado respiratorio equipo de bio-seguridad institucional y lavado de manos, antes y posterior a la interconsulta, y bajo las normas de la OMS. Según el hermano del paciente: "voy a reunirme con toda la familia para mirar si permitimos o no, en mi hermano, la traqueostomía" El paciente vive con su hermano José Alfredo Álvarez Torres, de 52 años. En el momento de la interconsulta el paciente se encuentra en compañía de su hermano José Alfredo. El paciente no ha tenido proceso por psicología. Sin antecedentes psiquiátricos. Sin antecedentes médicos generales. Sin antecedentes de enfermedades médicas sufridas en la familia. Sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Con antecedentes de tabaquismo: 2 paquetes al día. Con antecedentes de abuso de alcohol: todos los días un cuarto de aguardiente. Con adecuadas relaciones interpersonales. Sin manifestaciones de agresividad ni irritabilidad.

Objetivo : Examen mental: encuentro al paciente en cama. Intubado. Bajo sedación. Examen mental del hermano del paciente: alerta, orientado globalmente, con actitud colaboradora frente a la interconsulta, establece contacto visual y no presenta alteraciones de la conducta motora. Eupro sexico, afecto plano; sin alteraciones sensoperceptivas. Lenguaje claro, coherente, de tono y prosodia conservados, discurso fluido. Pensamiento lógico, sin alteraciones del curso, sin ideas delirantes u obsesivas, sin cogniciones depresivas, niega ideas de muerte o suicidio. Memoria impresiona conservada, inteligencia impresiona promedio. Juicio y raciocinio conservados, introspección presente, prospección presente.

Análisis : Paciente de 50 años. Ingresado a UCI. Diagnósticos: "-Politrauma -Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular -Choque neurogénico -Falla respiratoria tipo 3 -Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. -Neumotórax derecho -Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho -Fracturas constales múltiples sin tórax inestable -Fractura de pelvis de manejo médico *** Iliaco derecho y alerón sacro izquierdo -Síndrome febril" El hermano del paciente no presenta agitación. No presenta nerviosismo. No tiene dificultades para concentrarse o pensar. Sin manifestaciones de irritabilidad. Sin alteraciones del sueño y hábitos alimenticios. El hermano del paciente no presenta estado de ánimo depresivo durante la interconsulta. Sin una marcada disminución del interés o placer. Carece de sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados. Sin pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. El hermano del paciente presenta rasgos de ansiedad. No hace una negación de la realidad, su entorno o sobre sí mismo. Se le explica al hermano del paciente que durante su permanencia en esta institución se le brindaran estrategias y herramientas para el manejo de sus emociones y algunas técnicas psicológicas que sirvan para el afrontamiento de todo lo que implica el tratamiento médico y estancia hospitalaria de su hermano. Manejo de las emociones en momentos límites de la vida (la enfermedad de su hermano es una situación compleja para la cual hay que contar con unos recursos internos adaptativos para hacerle frente). Con palabras amables y empáticas se explica al hermano del paciente condición actual del paciente y la decisión de proceder a la traqueostomía. El hermano del paciente refiere entender (pero es reiterativo que tiene fe en sus creencias religiosas) y pide hasta el día de mañana para tomar la decisión en familia. Se le ofrece al hermano del paciente el servicio de acompañamiento psicológico cuando lo vea necesario. El servicio lo puede solicitar a través del personal médico o de enfermería.

Plan : -Seguimiento

- 20.03.2024 19:05:52 FIRMÓ: MARIN GOMEZ, JULIANA
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:43191343

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Subjetivo : Evolución uci NOCHE cama 11 Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Ilíaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : Examen físico: Sv ta 119/57 (77) FC 73SAT 93 TEM 38 BALANCE parcial Ingresos 1400 egresos 1500 glucometria 178 y 204 Neurológico: sedación y analgesia rass de -3 Cardiovascular: inestable hemodinamicamente Respiratorio: iot adaptado a la ventilación mecánica, sin secreciones por aspiración cerrada Abdomen: blando, depresible Renal: sonda vesical permeable Extremidades: edemas Paraclínicos: leucos leucos 19200 hb 9.4 htco 27 plaq 266 tp 11 inr 1 tpt 26 7.51/44/79/33/10/96

