

Contestación de demanda Nayibe Charanek - Proceso Verbal Radicado: 080013153015 – 2020 – 00066 - 00

Atlantico Barranquilla <jahuorqu692@gmail.com>

Lun 31/05/2021 15:03

Para: Juzgado 15 Civil Circuito - Atlantico - Barranquilla <ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>**CC:** rcorredor_63@hotmail.com <rcorredor_63@hotmail.com>; asjuba01@gmail.com <asjuba01@gmail.com>; contabilidad@csr.com.co <contabilidad@csr.com.co>; juridica@ambuq.co <juridica@ambuq.co>; nayichara@hotmail.com <nayichara@hotmail.com>; bibiannasierra21@hotmail.com <bibiannasierra21@hotmail.com> 5 archivos adjuntos (9 MB)

Dictamen Pericial Dr. Luis Espinosa- Caso Nayibe Charanek-.pdf; Encefaloptia anoxica isquemica postparo - 2016-04-20__encefaloptia anoxica isquemica postparo.pdf; Contestacion de demanda - Nayibe Charanek Solano-.pdf; Hv Dr. Luis Espinosa.pdf; YORLEY PACHECO SIBAJA -HISTORIA CLINICIA COMPLETA -.pdf;

Señor**JUEZ QUINCE (15) CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA**

Cordial saludo

Mediante el presente email, en mi calidad de apoderado judicial de la demandada Nayibe Charanek Solano, me permito presentar Contestación de Demanda en documento adjunto, con sus respectivos anexos.

Valga recalcar que esta contestación se presenta dentro de la oportunidad procesal, una vez fue resuelto el recurso de reposición contra el auto admisorio de la demanda.

Igualmente, en cumplimiento a lo dispuesto en el decreto 806 de 2020 y el artículo 78 del C.G. del P., me permito remitir este escrito a las partes del proceso para su conocimiento y traslado.

JAVIER OROZCO QUINTERO**Abg.**

Señor (a)
**JUEZ QUINCE (15) CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA
E.S.D.**

**REFERENCIA: PROCESO VERBAL
DEMANDANTE: MARELBY ESTHER SIBAJA DE ALBA Y OTROS
DEMANDADOS: CLÍNICA SAN RAFAEL LTDA Y OTROS.
RAD. 2020-00066-00**

JAVIER OROZCO QUINTERO, mayor de edad y vecino de la ciudad de Barranquilla, identificado con la C.C No. 8.569.836 expedida en Soledad, Atlántico y portador de la Tarjeta Profesional No. 167.729 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado judicial de la demandada **NAYIBE MARIAM CHARANEK SOLANO**, mediante el presente me permito presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** de responsabilidad médica impetrada en su contra, dentro del término legal para hacerlo y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 96 del Código General del Proceso.

**FRENTE AL ACAPITE DENOMINADO COMO "PRETENSIONES,
DECLARACIONES, CONDENAS Y JURAMENTO ESTIMATORIO"
CONTESTAMOS Y OBJETAMOS**

Como apoderado judicial de la **Dra. Nayibe Charanek solano**, manifiesto que me opongo expresamente a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, ya que tal como se expondrá en la contestación de los hechos de ésta, la atención médica brindada por mi poderdante a la paciente Jorley Pacheco Sibaja, se ajustó a lo descrito en la Lex Artis y los protocolos médicos; y no existe relación de causa efecto entre su actuar médico y los daños alegados; lo que por ende destierra cualquier indicio de responsabilidad que se le quiera atribuir a mi representado a cualquier título.

Por ello, seguidamente paso a oponerme a cada una de las pretensiones planteadas en el acápite denominado como **"PRETENSIONES, DECLARACIONES Y CONDENAS"**, e igualmente, sin que el presente pronunciamiento implique reconocimiento de responsabilidad por parte de mi representada y tomando en cuenta lo regulado en el artículo 206 del C.G. del P., paso a **OBJETAR** los valores estimados en el acápite denominado como **"JURAMENTO ESTIMATORIO"**. A saber, se realiza lo antepuesto de la siguiente manera:

PRIMERO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijada Dra. Nayibe Charanek Solano.

En esta pretensión, la parte demandante su apoderado judicial realizan una serie de aseveraciones subjetivas y acientíficas las cuales carecen de peso probatorio y científico.

SEGUNDO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijada Dra. Nayibe Charanek Solano.

En esta pretensión, la parte demandante su apoderado judicial realizan una serie de aseveraciones subjetivas y acientíficas las cuales carecen de peso probatorio y científico.

TERCERO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijada Dra. Nayibe Charanek Solano.

En esta pretensión, la parte demandante su apoderado judicial realizan una serie de aseveraciones subjetivas y acientíficas las cuales carecen de peso probatorio y científico.

CUARTO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijada Dra. Nayibe Charanek Solano.

Cabe destacar que la condición médico – clínica actual de la paciente Jorley Pacheco Sibaja, en nada se relaciona con el adecuado actuar de mi representada, y, por ende, los daños reclamados a mi poderdante no tienen vocación de indemnizables.

QUINTO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijada Dra. Nayibe Charanek Solano.

Cabe destacar que la condición médico – clínica actual de la paciente Jorley Pacheco Sibaja, en nada se relaciona con el adecuado actuar de mi representada, y, por ende, los daños reclamados a mi poderdante no tienen vocación de indemnizables.

SEXTO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijada Dra. Nayibe Charanek Solano.

Cabe destacar que la condición médico – clínica actual de la paciente Jorley Pacheco Sibaja, en nada se relaciona con el adecuado actuar de mi representada, y, por ende, los daños reclamados a mi poderdante no tienen vocación de indemnizables

Igualmente, y sin que el presente pronunciamiento implique reconocimiento de responsabilidad por parte de mi prohijado, me permito objetar el valor solicitado por los demandantes, en lo que respecta al Daño Moral supuestamente irrogado a la menor Jorley Pacheco Sibaja, en tanto el pedimento esgrimido en este punto, es completamente desproporcional e indiscriminado. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia en casos de mayor expresión al que nos ocupa, ha reconocido sumas muy inferiores a la solicitada por los demandantes.

SEPTIMO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijada Dra. Nayibe Charanek Solano.

Cabe destacar que la condición médico – clínica actual de la paciente Jorley Pacheco Sibaja, en nada se relaciona con el adecuado actuar de mi representada, y, por ende, los daños reclamados a mi poderdante no tienen vocación de indemnizables. Igualmente, y sin que el presente pronunciamiento implique reconocimiento de responsabilidad por parte de mi prohijado, me permito objetar el valor solicitado por los demandantes KEVIN ANDRES PACHECO SIBAJA, YORLINIS VANESA PACHECO SIBAJA y DARWIN DE JESUS PACHECO SIBAJA, DOMINGO VICENTE SIBAJA ROMERO, EDITH CECILIA DE ALBA DE LEON, YANELIS SOFIA SIBAJA DE ALBA, DOMINGO VICENTE SIBAJA DE ALBA, y MARYURIS DEL CARMEN SIBAJA DE ALBA, en lo que respecta al Daño Moral supuestamente irrogado por la condición de la menor Jorley Pacheco Sibaja, en tanto el pedimento esgrimido en este punto, es completamente desproporcional e indiscriminado. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia en casos de mayor expresión al que nos ocupa, ha reconocido sumas muy inferiores a la solicitada por los demandantes.

OCTAVO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijada Dra. Nayibe Charanek Solano.

Cabe destacar que la condición médico – clínica actual de la paciente Jorley Pacheco Sibaja, en nada se relaciona con el adecuado actuar de mi representada, y, por ende, los daños reclamados a mi poderdante no tienen vocación de indemnizables. Igualmente, y sin que el presente pronunciamiento implique reconocimiento de responsabilidad por parte de mi prohijado, me permito objetar el valor solicitado por los demandantes, en lo que respecta al supuesto Daño a la vida en relación de la menor Jorley Pacheco Sibaja, en tanto el pedimento esgrimido en este punto, es completamente desproporcional e indiscriminado.

NOVENO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijada Dra. Nayibe Charanek Solano.

Cabe destacar que la condición médico – clínica actual de la paciente Jorley Pacheco Sibaja, en nada se relaciona con el adecuado actuar de mi representada, y, por ende, los daños reclamados a mi poderdante no tienen vocación de indemnizables. Igualmente, y sin que el presente pronunciamiento implique reconocimiento de responsabilidad por parte de mi prohijado, me permito objetar el valor solicitado por los demandantes, en lo que respecta al supuesto Daño a la vida en relación de la señora Marelby Sibaja De Alba, en tanto el pedimento esgrimido en este punto, es completamente desproporcional e indiscriminado. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia en casos de mayor expresión al que nos ocupa, ha reconocido sumas muy inferiores a la solicitada por la parte demandante.

DECIMO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijada Dra. Nayibe Charanek Solano.

Cabe destacar que la condición médico – clínica actual de la paciente Jorley Pacheco Sibaja, en nada se relaciona con el adecuado actuar de mi representada, y, por ende, los daños reclamados a mi poderdante no tienen vocación de indemnizables.

Por otra parte, sin que el presente pronunciamiento implique algún reconocimiento de responsabilidad por parte de mi prohijado, nos oponemos y objetamos el valor que infundadamente estima y solicita la parte demandante en lo que respecta a un supuesto daño material en la modalidad de daño emergente.

A saber, la parte demandante solicita como daño emergente la suma de tres millones de pesos alegando que tuvo que irrogar gastos prejudiciales y hospitalarios por el hecho de la condición médica de la menor Jorley Pacheco Sibaja.

Sin embargo, por una parte, los gastos hospitalarios son meramente enunciativos y no cuentan con sustento alguno. Es por tal motivo que los mismos serian inexactos y debieron ser tasados como cero (0) pesos. -

Por otra parte, en lo que respecta a los gastos prejudiciales, los mismos no constituyen un daño indemnizable, sino gastos propios de cualquier reclamación judicial y prejudicial. Por lo tanto, los mismos son inexactos o en este caso cero (0) pesos.

DECIMO PRIMERO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijada Dra. Nayibe Charanek Solano.

Por otra parte, sin que el presente pronunciamiento implique algún reconocimiento de responsabilidad por parte de mi prohijado, nos oponemos y objetamos el valor que infundadamente estima y solicita la parte demandante en lo que respecta a un supuesto daño material en la modalidad de daño emergente.

Y es que debemos recordar que el daño (sea material o inmaterial) debe ser cierto, personal y subsistente, y no debe tasarse por meras expectativas irreales e imaginativas.

En el caso que nos ocupa, no está demostrado que la menor Jorley Pacheco fuese económicamente productiva y menos que los demandantes dependieran desde el punto de patrimonial de ella.

Por ende, esta solicitud a la luz del artículo 206 del C.G.P., es completamente inexacta, pues el valor debe ser tasado como cero (0) pesos, de conformidad a los argumentos que ya esgrimimos.

DECIMO SEGUNDO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijada Dra. Nayibe Charanek Solano.

DECIMO TERCERO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijada Dra. Nayibe Charanek Solano.

**EN CUANTO AL ACAPITE DENOMINADO COMO "HECHOS Y OMISIONES"
CONTESTAMOS**

AL HECHO PRIMERO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de situaciones personales de la parte demandante, las cuales desconoce por completo mi representada.

AL HECHO SEGUNDO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de situaciones personales de la parte demandante, las cuales desconoce por completo mi representada.

AL HECHO TERCERO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de situaciones personales de la parte demandante, las cuales desconoce por completo mi representado.

No obstante, lo anterior, la historia clínica denota que el desarrollo de la menor Yorley Michel Pacheco Sibaja distaba mucho de ser adecuado, ya que presentaba desnutrición severa, con bajo peso para su edad, con niveles de albumina sérica bajos.

AL HECHO CUARTO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de atenciones en salud en las cuales no participó, y por ello las desconoce.

Sin embargo, debemos aclarar y complementar de conformidad a lo descrito en la historia clínica de ingreso que tuvo la paciente Jorley Pacheco en la Clínica San Rafael, que la misma venía remitida del Hospital de Malambo y del Hospital Niño Jesús de Barranquilla, debido a un cuadro clínico de una semana de evolución consistente en **rinorrea verdosa y leve dificultad respiratoria**, por lo que en el Hospital Niño Jesús se le hizo el diagnóstico de **NEUMONÍA¹ COMPLICADA**. A continuación, apartes de la historia clínica de fecha mayo 24 de 2010, donde se describe:

¹ La neumonía es una infección que inflama los sacos aéreos de uno o ambos pulmones. Los sacos aéreos se pueden llenar de líquido o pus (material purulento), lo que provoca tos con flema o pus, fiebre, escalofríos y dificultad para respirar. Diversos microorganismos, como bacterias, virus y hongos, pueden provocar neumonía. La neumonía puede variar en gravedad desde suave a potencialmente mortal. Es más grave en bebés y niños pequeños, personas mayores a 65 años, y personas con problemas de salud o sistemas inmunitarios debilitados. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pneumonia/symptoms-causes/syc-20354204>

Evolución Médica

Fec-Hora: 2010/05/24 15:06

Entorno: UCI Pediátrica

se trata de paciente femenina de 1 año y 9 meses quien llego remitida de hospital niño Jesus, cuadro clínico de 1 semana de evolucion consistente en rinorrea verdosa y leve dificultad respiratoria, consulto a hospital de malambo donde le realizaron mnb con b2 , sin mejoría clínica es remitida a hospital niño Jesus donde le realizan dx de neumonia complicada y remiten a esta institucion. fue transfundida en 2 ocasiones.

Lo anterior es de suma importancia aclararlo, ya que la menor Jorley Pacheco Sibaja no estaba frente a una simple gripa y un ligero cuadro febril, sino ante una patología grave como lo es una neumonía complicada, la cual tuvo graves consecuencias médicas en la humanidad de la citada paciente.

AL HECHO QUINTO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de atenciones en salud en las cuales no participó, y por ello las desconoce.

Sin embargo, tal como lo confiesa la parte demandante en este hecho, la menor Jorley para el día 23 de mayo de 2010, presentaba como diagnostico una **SEPSIS RESPIRATORIA, NEUMONÍA Y FALLA VENTILATORIA** (como se puede observar en la historia clínica), lo que obligó su remisión a una Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrica (UCIP).

Lo anterior demuestra la inocultable grave condición médica que padecía la menor Jorley Pacheco Sibaja desde el 23 de mayo de 2010.

AL HECHO SEXTO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de atenciones en salud en las cuales no participó, y por ello las desconoce.

Sin embargo, de conformidad a la historia clínica de fecha mayo 24 de 2010, debemos destacar que además de la grave condición médica en la que ingresa la paciente Jorley Pacheco Sibaja a la Clínica San Rafael, se denota que la misma tenia cierto grado de desnutrición y/o bajo peso. Así lo demuestra la historia clínica:

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE		
HC No.	RC 1048284126	Paciente: Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil: Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono: 320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Fec-Hora: 2010/05/24 15:06

Entorno: UCI Pediátrica

se trata de paciente femenina de 1 año y 9 meses quien llego remitida de hospital niño Jesus, cuadro clínico de 1 semana de evolucion consistente en rinorrea verdosa y leve dificultad respiratoria, consulto a hospital de malambo donde le realizaron mnb con b2 , sin mejoría clínica es remitida a hospital niño Jesus donde le realizan dx de neumonia complicada y remiten a esta institucion. fue transfundida en 2 ocasiones.

nacio por cesarea de 37 semanas, con buen apgar, alimentacion con leche materna , complementaria.

hosp negativos qx negativos alergias negativas vacunacion positiva

sv fc 100 x min fr 46 x min ta 106/76 spo2 96%

al ingreso paciente en regular estado musculonutricional, con palidez cutanea

con signos de dificultad respiratoria, taquipnelca , con leves tirajes intercostales.

cardiaco rs cs rs sin soplos

pulmones con disminucion del murmullo vesicular del lado derecho, con crepitos en base pulmonar derecha.

abdomen balndo depresible sin masas.

gu c/n

snc activa reactiva. no deficit

hemograma hg 11.3 htc 34.5 % pla 194000 leu 6700 neu 60% lin 40%

dx lactante mayor de bajo peso

2- sdr neumonia complicada a derrame pleural ?

3- anemia transfundida

rx de torax se observa velamiento del hemitorax derecho

plan es tar de torax

Lo anterior resulta de suma importancia porque nos demuestra que la paciente Jorley Pacheco Sibaja, por un lado, tenía una condición médica de gravedad (neumonía complicada) y cierto grado de desnutrición que nos puede llevar a concluir la falta de cuidado y atención por parte de los padres de la mencionada paciente.

AL HECHO SEPTIMO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de atenciones en salud en las cuales no participó, y por ello las desconoce.

Sin embargo, de conformidad a la historia clínica de fecha 24 de mayo de 2010, es cierto que a la paciente Jorley Pacheco se le realizó un tac de tórax que confirmó la neumonía complicada, quien tenía líquido en pulmón derecho y probable derrame pleural. Así se desprende de la historia clínica:

2010/05/24 18:46

tac de torax se observa opacidad que compromete gran parte del pulmon derecho, con liquido en su interior, probable derrame, se ordena valoración por cirugía

Lo anterior demuestra la complicada condición médica de la paciente Jorley Pacheco Sibaja, producto de la neumonía que padecía y que indefectiblemente comprometía su estado de salud y pronóstico.

AL HECHO OCTAVO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de atenciones en salud en las cuales no participó, y por ello las desconoce.

Pese a lo anterior, conforme a la historia clínica, es cierto que a la paciente Jorley Pacheco Sibaja, se le realizó una toracentesis con colocación de tubo de tórax, para poder drenar el líquido encontrado en el pulmón derecho y tratar de obtener una mejoría en la afectación pulmonar.

AL HECHO NOVENO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de atenciones en salud en las cuales no participó, y por ello las desconoce.

Pese a lo anterior y de conformidad a lo que está descrito en la historia clínica, la paciente Jorley Pacheco Sibaja no tuvo una mejoría como lo quiere hacer ver la parte demandante y su apoderado, pues tal como se desprende ampliamente de tal historial clínico, la mencionada paciente presentó serias complicaciones por su cuadro de neumonía, cursando con edema en extremidades y abdomen, drenaje de material cetrino por tubo de tórax, en momentos quejumbrosa, con elevación de azoados, en delicado estado de salud, falla renal y no respuesta diurética. A continuación, permito replicar lo descrito en la historia clínica que soporta nuestro dicho:

2010/05/31 19:00

paciente con dx anotados

el cual continua con edemas en extremidades, y abdomen, con tubo de torax drenando material cetrino.

se observa quejumbrosa por momentos, cursa con elevacion de los azoados.

sv fc 112 x min fr 36 xmin spo2 96%

bh 630 - 34 + 596cc

gu 2 cc en 12 horas anurica

continua con requerimientos de o2 por canula nasal.

hoy presento un vomito en horas del medio dia

cardiaco rscrs sin soplos.

abomen con leve distencion abdominal

paciente delicado, cursa con falla renal, no respuesta al diuretico

Como puede denotarse, la paciente no tuvo mejoría, ya que, por el contrario, la grave condición médica debido a su patología de base (neumonía complicada y posible drenaje pleural), llevó a que presentara desmejora en su salud, pese a los esfuerzos ingentes de los galenos que la atendieron.

AL HECHO DECIMO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de atenciones en salud en las cuales no participó mi prohijada, y por ello las desconoce.

Pese a lo anterior y tal como lo venimos refiriendo a lo largo de la contestación de esta demanda, la paciente Jorley Pacheco desde su ingreso a la Clínica San Rafael, presentó una grave condición médica (por su neumonía complicada) en virtud de lo cual se le tuvieron que practicar varios procedimientos quirúrgicos y aplicar varios tratamientos médicos.

AL HECHO DECIMO PRIMERO

Mi poderdante manifiesta que este hecho es cierto, pues tal y como venimos advirtiendo en respuesta a hechos anteriores, la paciente Jorley Pacheco Sibaja, previo al procedimiento del dos (2) de junio de 2010, presentaba un síndrome de dificultad respiratoria marcada, producto de una neumonía bacteriana complicada, con derrame pleural derecho, presencia de neumotórax derecho y dessaturación, por lo que ameritó de urgencia una toracotomía cerrada + decorticación + fistulectomía broncopleural + resección de tejido necrótico + colocación de tubo de torax.

AL HECHO DECIMO SEGUNDO

Mi poderdante manifiesta frente al hecho que por tratarse el mismo de varias aseveraciones, se pronunciara por separado de cada uno de ellos.

A. Frente a la aseveración que plantea el hecho, y que argumenta que la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, fue incorrectamente intubada, mi poderdante manifiesta que esto **NO ES CIERTO**, como tampoco lo es que existan registros clínicos que describan tal situación argüida en el hecho, prueba de ello es que en las notas de evolución de los médicos intensivistas, no se registró tal aspecto que indica el demandante, y por el contrario existen registros de radiografías tomadas tanto con posterioridad al procedimiento quirúrgico del 2 de junio de 2010, como del día siguiente a la cirugía, que reportaron que el tubo oro traqueal estaba en adecuada posición, así las cosas lo descrito en el hecho es completamente falso, ya que el registro de anestesia, la nota operatoria

y las notas de evolución de los pediatras intensivistas, así como las ayudas diagnósticas confirman que el tubo oro traqueal nunca estuvo en un bronquio, puesto que el pulmón operado presentaba salida de aire y adecuada expansión luego de la cirugía.

Para esto es importante detenerse en la historia clínica y realizar una adecuada lectura de la misma, para identificar tres aspectos relevantes:

1. Que la oximetría de pulso aumentó de 80% antes de la intubación hasta 90% después de ella.
2. Que los gases arteriales mostraron hiperoxia, mas no hipoxia.
3. Que la historia clínica describe que los dos campos pulmonares estaban ventilados y expandidos, todo lo cual hubiera sido imposible si un bronquio fuera ventilado y el otro se mantuviera excluido de la ventilación, que es lo que habitualmente sucede cuando la punta del tubo queda metida dentro de un bronquio.

Téngase en cuenta que las radiografías son estudios certeros para determinar la posición de la punta del tubo y por ende es una evidencia confiable de que efectivamente al finalizar la cirugía y al ingresar a la UCI el tubo oro traqueal estaba bien colocado.