Análisis : Durante el día familiar refieren que si desean la traqueostomia, dejo formato para firmar consentimiento. Probable traqueosotmia mañana. Módulo de columna aprueba el procedimiento Se trato de disminuir sedación y analgesia, no fue exitoso, paciente con agitación psicomotriz, se agrega Midazolam en este contexto aumento de norepinefrina. Sub febril, se solicitan mañana reactantes de fase aguda

Plan : Continúa en uci Paraclínicos para mañana Terapia física Traqueosotmia Remisión para artrodesis Norepinefrina para tam 60 Sedación y analgesia rass de -2 Antipirético Insulina cristalina para corregís glucometrias

- 21.03.2024 07:51:07 FIRMÓ: SIERRA JARAMILLO, JULIAN ANDRES
  OTORRINOLARINGOLOGIA Registro Médico:71372156

Subjetivo : OTORRINOLARINGOLOGIA LARINGOLOGIA Y VIA AEREA SUPERIOR Respuesta a interconsulta Motivo: traqueostomia Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Ilíaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril

Objetivo : Regurales condiciones generales Bajo IOT Cuello con anatomia favorable para procedimiento

Análisis : Se habla con hermano de paciente acerca de procedimiento a realizar: traqueostomia, dice estar enterado y deacuerdo con el mismo, se cubren dudas. Se ordena procedimiento, diligencia consentimiento informado

Plan : - traqueostomia

- 21.03.2024 10:29:28 FIRMÓ: QUIÑONES PORTILLA, GUSTAVO ANDRES
  ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION Registro Médico:1085300669

Subjetivo : ANESTESIOLOGIA. Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Ilíaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril S/ PROGRMADO PARA TRAQUEOSTOMIA.

Objetivo : Examen físico: Sv ta 119/57 (77) FC 73SAT 93 TEM 38 BALANCE parcial Ingresos 1400 egresos 1500 glucometria 178 y 204 Neurológico: sedación y analgesia rass de -3 Cardiovascular: inestable hemodinamicamente:norepinefrina 0.05mcg/Kg/min pulmones hipoventilados acoplada a la vmi ventilatorio VCV VT 500 PEEP 6 FIO2 0.4 FR 18/min Abdomen: blando, depresible Renal: sonda vesical permeable Extremidades: edemas Paraclínicos 21/03/2024 leucos leucos 19200 hb 9.4 htco 27 plaq 266 tp 11 inr 1 tpt 26 7.51/44/79/33/10/96

Análisis : paciente con trauma raquimedular, Asia A con nivel C5, tiene aún soporte vasopresor a dosis bajas, en el momento con tratamiento atb dirigido, ppersiste febril sin aumento de la pcr no hay progresion de las imagenes pulmonares se continua manejo atb hasta 5 dias. continua en uci pendiente resmision a otra institucion. ahora programado por orl para traqueostomia por ventilacion mecanica prolongada, paciente con alto riesgo de paro cardioscular y muerte, se explica conducta al familiar lo cual refiere aceptar y entender.

Plan : ava ok. alto rioesgo de muerte- familiar a quien se le explica riesgo y condiciones lo cual refiere aceptar y entender-firma consenitmiento informado

- 21.03.2024 11:22:04 FIRMÓ: MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
  ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1098613470

Subjetivo : Evolución uci Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Ilíaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner

Historia Clínica

Objetivo : ta 112/82 fc 86 fr 18 rass de -4 hemodinamicamnete bien perfundido con soporte vasopresor bajo pulmones hipoventilados acoplao a la ventilacion mecanica con compromiso moderado de la oxigenacion abdomen baolndo depresible diuresi conservada Extremidades: edemas Paraclínicos: leucos pcr baja no naemia compromiso moderado de la pafi hipokalemia

Análisis : paciente con trauma medular alto completo paraplejico con iot prolongada, con tratamiento atb cumplido para traqueitis/ neumonia por klepsiela oxitoca, no se ha podido superficializar el rass con desacople ventilatorio ya con aval de naestesia y de otorinolaringologia para realizar traqueostomia, continua manejo en uci pendiente remision

Plan : continua en uci suspender manejo atb reposicion de potasio

21.03.2024 20:16:10 FIRMÓ: MOSQUERA VANEGAS, WILVER ARLEY
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:1098613470

Subjetivo : Evolución uci Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Ilíaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado trequeal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae

Objetivo : ta 140/82 fc 78 fr 17 rass de -2 hemodinamicamnete bien perfundido con soporte vasopresor bajo pulmones hipoventilados acoplao a la ventilacion mecanica con compromiso moderado de la oxigenacion abdomen baolndo depresible diuresi conservada Extremidades: edemas

Análisis : paciente con trauma medular alto completo paraplejico con iot prolongada, en el momento con mala tolerancia al dolor ya con tratamiento atb cumplido, sin fiebre, esta pendiente realizacion de traqueostomia, continua en uci

Plan : continua en uci

22.03.2024 09:38:44 FIRMÓ: JARAMILLO MORENO, MAURICIO ANDRES
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:71794004

Subjetivo : RONDA UCI AM Francisco, 50 años Ingreso HGM 02.03.24 Ingreso UCI 03.03.24 Diagnósticos: - Politrauma - Trauma raquimedular ASIA A Nivel motor C5 ** Fx C5 con estallido + anterolistesis + retropulsión de fragmentos óseos hacia el canal medular - Choque neurogénico - Falla respiratoria tipo 3 - Fractura de la apófisis transversa derecha de L1, L2 y L3. - Neumotorax derecho - Contusión pulmonar lóbulo inferior derecho + laceración en el segmento medial basal derecho - Fracturas constales múltiples sin tórax inestable - Fractura de pelvis de manejo médico *** Ilíaco derecho y alerón sacro izquierdo - Sindrome febril Antecedentes: Negativos Antimicrobianos 05/03 a 09/03 Ampicilina/sulbactam 09/03 a 11/03 Meropenem 09/03 a 11/03 Vancomicina 11/03 a 15/03 Ampicilina/sulbactam 14/03 a 16/03 Vancomicina 15/03 Cefepime Aislamientos: 13/03 aspirado traqueal K.oxytoca BLEE negativo 12/03 hemocultivos negativos 12/03 urocultivo negativo 07/03 LBA: BK, gram, cultivo aerobios negativo 05/03 Hemocultivos negativos 05/03 aspirado traqueal Haemophilus influenzae Soportes: Hemodinamico: Norepinefrina 0,15 ug/kg/min Ventilatorio: IOT VMI modo V A/C 490/18/8/50% Sedoanalgesia: Midazolam 1 mg/hr - Fentanilo 300 ug/hr - Ketamina 2,5 mg/kg/hr Subjetivo: No valorable

Objetivo : Ex.fisico: Malas condiciones TA 117/59 TAM 78 FC 66 FR 18 SATO2 95% T° 37,1 Con soporte vasopresor, sin arritmias por cardioscopio Acoplado al ventilador, ruidos respiratorios normales Abdomen blando,depresible Diuresis por sonda Anasarca, llenado capilr distal menor de 3 seg Bajo sedoanalgesia, RASS:-2 Gluc 146-132-109 I 3318 E 1660 BT +1658 Laboratorio: TTP 58 Hb 8,6 Hto 26 Leu 15800 (previos 19100-19200) plaq 290.000 Osmolaridad serica 292 Ca 6,5 cl 102 Mg 2,3 K 3,7 Creat 0,4 PCR 18 (previa 6,1) Gases: 7,48/46/56/34/11/91% PAFI 112

Análisis : Paciente en sexta decada de la vida, politrauma al caer de altura, trauma raquimedular con compromiso C5, fx de pelvis y de reja costal, con mal pronostico neurologico y a la espera de remision para manejo de Fx vertebral. Al dia de hoy en malas condiciones, continua con soporte vasopresor a igual dosis que en dias previos, adecuadas cifras oxemicas sin lograr descenso de FIO2, sin aumento de secreciones, el dia de hoy se realizara TQT. Buen control metabolico, diuresis conservada, con balance positivo. Mal despertar por lo que continua con sedoanalgesia, se espera evolucion a la mejoria luego de TQT. Laboratorio con leucocitosis persistente, funcion renal conservada, PAFI baja. SS/Rx de torax post TQT. En vista de persistencia del choque, algunos registros febriles y caida de la PAFI decido recultivar. Continua en UCI,mal pronostico

Plan : Ver analisis

"Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en el decreto 2364 del 2012"

Powered by CamScanner