- B. Frente a la aseveración que plantea el hecho, y que argumenta que la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, fue re intubada, mi poderdante manifestó que esto **NO ES CIERTO**, y que más bien corresponde a una incorrecta interpretación de los registros de historia clínica.

No obstante, se aclara que teniendo en cuenta que las imágenes diagnósticas describen la correcta ubicación del tubo oro traqueal, la adecuada expansión pulmonar, la ventilación suficiente de los pulmones, así como la correcta oxigenación de la sangre, nos llevan a pensar que movimientos de la menor en UCI, pudieron causar que el tubo oro traqueal se ubicara en una posición más profunda de la ubicación donde fue colocado por la anestesióloga, Dra. NAYIBE MARIAM CHARANEK SOLANO, lo cual es común en los niños, en los cuales mínimos cambios en la posición de la cabeza pueden provocar cambios importantes en la posición de la punta del tubo, por lo que el hecho de que el tubo oro traqueal quede ubicado en la Carina no genera ningún problema por sí mismo, por lo que en medicina se considera que la ubicación de la punta del tubo en la Carina al final de una cirugía, sobre todo después de transportar al paciente intubado, y de manipular al paciente y al tubo para conectarlo a un ventilador, no implica una mala práctica médica.

A lo anterior hay que agregar que ante el cambio de ubicación del tubo oro traqueal en UCI, este fue corregido de manera inmediata.

- C. Frente a la aseveración que plantea el hecho, que establece que como consecuencia de una supuesta intubación incorrecta de la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, su cerebro quedó sin oxígeno y por tanto se causó paro cardiorrespiratorio y daño neurológico a la menor, mi poderdante manifestó que esto **NO ES CIERTO**, tal y como se mencionó anteriormente, ya que el registro de anestesia, la nota operatoria y las notas de evolución de los pediatras intensivistas, así como las ayudas diagnósticas confirman que el tubo oro

traqueal nunca estuvo en un bronquio, puesto que el pulmón operado presentaba salida de aire y adecuada expansión luego de la cirugía.

Recordemos que la oximetría de pulso aumentó de 80% antes de la intubación hasta 90% después de ella, que los gases arteriales mostraron hiperoxia, mas no hipoxia y que la historia clínica que los dos campos pulmonares estaban ventilados y expandidos, todo lo cual hubiera sido imposible si un bronquio fuera ventilado y el otro se mantuviera excluido de la ventilación, que es lo que habitualmente sucede cuando la punta del tubo queda metida dentro de un bronquio.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO DECIMO TERCERO

Frente a la aseveración que plantea el hecho, y que argumenta que la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, fue re intubada, mi poderdante manifestó una vez más que esto **NO ES CIERTO**, y que más bien corresponde a una incorrecta interpretación de los registros de historia clínica.

No obstante, se aclara que teniendo en cuenta que las imágenes diagnosticas describen la correcta ubicación del tubo oro traqueal, la adecuada expansión pulmonar, la ventilación suficiente de los pulmones, así como la correcta oxigenación de la sangre, nos llevan a pensar que movimientos de la menor en UCI, pudieron causar que el tubo oro traqueal se ubicara en una posición más profunda de la ubicación donde fue colocado por la anesthesióloga, Dra. NAYIBE MARIAM CHARANEK SOLANO, lo cual es común en los niños, en los cuales mínimos cambios en la posición de la cabeza del niño pueden provocar cambios importantes en la posición de la punta del tubo, por lo que el hecho de que el tubo oro traqueal quede ubicado en la Carina no genera ningún problema por sí mismo, por lo que en medicina se considera que la ubicación de la punta del tubo en la Carina al final de una cirugía, sobre todo después de transportar al paciente intubado y de manipular al paciente y al tubo para conectarlo a un ventilador, no implica una mala práctica médica.

A lo anterior hay que agregar que ante el cambio de ubicación del tubo oro traqueal en UCI, este fue corregido de manera inmediata.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO DECIMO CUARTO

Frente a la aseveración que plantea el hecho, y que argumenta que no les fue informado a los padres o familiares que la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA había sufrido un paro cardiorrespiratorio, durante el procedimiento quirúrgico del 2 de junio de 2010, pues nunca les fue informado por el personal médico, mi poderdante manifestó que esto **NO ES CIERTO**, señalando que tal información se brindó de manera oportuna.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO DECIMO QUINTO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de atenciones en salud en las cuales no participó y por ello las desconoce.

Sin embargo, tal y como se indicó anteriormente, existen registros de radiografías tomadas tanto con posterioridad al procedimiento quirúrgico del 2 de junio de 2010, como del día siguiente a la cirugía, que reportaron que el tubo oro traqueal estaba en adecuada posición, el registro de anestesia, la nota operatoria y las notas de evolución de los pediatras intensivistas, así como las ayudas diagnósticas confirman que el tubo oro traqueal nunca estuvo en un bronquio, puesto que el pulmón operado presentaba salida de aire y adecuada expansión luego de la cirugía, aunado a esto, la historia clínica describe que la oximetría de pulso aumentó de 80% antes de la intubación hasta 90% después de ella, que los gases arteriales mostraron hiperoxia, mas no hipoxia, y que la historia clínica describe que los dos campos pulmonares estaban ventilados y expandidos, todo lo cual hubiera sido imposible si un bronquio fuera ventilado y el otro se mantuviera excluido de la ventilación, que es lo que habitualmente sucede cuando la punta del tubo queda metida dentro de un bronquio.

No obstante las evidencias que arroja la historia clínica, tales como las imágenes diagnósticas, la adecuada expansión pulmonar, la ventilación suficiente de los pulmones, así como la correcta oxigenación de la sangre, es posible que movimientos de la menor en UCI, pudieran causar que el tubo oro traqueal se ubicara en una posición más profunda de la ubicación donde fue colocado por la anesthesióloga, Dra. NAYIBE MARIAM CHARANEK SOLANO, lo cual es común en los niños, en los cuales mínimos cambios en la posición de la cabeza del niño pueden provocar cambios importantes en la posición de la punta del tubo, por lo que el hecho de que el tubo oro traqueal quede ubicado en la Carina no genera ningún problema por sí mismo, por lo que en medicina se considera que la ubicación de la punta del tubo en la Carina al final de una cirugía, sobre todo después de transportar al paciente intubado y de manipular al paciente y al tubo para conectarlo a un ventilador, no implica una mala práctica médica.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO DECIMO SEXTO

Mi poderdante manifiesta que NO ES CIERTO que el tubo oro traqueal le fue instalado de manera incorrecta por ella, ni mucho menos es cierto que el mismo permaneciera en esas condiciones desde el momento en que fue realizada la cirugía, esto es el 2 de junio de 2010, hasta el día siguiente, 3 de junio de 2010.

Tal y como se indicó anteriormente, la historia clínica da cuenta de radiografías tomadas tanto con posterioridad al procedimiento quirúrgico del 2 de junio de 2010, como del día siguiente a la cirugía, reportaron que el tubo oro traqueal estaba en adecuada posición, el registro de anestesia, la nota operatoria y las notas de evolución de los pediatras intensivistas, así como las ayudas diagnósticas confirman que el tubo oro traqueal nunca estuvo en un bronquio, puesto que el pulmón operado presentaba salida de aire y adecuada expansión luego de la cirugía, aunado

a esto, la historia clínica describe que la oximetría de pulso aumentó de 80% antes de la intubación hasta 90% después de ella, que los gases arteriales mostraron hiperoxia, mas no hipoxia, y que la historia clínica describe que los dos campos pulmonares estaban ventilados y expandidos, todo lo cual hubiera sido imposible si un bronquio fuera ventilado y el otro se mantuviera excluido de la ventilación, que es lo que habitualmente sucede cuando la punta del tubo queda metida dentro de un bronquio.

No obstante las evidencias que arroja la historia clínica, tales como las imágenes diagnósticas, la adecuada expansión pulmonar, la ventilación suficiente de los pulmones, así como la correcta oxigenación de la sangre, es posible que movimientos de la menor en UCI, pudieron causar que el tubo oro traqueal se ubicara en una posición más profunda de la ubicación donde fue colocado por la anesthesióloga, Dra. NAYIBE MARIAM CHARANEK SOLANO, lo cual es común en los niños, en los cuales mínimos cambios en la posición de la cabeza del niño pueden provocar cambios importantes en la posición de la punta del tubo, por lo que el hecho de que el tubo oro traqueal quede ubicado en la Carina no genera ningún problema por sí mismo, por lo que en medicina se considera que la ubicación de la punta del tubo en la Carina al final de una cirugía, sobre todo después de transportar al paciente intubado y de manipular al paciente y al tubo para conectarlo a un ventilador, no implica una mala práctica médica.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO DECIMO SEPTIMO

Mi poderdante manifiesta que tal y como se dijo anteriormente, NO ES CIERTO que hubiere intención de ocultar nada en los estudios imageneologicos o exámenes realizados a la paciente, simplemente como se ha explicado ya, es posible que movimientos de la menor en UCI, pudieron causar que el tubo oro traqueal se ubicara en una posición más profunda de la ubicación donde fue colocado por la anesthesióloga, Dra. NAYIBE MARIAM CHARANEK SOLANO, lo cual es común en los niños, en los cuales mínimos cambios en la posición de la cabeza del niño pueden provocar cambios importantes en la posición de la punta del tubo.

Sin embargo, si en gracia de discusión se aceptara como cierto el planteamiento del demandante (que no lo es), el hecho de que el tubo oro traqueal quede ubicado en la Carina no genera ningún problema por sí mismo, por lo que en medicina se considera que la ubicación de la punta del tubo en la Carina al final de una cirugía, sobre todo después de transportar al paciente intubado y de manipular al paciente y al tubo para conectarlo a un ventilador, no implica una mala práctica médica.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO DECIMO OCTAVO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de atenciones en salud en las cuales no participó y por ello las desconoce.

Sin embargo, debemos recordar que, de acuerdo a lo descrito en la historia clínica, la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, al momento del ingresar a la clínica San Rafael presentaba una condición médica anormal, caracterizada por neumonía complicada y anemia severa), tanto que estaba al borde de la muerte (por falla respiratoria y septicemia), motivo por el cual los médicos del Hospital niño Jesús consideraron necesario enviarla a una unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de alto nivel de complejidad.

Ahora bien, esta infección pulmonar complicada, más la anemia grave y desnutrición aguda, más una respuesta inflamatoria sistémica severa (sepsis), consecuencia de una neumonía bacteriana basal derecha complicada por empiema derecho y bulas pulmonares en base derecha, había generado en la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, una disfunción orgánica múltiple caracterizada por falla una respiratoria inminente, inestabilidad cardiovascular y oliguria recurrente, hechos que combinados generaban un alto riesgo de muerte y de complicaciones graves, los cuales dieron origen a su remisión a Unidad de Cuidados Intensivos, y además es importante tener en cuenta que tales condiciones clínicas presentadas con antelación al día 2 de junio del 2010, por si solas tienen ya la capacidad de generar lesión cerebral hipóxico (bajo nivel de oxígeno en el cerebro) o isquémica (bajo flujo de sangre en el cerebro), pudiendo causar parada cardio respiratoria y lesión neurológica severa e irreversible, lo que explicaría un cuadro de mirada fija, respuesta pupilar a la luz lenta, hipo actividad, respuesta a estímulos dolorosos, entre otros signos.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO DECIMO NOVENO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de atenciones en salud en las cuales no participó y por ello las desconoce.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO VIGESIMO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de atenciones en salud en las cuales no participó y por ello las desconoce.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO VIGESIMO PRIMERO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de atenciones en salud en las cuales no participó y por ello las desconoce.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO VIGESIMO SEGUNDO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de atenciones en salud en las cuales no participó y por ello las desconoce.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO VIGESIMO TERCERO

Mi poderdante manifiesta que este hecho **NO ES CIERTO**, dado que de acuerdo a lo descrito en la historia clínica, la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, al momento del ingresar a la clínica San Rafael presentaba una condición médica anormal, caracterizada por neumonía complicada y anemia severa), tanto que estaba al borde de la muerte (por falla respiratoria y septicemia), motivo por el cual los médicos del Hospital niño Jesús consideraron necesario enviarla a una unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de alto nivel de complejidad.

Ahora bien, esta infección pulmonar complicada, más la anemia grave y desnutrición aguda, más una respuesta inflamatoria sistémica severa (sepsis), consecuencia de una neumonía bacteriana basal derecha complicada por empiema derecho y bulas pulmonares en base derecha, había generado en la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, una disfunción orgánica múltiple caracterizada por falla una respiratoria inminente, inestabilidad cardiovascular y oliguria recurrente, hechos que combinados generaban un alto riesgo de muerte y de complicaciones graves, los cuales dieron origen a su remisión a Unidad de Cuidados intensivos pediátricos.

La menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, al momento del ingresar a la clínica San Rafael recibió tratamiento con trasfusiones de sangre, drenaje del empiema, antibióticos y múltiples medicamentos para tratar de compensar su disfunción orgánica generalizada, pero una semana después continuaba inestable y las imágenes del tórax revelaron la presencia de nuevas lesiones en el pulmón, en la pleura y en órganos distantes, como riñones, cual era indicación de tratamiento con cirugía del tórax, como lo determinó el especialista en cirugía pediátrica.

A pesar de que el mal estado de salud de la paciente y su pobre condición física, el procedimiento quirúrgico no podía ser diferido porque el riesgo de muerte era mayor si la niña no era operada tan pronto como fuera posible, que en criterio del cirujano y de los intensivistas debía ser la tarde del día 2 de junio.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO VIGESIMO CUARTO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de atenciones en salud en las cuales no participó y por ello las desconoce.

Sin embargo, tal y como se explicó con antelación, de acuerdo a lo descrito en la historia clínica, la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, al momento del ingresar a la clínica San Rafael presentaba una condición médica anormal, caracterizada por neumonía complicada y anemia severa), tanto que estaba al borde de la muerte (por falla respiratoria y septicemia), motivo por el cual los médicos del Hospital niño Jesús consideraron necesario enviarla a una unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de alto nivel de complejidad.

Ahora bien, esta infección pulmonar complicada, más la anemia grave y desnutrición aguda, más una respuesta inflamatoria sistémica severa (sepsis), consecuencia de una neumonía bacteriana basal derecha complicada por empiema derecho y bulas pulmonares en base derecha, había generado en la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, una disfunción orgánica múltiple caracterizada por falla una respiratoria inminente, inestabilidad cardiovascular y oliguria recurrente, hechos que combinados generaban un alto riesgo de muerte y de complicaciones graves, los cuales dieron origen a su remisión a Unidad de Cuidados Intensivos, y además es importante tener en cuenta que tales condiciones clínicas presentadas con antelación al día 2 de junio del 2010, por si solas tienen ya la capacidad de generar lesión cerebral hipóxico (bajo nivel de oxígeno en el cerebro) o isquémica (bajo flujo de sangre en el cerebro), pudiendo causar parada cardio respiratoria y lesión neurológica severa e irreversible, lo que explicaría un cuadro de mirada fija, respuesta pupilar a la luz lenta, hipo actividad, respuesta a estímulos dolorosos, entre otros signos.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO VIGESIMO QUINTO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de atenciones en salud en las cuales no participó y por ello las desconoce.

Sin embargo, tal y como se explicó con antelación, la condición médica severa que presentaba la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, y que generaron su remisión a Unidad de Cuidados intensivos, por si solas tienen ya la capacidad de generar lesión cerebral hipóxico (bajo nivel de oxígeno en el cerebro) o isquémica (bajo flujo de sangre en el cerebro), pudiendo causar parada cardio respiratoria y lesión neurológica severa e irreversible, lo que explicaría un cuadro de mirada fija, respuesta pupilar a la luz lenta, hipo actividad, respuesta a estímulos dolorosos, entre otros signos.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO VIGESIMO SEXTO

Mi poderdante manifiesta que este hecho **NO ES CIERTO**, dado que tal y como se ha explicado con antelación, no se colocó de manera incorrecta el tubo oro traqueal, lo cual encuentra sustento en los registros de historia clínica.

Aunado a lo anterior, la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, al momento del ingresar a la clínica San Rafael presentaba una condición médica anormal, caracterizada por neumonía complicada y anemia severa), tanto que estaba al borde de la muerte (por falla respiratoria y septicemia), motivo por el cual los médicos del Hospital niño Jesús consideraron necesario enviarla a una unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de alto nivel de complejidad.

Ahora bien, esta infección pulmonar complicada, más la anemia grave y desnutrición aguda, más una respuesta inflamatoria sistémica severa (sepsis), consecuencia de una neumonía bacteriana basal derecha complicada por empiema derecho y bulas pulmonares en base derecha, había generado en la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, una disfunción orgánica múltiple caracterizada por falla una respiratoria inminente, inestabilidad cardiovascular y oliguria recurrente, hechos que combinados generaban un alto riesgo de muerte y de complicaciones graves, los cuales dieron origen a su remisión a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

La menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, al momento del ingresar a la clínica San Rafael recibió tratamiento con transfusiones de sangre, drenaje del empiema, antibióticos y múltiples medicamentos para tratar de compensar su disfunción orgánica generalizada, pero una semana después continuaba inestable y las imágenes del tórax revelaron la presencia de nuevas lesiones en el pulmón, en la pleura y en órganos distantes, como riñones, cual era indicación de tratamiento con cirugía del tórax, como lo determinó el especialista en cirugía pediátrica.

A pesar de que el mal estado de salud de la paciente y su pobre condición física, el procedimiento quirúrgico no podía ser diferido porque el riesgo de muerte era mayor si la niña no era operada tan pronto como fuera posible, que en criterio del cirujano y de los intensivistas debía ser la tarde del día 2 de junio.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO VIGESIMO SEPTIMO

Mi poderdante manifiesta que este hecho **NO ES CIERTO**, dado que tal y como se ha explicado con antelación, no se colocó de manera incorrecta el tubo oro traqueal, lo cual encuentra sustento en los registros de historia clínica.

Aunado a lo anterior, la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, al momento del ingresar a la clínica San Rafael presentaba una condición médica anormal, caracterizada por neumonía complicada y anemia severa), tanto que estaba al borde de la muerte (por falla respiratoria y septicemia), motivo por el cual los médicos del Hospital niño Jesús consideraron necesario enviarla a una unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de alto nivel de complejidad.

Ahora bien, esta infección pulmonar complicada, más la anemia grave y desnutrición aguda, más una respuesta inflamatoria sistémica severa (sepsis), consecuencia de una neumonía bacteriana basal derecha complicada por empiema derecho y bulas pulmonares en base derecha, había generado en la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, una disfunción orgánica múltiple caracterizada por falla una respiratoria inminente, inestabilidad cardiovascular y oliguria recurrente, hechos que combinados generaban un alto riesgo de muerte y de complicaciones graves, los cuales dieron origen a su remisión a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

La menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, al momento del ingresar a la clínica San Rafael recibió tratamiento con trasfusiones de sangre, drenaje del empiema, antibióticos y múltiples medicamentos para tratar de compensar su disfunción orgánica generalizada, pero una semana después continuaba inestable y las imágenes del tórax revelaron la presencia de nuevas lesiones en el pulmón, en la pleura y en órganos distantes, como riñones, cual era indicación de tratamiento con cirugía del tórax, como lo determinó el especialista en cirugía pediátrica.

A pesar de que el mal estado de salud de la paciente y su pobre condición física, el procedimiento quirúrgico no podía ser diferido porque el riesgo de muerte era mayor si la niña no era operada tan pronto como fuera posible, que en criterio del cirujano y de los intensivistas debía ser la tarde del día 2 de junio.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO VIGESIMO OCTAVO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de situaciones personales de la parte demandante, las cuales desconoce por completo mi representada.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO VIGESIMO NOVENO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de situaciones personales de la parte demandante, las cuales desconoce por completo mi representada.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO TRIGESIMO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de situaciones personales de la parte demandante, las cuales desconoce por completo mi representada.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO TRIGESIMO PRIMERO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de situaciones personales de la parte demandante, las cuales desconoce por completo mi representada.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO TRIGESIMO SEGUNDO

Mi poderdante manifiesta que este hecho **NO ES CIERTO**, dado que tal y como se ha explicado con antelación, no se colocó de manera incorrecta el tubo oro traqueal, lo cual encuentra sustento en los registros de historia clínica.

Aunado a lo anterior, la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, al momento del ingresar a la clínica San Rafael presentaba una condición médica anormal, caracterizada por neumonía complicada y anemia severa), tanto que estaba al borde de la muerte (por falla respiratoria y septicemia), motivo por el cual los médicos del Hospital niño Jesús consideraron necesario enviarla a una unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de alto nivel de complejidad.

Ahora bien, esta infección pulmonar complicada, más la anemia grave y desnutrición aguda, más una respuesta inflamatoria sistémica severa (sepsis), consecuencia de una neumonía bacteriana basal derecha complicada por empiema derecho y bulas pulmonares en base derecha, había generado en la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, una disfunción orgánica múltiple caracterizada por falla una respiratoria inminente, inestabilidad cardiovascular y oliguria recurrente, hechos que combinados generaban un alto riesgo de muerte y de complicaciones graves, los cuales dieron origen a su remisión a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

La menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA, al momento del ingresar a la clínica San Rafael recibió tratamiento con trasfusiones de sangre, drenaje del empiema, antibióticos y múltiples medicamentos para tratar de compensar su disfunción orgánica generalizada, pero una semana después continuaba inestable y las imágenes del tórax revelaron la presencia de nuevas lesiones en el pulmón, en la pleura y en órganos distantes, como riñones, cual era indicación de tratamiento con cirugía del tórax, como lo determinó el especialista en cirugía pediátrica.

A pesar de que el mal estado de salud de la paciente y su pobre condición física, el procedimiento quirúrgico no podía ser diferido porque el riesgo de muerte era mayor si la niña no era operada tan pronto como fuera posible, que en criterio del cirujano y de los intensivistas debía ser la tarde del día 2 de junio.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

AL HECHO TRIGESIMO TERCERO

Mi poderdante manifiesta que este hecho no le consta, pues se trata de situaciones personales de la parte demandante, las cuales desconoce por completo mi representada.

Estos hechos planteados por la parte actora, deben ser probados de acuerdo al principio onus probandi.

**PRONUNCIAMIENTO GENERAL RESPECTO DE LOS PERJUICIOS
EXPUESTOS POR LA PARTE ACTORA.**

Sin que ello implique reconocimiento de responsabilidad por parte de mi poderdante en los hechos que son materia del proceso, expresamente manifiesto que objeto los daños o perjuicios y valores (montos) que infundadamente señala la parte actora y que solicita mediante la presente acción sean indemnizados, y relacionados con los "supuestos perjuicios generados en la atención medica prestada por mi poderdante", ya que tales solicitudes carecen de fundamentos jurídicos, científicos y probatorios, necesarios para erigir tal solicitud, y por ende su cuantía, ya que claramente se denota que se solicita una suma de dinero exagerada, sin tomar en cuenta los parámetros que ha establecido nuestro honorable Corte suprema de justicia al respecto. Luego entonces, el pedimento del extremo activo de la litis, resulta totalmente desproporcionado, desequilibrado y exagerado

Aunado a lo anterior, cabe aclarar, que esta solicitud se encuentra fundada en una serie de afirmaciones expresadas por el apoderado de la parte demandante, las cuales no se encuentran probadas y aún en caso que tal daño sea probado, éste no puede ser imputable a mi poderdante, pues no existió culpa en las actuaciones medicas realizadas por la Dra. Nayibe Charanek solano, ya que este ajustó sus actuaciones a lo que enseña la lex artis.

1. SOBRE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS MATERIALES A TÍTULO DE DAÑO EMERGENTE, cuantificados por el actor en tres millones de pesos, vale señalar que la parte actora está sosteniendo el argumento de los perjuicios en supuestos asesoramientos que el apoderado ha realizado, sin aportar certificaciones adecuadas, sino cuentas de cobro que no acreditan el perjuicio que argumenta.

Por lo tanto, el actor no acreditó de manera idónea los elementos económicos que sustentan los perjuicios que alega, aunado a lo anterior cabe aclarar que esta solicitud se encuentra fundada en una serie de afirmaciones expresadas por el apoderado de la parte demandante, las cuales no se encuentran probadas.

2. SOBRE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS MATERIALES A TÍTULO DE LUCRO CESANTE, cuantificados por el actor en \$ 547.749.072

Cabe aclarar, que esta solicitud se encuentra fundada en una serie de afirmaciones expresadas por el apoderado de la parte demandante, las cuales no se encuentran probadas y aún en caso que tal daño sea probado, éste no puede ser imputable a mi poderdante, pues no existió culpa en las actuaciones medicas realizadas por la Dra. Nayibe Charanek solano, ya que esta ajustó sus actuaciones a lo que enseña la lex artis.

3. SOBRE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES POR CONCEPTO DE DAÑOS MORALES, SOLICITADOS POR LA PARTE ACTORA POR VALOR DE 517.903.770

Antes de entrar a discriminar los aspectos por los cuales consideramos que la estimación razonada de perjuicios de la parte actora es inexacta, es necesario recordar que de acuerdo con el artículo 206 del Código General del Proceso, citado anteriormente: "(...) El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extra patrimoniales. Tampoco procederá cuando quien reclame la indemnización, o compensación los frutos o mejoras, sea un incapaz (...)". (Subrayas por fuera del texto original).

Habiendo hecho esta aclaración, nos permitimos manifestar que la tasación de los daños inmateriales, de la forma en la que se consigna en la demanda, dista por mucho de los parámetros jurisprudenciales que regulan la materia y que establecen porcentaje distintos de reconocimiento de sumas de dinero en casos similares al que nos ocupa. Se destaca que los daños extra patrimoniales fueron tasados de manera excesiva además de no encontrarse probados dentro de los documentos anexos a la demanda, es decir, no hay evidencia de que los hoy demandantes los hubieran sufrido, dado que no se anexó ningún tipo de prueba que determine lo argumentado por la demanda.

4. SOBRE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES POR CONCEPTO DE DAÑO A LA VIDA DE RELACION, SOLICITADOS POR LA PARTE ACTORA POR VALOR DE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TRECE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS (\$ 1.244.213.442)

Nos permitimos manifestar que la tasación de los daños inmateriales, de la forma en la que se consigna en la demanda, dista por mucho de los parámetros jurisprudenciales que regulan la materia y que establecen porcentaje distintos de reconocimiento de sumas de dinero en casos similares al que nos ocupa. Se destaca que los daños extra patrimoniales fueron tasados de manera excesiva además de no encontrarse probados dentro de los documentos anexos a la demanda, es decir, no hay evidencia de que los hoy demandantes los hubieran sufrido, dado que no se anexó ningún tipo de prueba que determine lo argumentado por la demanda.

Ahora bien, es importante recalcar que la solicitud de perjuicios no puede ser fuente de enriquecimiento, dado que su objetivo según palabras de la corte, debe buscar la reparación del daño, solo el daño y nada más que el daño, por ende la solicitud de los perjuicios tal y como se esbozó en la demanda, es desproporcionada y busca el enriquecimiento.

EXCEPCIONES DE MÉRITO

1. ADECUADA PRÁCTICA MÉDICA – CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS

La expresión Lex Artis –literalmente, "ley del arte", ley artesanal o regla de actuación de la que se trate –se ha venido empleando de siempre, para referirse a un cierto

sentido de apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta o se ajusta o no a lo que debe hacerse.

De forma que si la actuación se adecua a las reglas técnicas pertinentes se habla de "un buen profesional, un buen técnico, un buen artesano", y de una buena "praxis" en el ejercicio de una profesión. Suele aplicarse el principio de la Lex Artis a las profesiones que precisan de una técnica operativa y que plasman en la práctica unos resultados empíricos. Entre ellas destaca, por supuesto, la profesión médica, toda vez que la medicina es concebida como una ciencia experimental.

La indicación terapéutica consiste, fundamentalmente, en una tarea de valoración, de ponderación de los beneficios y riesgos objetivamente previsibles para la salud del paciente, que puede entrañar la aplicación de una u otra medida terapéutica; mientras que en la Lex Artis se trata de, una vez emitido ese juicio, aplicar adecuada y correctamente por parte del facultativo el tratamiento indicado.

Se tiene claro entonces, que el acto médico, exige la completa y plena aplicación y cumplimiento de esas reglas claras que predica la Lex Artis, por tal razón se puede afirmar que mi representada cumplió con ese deber legal y ético al momento de realizar su actuación médica.

2. AUSENCIA DE CULPA

Tradicionalmente, se ha considerado que el concepto Culpa supone la existencia de un obrar desatento y descuidado por parte de la persona a la que se le examina su conducta.

Al interior de este proceso se afirma por la parte demandante, que la culpa médica alegada se deriva de la presunta negligencia médica de mi poderdante, por no realizar adecuadamente la intubación oro traqueal, no obstante, la historia clínica evidencia extrema prudencia y pericia de mi poderdante quien realizó una atención medica en apego a los protocolos de anestesia.

Así las cosas, los argumentos que describen sangrado a nivel del globo ocular izquierdo en el paciente tal como se ha venido señalando son completamente falsas y se encuentran alejadas de los registros de la Historia Clínica del paciente, que tienen completa validez y fueron incluso aportados por la parte actora al proceso.

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta evidente que al interior del caso sub examine, no existe ninguna conducta culpable de mi representado, antes, por el contrario, la conducta de mi apadrinado en todo momento fue diligente.

3. LA OBLIGACIÓN DEL MÉDICO ES DE MEDIOS Y NO DE RESULTADOS

Tal y como lo han reiterado nuestras altas cortes, la obligación del médico es de medios y no de resultado, así:

Corte Suprema de Justicia, Sentencia del 5 de Marzo de 1940:

... "el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste".

Sentencia del Consejo de Estado - Sección Tercera.- de fecha 18 de abril de 1994:

... "La responsabilidad médica sigue siendo tratada, en la jurisprudencia de la Corporación como de MEDIOS, o sea de PRUDENCIA Y DILIGENCIA, lo que obliga al profesional de la medicina y a los centros de atención, a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que conforme a los conocimientos científicos, y a la práctica del arte de curar, son conducentes para tratar de lograr el FIN deseado, siendo igualmente cierto que no se puede ni debe asegurar la obtención del mismo"

Adicionalmente la Ley 1438 de 2011, reglamenta de manera el tema, cuando dispone:

ARTÍCULO 104. AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL. Modificase el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

"Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. **Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.** (Negrillas y subrayas nuestras)

4. INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD

Como punto de partida, vale la pena recordar que cuando hablamos de responsabilidad médica, la obligación de demostrar ésta se encuentra en cabeza del demandante², quien tiene la obligación de probar que el médico incurrió en una conducta culposa, y que además, ésta fue la causante del daño sobre el cual se exige la correspondiente reparación, carga que no resulta ajena a lo preceptuado por el Código General del Proceso en su artículo 167.

En el caso que nos ocupa, no existe relación causal entre la conducta médica de mí representada y los daños que alega la parte demandante.

5. EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD MÉDICA SE RIGE POR LA CULPA PROBADA:

Si tenemos claro que incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen, de donde se colige que al interior del presente caso le corresponde la parte demandante, probar todos y

² Al respecto señala Tamayo Jaramillo, que "a la víctima le corresponde probar que el daño por ella sufrido es el comportamiento ilícito del agente, es decir, que éste último, por sí mismo o por interpuesta persona, cosa o actividad, bajo su responsabilidad, causó el perjuicio... la responsabilidad médica supone, también, la prueba del nexo causal entre el hecho del agente y el daño... en efecto, la doctrina tradicional exige no solo la prueba de la culpa médica, sino que, al mismo tiempo, exige que se demuestre que esa culpa fue la causante del daño". ("Tratado de Responsabilidad Civil", tomo 1, segunda edición y sexta reimpresión, Legis, 2011, Bogotá, Pág. 253, 287 y 319).

cada uno de los elementos de la responsabilidad en que presuntamente incurrió mi poderdante, **Dra. NAYIBE MARIAM CHARANEK SOLANO**, con ocasión de la atención médica proporcionada a la paciente menor **JORLEY PACHECO SIBAJA**, que son justamente los fundamentos de las pretensiones deprecadas.

Se considera que es una carga atribuible a los demandantes probar los supuestos de hecho y jurídicos aludidos, toda vez que éstos son los únicos que pueden señalar cuáles son las conductas que se reprochan, cuál fue el daño alegado y cuál es el nexo causal, toda vez que son ellos justamente quienes pretenden que se declare la responsabilidad y, por consiguiente, sólo ellos son quienes conocen los reproches que se le hacen al demandado. Pretender que el demandado sea quien pruebe su inocencia, sería sumamente excesivo para éste.

6. **EXCESIVA TASACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS**

Sin admitir algún tipo de responsabilidad, es de resaltar que, en el presente proceso, de acuerdo a los argumentos y pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia, se observa que existe una excesiva tasación de perjuicios por parte de la demandante, máxime teniendo en cuenta que estos ni siquiera se encuentran probados.

7. **EXCEPCIONES INNOMINADAS**

Solicito señor Juez se decreten las excepciones que resulten probadas dentro del proceso, de conformidad con lo establecido en el artículo 282 del C.G.P.

PRUEBAS

Solicito respetuosamente respetado juez se sirvan tener y decretar como pruebas las siguientes:

Documentales aportadas

- Literatura médica que sirvió de fundamento para las excepciones propuestas.
- Historia clínica de la paciente de la clínica San Rafael.

Documentales solicitadas

Como quiera que la paciente menor JORLEY PACHECO SIBAJA es o era paciente institucional de EPS ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. e IPS: CLINICA SAN RAFAEL LTDA, y en vista de que dichas entidades tienen la custodia y guarda de la historia clínica de dicha paciente (De conformidad a la resolución 1995 de 1999), le solicito respetuosamente al señor Juez que oficie a las precitadas entidades EPS ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. e IPS: CLINICA SAN RAFAEL LTDA, a fin de que remitan copia completa y autentica de la historia clínica de la paciente JORLEY PACHECO SIBAJA.

Interrogatorio a instancia parte

Solicito se sirva citar a interrogatorio de parte señores MARELBY ESTHER SIBAJA de ALBA, DOMINGO VICENTE SIBAJA ROMERO, EDITH CECILIA DE ALBA DE LEON, YANELIS SOFIA SIBAJA DE ALBA, DOMINGO VICENTE SIBAJA DE ALBA, MARYURIS DEL CARMEN SIBAJA DE ALBA, para que absuelvan interrogatorio que se le formulará verbalmente o en sobre cerrado, con el propósito de desvirtuar los hechos de la demanda mediante la confesión provocada.

Declaración de parte

Conforme a lo estipulado en los artículos 165 del Código General del Proceso, solicito señor juez se sirva citar a la Dra. NAYIBE MARIAM CHARANEK SOLANO, para que rinda declaración sobre lo que sepa y conste de los hechos de la demanda.

Declaración de parte de litisconsortes

Solicito se sirva ordenar la práctica de interrogatorios de los codemandados:

1. Cristóbal Abelló Munarriz (Cirujano - Pediatra)
2. Litya Romero de Maria (Representante legal de la Clínica San Rafael)
3. Rafael Maria Romero (Representante legal de Clínica San Rafael)

Tales declaraciones tienen por objeto aclarar los hechos que rodean la presente reclamación.

Testimonios

Solicito se sirva ordenar la práctica de testimonio de los siguientes profesionales de la salud:

Dentro de las pruebas testimoniales se solicitarán las siguientes declaraciones:

1. Alberto Lozada (Pediatra Clínica San Rafael)
2. Clemente Borges Salazar (Pediatra de Uci Clínica San Rafael)
3. Luis Galindo Gutierrez (Pediatra de Uci – Clínica San Rafael)
4. Aquileo Manotas Vizcaíno (Pediatra Uci – Clínica San Rafael)
5. Emilanis Garcia (Anestesióloga)
6. Gustavo Corrales (Anestesiólogo)
7. Juan Raad (Anestesiólogo)
8. Martin Balza (medico – Clínica San Rafael)

Las anteriores profesionales de la salud atendieron en forma personal a la paciente JORLEY PACHECO SIBAJA, y conocen su historial clínico de primera mano. Por ello sus declaraciones tienen por objeto exponer todo lo que le conste sobre los hechos de la demanda, de la contestación de la demanda, las pruebas obrantes en el proceso y en especial, nos brinden los conocimientos técnicos requeridos en materia médica para el presente caso.

Todos los testigos podrán ser notificados en la Calle 20 No. 16 - 42 en la ciudad de Sabanalarga (Atlántico), o por medio del suscrito abogado.

Por ultimo manifiesto que desconozco los canales electrónicos donde puedan ser notificadas las personas que fungen como testigos en el presente caso, y por ello, atendiendo al principio del deber de colaboración de las partes, estoy prestó a contactar por otros medios (presencial o por otra vía) a los citados declarantes, en aras de informarlos de la citación que hiciere el despacho y lograr su comparecencia a la audiencia de instrucción y juzgamiento.

FRENTE A LA PRUEBA PERICIAL SOLICITADA POR LA PARTE ACTORA

En relación a la solicitud probatoria efectuada por la parte actora, en la cual requiere al despacho para que oficie al INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES con la finalidad de que realice un dictamen pericial a la menor YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA y determine el daño neurológico que ocasionaron los demandados en la humanidad de la menor, causas del mismo, tratamiento a seguir, porcentaje de la lesión, porcentaje de discapacidad y toda información que sea relevante para este proceso.

Solicito desde ya al despacho, que en caso de surtirse dicha prueba por dicho ente o cualquier otro que sea designado, se cite al perito para que sustente en audiencia la motivación de su dictamen, con el fin de que se expongan las conclusiones establecidas en dicho estudio, los aspectos tenidos en cuenta para establecer la peritación y demás aspectos concluyentes sobre el caso, cítese a audiencia a los peritos antes señalados con el fin de interrogarlo bajo juramento en la misma sobre su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen suscrito o firmado por ellos.

Dictamen pericial

- De conformidad a lo preceptuado en los artículos 227 del Código General del Proceso, me permito presentar **DICTAMEN PERICIAL**, rendido por el médico especialista en Anestesiología y Reanimación Dr. Luis Espinosa Safar, quien estará dispuesto a sustentar la pericia si el despacho así lo requiere.

Igualmente, se aporta la hoja de vida del perito donde consta su idoneidad y experiencia profesional en el campo de la Anestesiología.

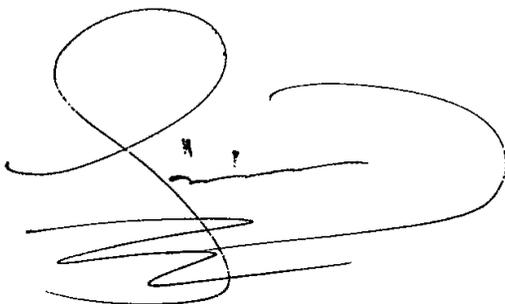
ANEXOS

Ténganse como anexos el poder para actuar y las documentales aportadas enunciadas en el acápite de pruebas.

NOTIFICACIONES

El suscrito y mi defendido las recibirá en la Carera 50 No.79-121 piso 2, la ciudad de Barranquilla, en la cuenta de correo electrónico jahuorqu692@gmail.com, y en mis teléfonos 3212682685 – 3015471998.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and horizontal strokes, representing the name of the sender.

JAVIER H. OROZCO QUINTERO
C.C. No. 8.569836 de Soledad, Atl.
T.P. No. 167.729 del C.S. de la J.

Barranquilla, 28 de mayo de 2021

Doctores

Javier Orozco Quintero

Nayibe Charanek Solano

E.S.M.

Asunto: Dictamen pericial sobre caso de la paciente Yorley Pacheco Sibaja.

Cordial saludo:

LUIS MIGUEL ESPINOSA SAFAR, en mi calidad de médico especialista en Anestesiología y Reanimación, como se acredita con mi hoja de vida y títulos de idoneidad adjuntos, atendiendo su solicitud, en este documento procedo a emitir mi concepto pericial acerca de los hechos médicos que se discuten ante el Juzgado 15° Civil del Circuito de Barranquilla, por proceso jurídico iniciado por los señores Marelbys Sibaja y otros, contra Nayibe Charanek Solano y otros, con radicación 2020-00066-00.

RESUMEN DEL CASO

El 23/05/2010 Yorley Pacheco Sibaja, nacida el 12/07/2008, fue remitida desde el Hospital Niño Jesús hacia la Unidad de cuidados intensivos de la IPS Clínica San Rafael de Sabanalarga para transfusión, colocación de tubo de toracostomía y hospitalización en UCI pediátrica. Desde hacía 15 días tenía signos de infección respiratoria que había empeorado por lo que fue remitida del hospital de Malambo hacia el Hospital del niño Jesús, donde ingresó con signos de consolidación neumónica en la base pulmonar derecha, asociada con edema grado II en las extremidades, mala perfusión distal, taquicardia, taquipnea y laboratorios con recuento de leucocitos bajos con anemia hipocrómica severa y opacidad en pulmón derecho con probable derrame pleural, motivo por el cual diagnosticaron síndrome séptico grave de origen respiratorio y neumonía complicada con inminencia de falla respiratoria y en consecuencia remitieron a una IPS de mayor nivel de complejidad.

Al ingresar a la UCI Pediátrica, como antecedentes anotaron que había nacido por cesárea de 37 semanas, con cuadro de taquipnea transitoria del neonato que no amerito ventilación mecánica ni estancia en UCI neonatal; los demás antecedentes personales eran negativos. Al día siguiente del ingreso, tomaron un TAC de tórax que reportó opacidad que comprometía gran parte del pulmón derecho, con líquido en su interior y probable derrame pleural, por lo que ordenaron valoración por cirugía.

El 25 de mayo de 2010, un pediatra intensivista realizó una toracocentesis bajo sedación con midazolam y obtuvo 30 ml de un líquido de aspecto purulento, que fue enviado a análisis citoquímico, que reportó características de exudado, por lo que una hora más tarde un cirujano general colocó un tubo de tórax, sin complicaciones.

La semana siguiente los signos de dificultad respiratoria moderada no mejoraron con el manejo con antibióticos, pues persistía marcada disminución del murmullo vesicular del lado derecho y la salida de material purulento por el tubo de tórax. Además, desarrolló edema generalizado y signos de edema pulmonar, bajo nivel de proteína en la sangre (hipoalbuminemia), disminución en la producción de orina y elevación de los azoados, lo cual fue atribuido a infección pulmonar grave (sepsis). Además,

aparecieron signos radiológicos compatibles con bulas en la base pulmonar derecha, persistencia de la neumonía basal derecha, y engrosamiento pleural, motivo por el cual el 1 de junio fue valorada por cirujano pediátrico, quien programó a la paciente para cirugía el día siguiente en horas de la tarde.

El día 2 de junio, la paciente se encontraba en regular estado general, respirando espontáneamente, con dificultad evidenciada por con tirajes subcostales, frecuencia cardíaca (130 lpm) y respiratoria (36 rpm) elevadas, pálida, con disminución en la ventilación del pulmón derecho y con salida de material cetrino en escasa cantidad y tapones de fibrina por el tubo de tórax, y el examen neurológico era normal. Antes de la cirugía (2 PM) tomaron unos gases arteriales, que estaban dentro de parámetros normales, y unas pruebas de función renal (nitrógeno ureico y creatinina) que dieron valores ligeramente altos, lo cual fue atribuido a disfunción renal y a hipovolemia por la sepsis.

En el registro de anestesia se encontró una nota de valoración preanestésica que describe a la paciente con un peso de 11 Kg, con dificultad respiratoria marcada, con tirajes intercostales, con labilidad hemodinámica, desaturada y pálida. Fue catalogada como ASA III.

El 02/06/2010 entre las 5:10 PM y las 6:40 PM la paciente fue operada de toracotomía cerrada, decorticación, fistulectomía broncopleural, resección de tejido necrótico y colocación de tubo de tórax. El cirujano fue el Dr. C. Abello, el ayudante el Dr. F. Castro y la anesitióloga fue la Dra. Nayibe Charanek. La nota operatoria describe que la cavidad pleural contenía abundante material purulento y que se encontró una fistula broncopleural, la cual se cerró con puntos de sutura, que se resecó un segmento de pulmón que estaba necrótico, que se lavó la cavidad con solución salina al 0,9% y que se colocó un nuevo tubo de tórax para drenaje.

El registro de anestesia dice que la técnica usada fue general balanceada, con inducción intravenosa (tiopental 50 mg, vecuronio 0,8 mg) y mantenimiento con sevofluroano, y se describe intubación orotraqueal con tubo de 4.5 mm. Ingresó con oximetría del 80%, durante la cirugía recibió oxígeno al 100% a 3 lpm y la saturación aumentó al 90%; inició con frecuencia cardíaca de 140 lpm y redujo a 120-130 lpm, la cual se mantuvo estable hasta poco antes de las 06:15, cuando se registró una caída súbita hasta 40 lpm, momento en el cual se aplicaron tres dosis de atropina 0,1 mg y de adrenalina 0,1 mg. Una nota dice paciente presentó actividad eléctrica sin pulso y bradicardia que mejoraron con maniobras de reanimación (medicamentos y masajes), con lo cual salió del paro cardíaco y otra nota dice que al finalizar la cirugía fue trasladada a la UCI pediátrica intubada, con tubo de toracostomía, con saturación del 90% y signos vitales estables. La nota de ingreso de la UCI, realizada a las 7 PM, dice que ingresó en mal estado general, intubada y sedada, y que las radiografías tomadas inmediatamente después (y a las 10 AM del día siguiente) mostró expansión de los dos pulmones y que los tubos orotraqueal y toracostomía estaban en buena posición.

Los gases arteriales postoperatorios inmediatos reportaron valores bajos de dióxido de carbono y altos en los niveles oxígeno en la sangre y en la oximetría de pulso (99%), motivo por el cual redujeron la fracción de oxígeno al 40%.

Una nota de evolución realizada por un pediatra de la UCI el día 3 de junio a las 10:29 dice que la paciente presentó un paro cardíaco durante la cirugía, y luego - en otra oración- dice que al ingresar la paciente a la UCI se realizó una radiografía del tórax en la cual se constataba que el tubo orotraqueal estaba muy introducido, a nivel de Carina, por lo que inmediatamente se retiró. La paciente fue dejada en ventilación mecánica contralada y sedación con fentanil porque continuaba inestable hemodinámicamente y con signos de falla renal, ambos relacionados con la persistencia de la infección grave.

Durante los dos siguientes días presentó mejoría paulatina de la infección pulmonar y de las pruebas de función renal, por lo que el 4 de junio redujeron la sedación y

retiraron el tubo orotraqueal, pero al despertar a la paciente notaron que tenía la mirada fija, con pupilas midriáticas y respuesta pupilar a la luz lenta, asociada con hipoactividad, cuadro clínico que no varió en los días siguientes, motivo por el cual tomaron un TAC cerebral que fue normal.

El 17 de junio de 2010, retiraron el tubo de toracostomía, suspendieron los antibióticos y ordenaron el traslado a piso, lo cual solo se pudo realizar hasta el día siguiente, porque no había camas disponibles. Estuvo hospitalizada en el servicio de pediatría hasta el 30 de junio, porque persistía somnolienta, flácida, hipotónica en las 4 extremidades, con contracturas en flexión, poco reactiva a estímulos, con la mirada perdida, aislada del medio, y con trastorno de la deglución, por lo que requería nutrición enteral por sonda. Continuaron el manejo intrahospitalario con terapia respiratoria, incentivos para la deglución, férulas de yeso en pies y terapias físicas para la rehabilitación neurológica.

Fue dada de alta con fórmula de nutrición enteral y control por consulta externa con neuropediatría y orden de RMN cerebral. Los diagnósticos de egreso fueron neumonía complicada, derrame pleural derecho, postoperatorio de toracostomía derecha, anemia, falla respiratoria, disfunción renal, desnutrición, choque hipovolémico y estado post-reanimación. No hay registros posteriores sobre el estado de salud de la paciente.

JURAMENTO

Manifiesto bajo juramento, que se entiende prestado con la firma de este documento, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de impedimento para actuar como perito en el respectivo proceso, que acepto el régimen jurídico de auxiliares de la justicia, que poseo la formación académica y experticia profesional para rendir esta opinión pericial. No tengo ningún grado de consanguinidad o parentesco con ninguna de las partes inmersas en este proceso.

De igual forma manifiesto bajo juramento que he actuado leal y fielmente en el desempeño de esta labor, que la opinión pericial que me permito rendir corresponde a mi real convicción profesional, experiencia, con objetividad e imparcialidad en todos mis actos, sin injerencia de ninguna de las partes.

Asimismo, manifiesto que he participado en perito en el siguiente proceso judicial:

Juzgado 13 Civil del Circuito de Barranquilla

Dte: Luis Barrios Berrio

Ddo: Gabriel Mena y otros

Rad: 00019-2016

Función: Perito contratado por la defensa del Dr. Gabriel Mena (Anestesiólogo).

Fallo: Fallo Favorable al demandado Dr. Mena.

Por ultimo expreso que no he sido designado como perito médico en procesos anteriores o en el curso de procesos por la misma parte o por el mismo apoderado de la parte, así como tampoco he realizado publicaciones relacionadas con la materia del dictamen que me permito exponer.

III. METODOS Y FUNDAMENTOS PARA EMITIR CONCEPTO PERICIAL.

Se procedió a realizar un examen concienzudo de toda la historia clínica de la paciente Yorley Pacheco Sibaja, como también un estudio minucioso de la demanda, verificando los reparos de la misma en cuanto al procedimiento pre y anestésico desarrollado por la Dra. Nayibe Charanek Solano.

Se consulta gran cantidad de literatura científica especializada en Anestesiología y Reanimación, relacionada con el procedimiento que desarrolló la Dra. Charanek.

Finalmente, para resolver el cuestionario presentado por el abogado de la Dra. Charanek, se tuvo en cuenta mi opinión y experiencia profesional en esta área de la medicina y en especial en el campo de la Anestesiología y Reanimación, así como los protocolos médicos en los que somos formados y utilizamos a diario en dicha especialidad.

INQUIETUDES DEL ABOGADO DE LA DEFENSA

1.- ¿Desde el punto de vista científico, en que consiste el proceso de intubación orotraqueal, para poder realizar los procedimientos de tocoratoma + decorticación + fistulectomía bronco pleural + resección de tejido necrótico, con colocación de tubo?

Respuesta: La intubación orotraqueal consiste en instalar un tubo dentro del interior de la tráquea, que es el sitio por donde entra el aire al pulmón. Es la forma más avanzada e invasiva para proteger la vía por donde entra el aire al cuerpo y para asegurar el adecuado movimiento de gases en el pulmón (ventilación) y el paso del oxígeno hacia la sangre (oxigenación). A su vez, la inserción de un tubo dentro de la tráquea impide que el contenido de sólidos o líquidos que se encuentra en la boca o en el estómago pase hacia el pulmón y comprometa la respiración.

Figura 19.15. Laringoscopia directa



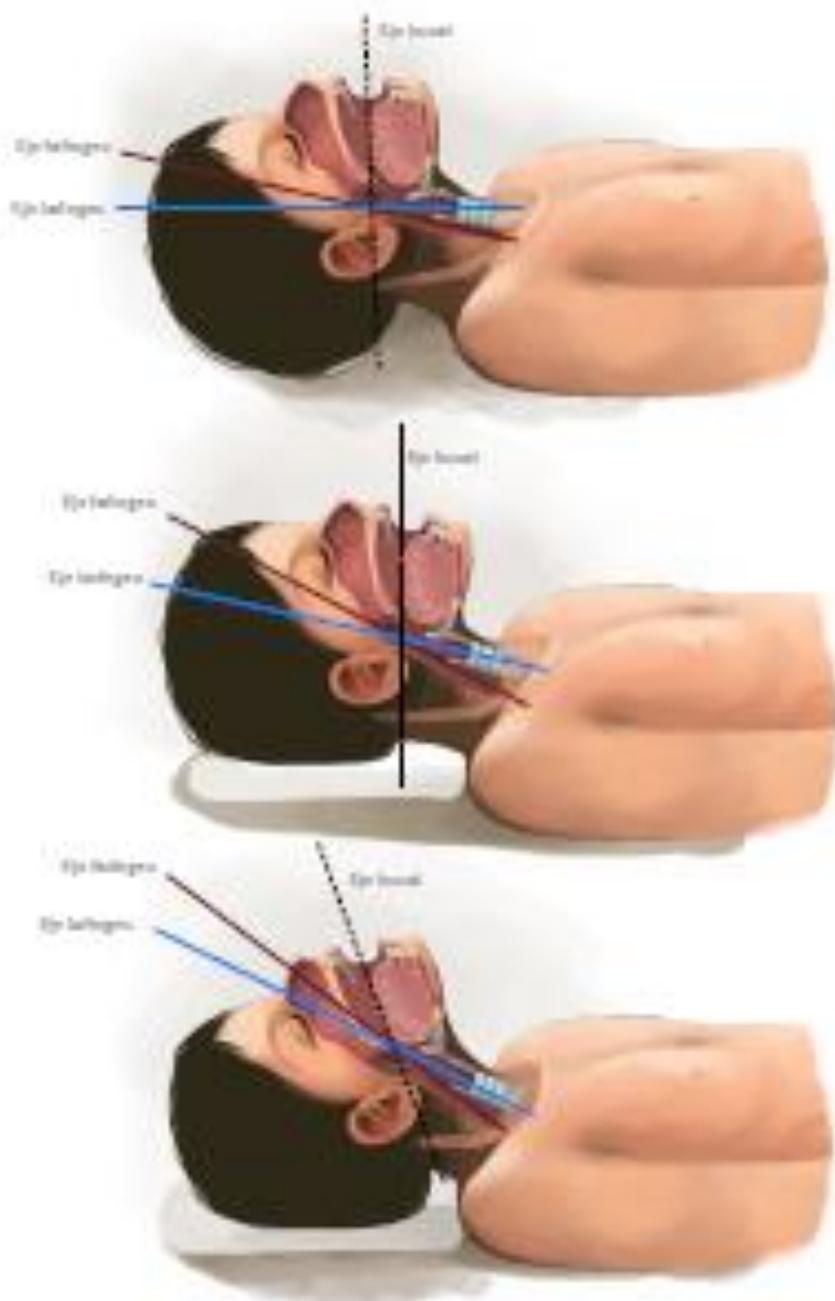
La maniobra que se realiza para insertar el tubo dentro de la tráquea se hace bajo visión directa de la laringe, generalmente mediante una hoja rígida de metal con una luz en su extremo, que se introduce en la boca y luego se manipula hasta ver las cuerdas vocales. Dado que el procedimiento es técnicamente exigente para el médico y resulta doloroso y molesto para el paciente, y puede desencadenar reflejos peligrosos, el operador debe inducir la inconciencia en el paciente (usando un

hipnótico, como el propofol o el tiopental o el sevoflurano) y su inmovilidad completa (usando un bloqueador neuromuscular, como la succinilcolina, el vecuronio o el rocuronio), lo cual se logra inyectando medicamentos por la vena. Tan pronto como el paciente está profundamente dormido e inmóvil, el operador realiza la maniobra de una intubación.

La secuencia de maniobras que clásicamente recomiendan los expertos para ejecutar la intubación se describe de manera detallada a continuación:

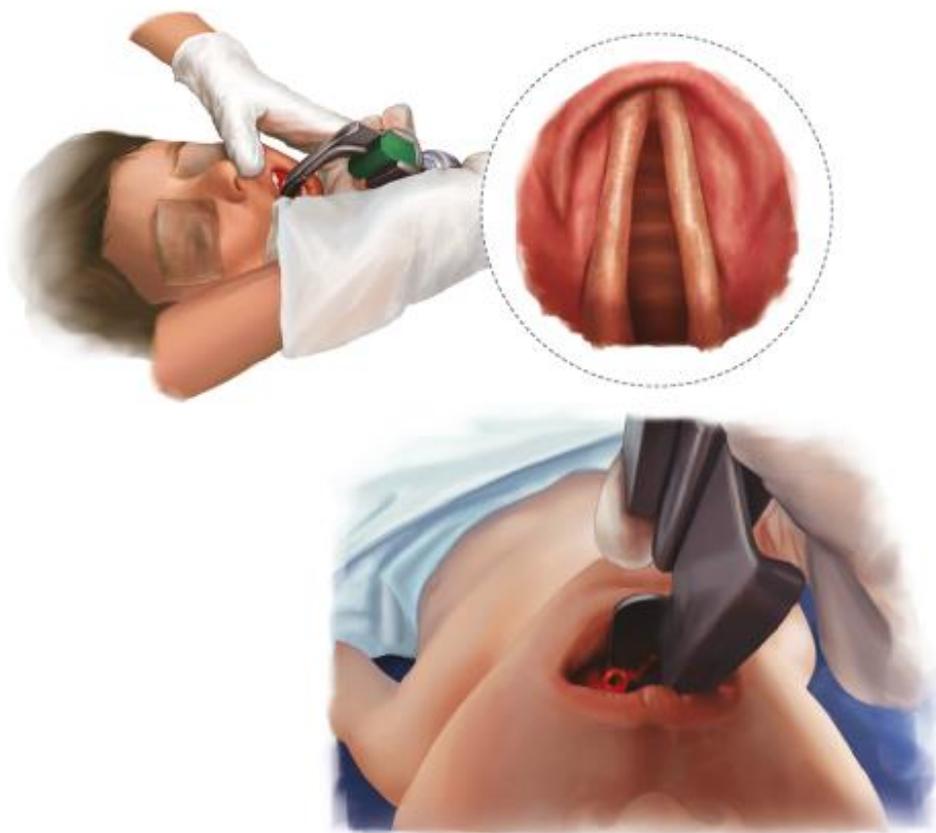
- 1) Antes de empezar, se toma la precaución de dar ventilación con bolsa-mascara y oxígeno al 100% durante 4 minutos, para llenar de oxígeno los alveolos y sacar el nitrógeno de allí, lo cual da un periodo de tiempo de seguridad en caso de que se tengan dificultades para intubar.
- 2) Se acomoda el paciente en posición “de olfateo” que consiste en elevar y extender un poco cabeza elevada 45 grados con al pleno de la espalda, para alinear los ejes de la boca, la faringe y la tráquea, lo cual facilita las maniobras de intubación.

Figura 19.11. Alineación de los tres ejes de la vía aérea

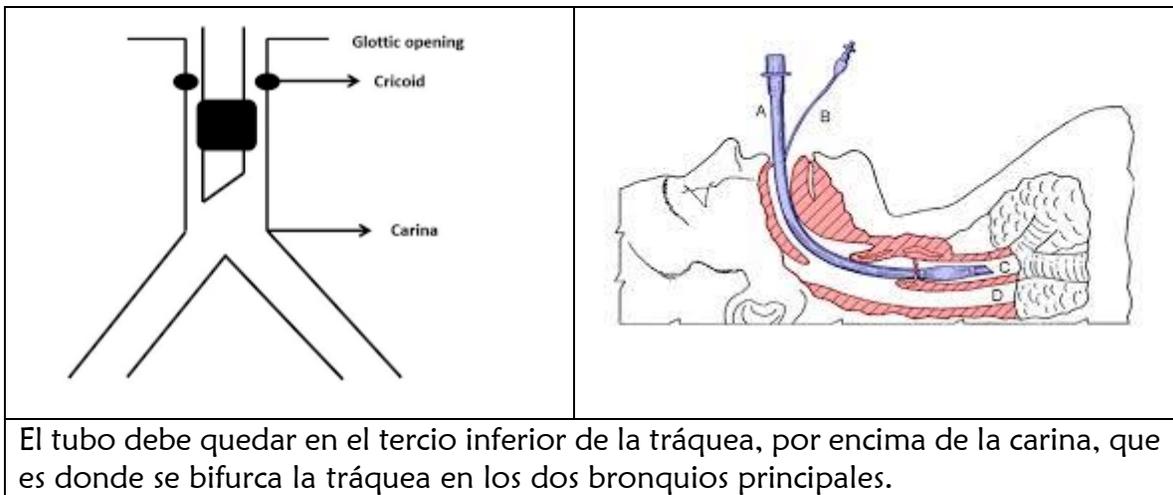


- 3) Se preparan los medicamentos suministrados y elementos necesarios para la intubación (medicamentos, tubos, sondas, guías, succión, etc).
- 4) Se realiza la inducción de la inconciencia. Puede ser por vía inhalatoria o por vía intravenosa. La primera es más usada en los niños que vienen de su casa y la segunda en los niños hospitalizados y en los adultos, quienes ya tienen un acceso venoso disponible. En el primer caso, se pone al niño a respirar una mezcla de oxígeno y gas anestésico hasta que pierda la conciencia y una vez esto sucede se canaliza una vena. Para la inducción intravenosa, un asistente inyecta de manera rápida y secuencial los medicamentos, que generalmente son un inductor de la inconciencia (propofol o tiopental), seguido por una dosis alta de un medicamento que provoca relajación muscular rápida, que puede succinilcolina o vecuronio o rocuronio.
- 5) Una vez que el paciente está dormido y relajado, el anestesiólogo realiza la laringoscopia directa, pasa el tubo al interior de la tráquea y luego insufla un balón con aire, para sellar herméticamente la vía aérea para evitar el paso de líquido alrededor del tubo.

Figura 19.16. Visualización directa de la glotis por laringoscopia directa



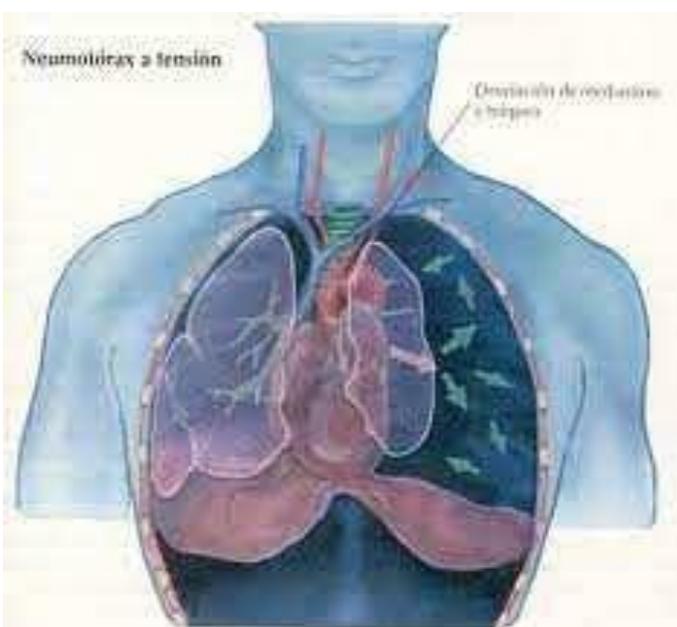
- 6) El anestesiólogo comprueba la correcta posición del tubo y lo fija firmemente, para evitar su salida accidental. Las maniobras para verificar la correcta fijación del tubo son ver la expansión de ambos lados del tórax con cada presión, ver que entra y sale aire con vapor a través del tubo, ver que el capnógrafo muestra una curva de capnografía y ver que el paciente tiene una adecuada oxigenación de la sangre.



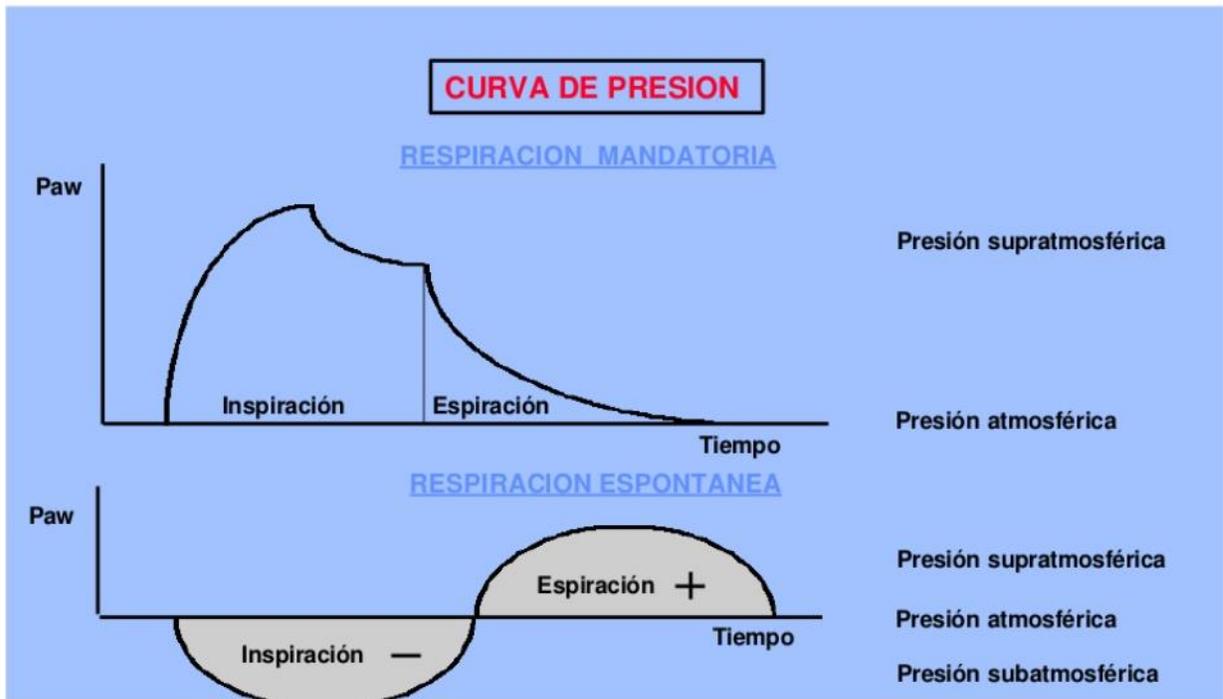
2. ¿Estaba indicado y era necesario la colocación tubo orotraqueal por parte de la anestesióloga Dra. Nayibe Charanek, para poder realizar los procedimientos de tocoratoma + decorticación + fistulectomía bronco pleural + resección de tejido necrótico, con colocación de tubo, que fueron ejecutados en la humanidad de la paciente Yorley Pacheco Sibaja el día 2 de junio de 2010 en la Clínica San Rafael?

Respuesta: Si. Era indispensable.

En condiciones normales, cuando se respira de manera espontánea, la presión dentro del tórax es negativa, lo cual hace que el aire pase desde la boca hasta el interior del pulmón, en los alveolos. Pero si se abre el tórax y se continúa respirando espontáneamente, entonces la presión del tórax se comunica con el medio ambiente, lo cual hace que se equilibren y eso hace que el pulmón del mismo lado sea sometido a presión positiva externa, porque entra una cantidad grande de aire dentro en la cavidad pleural (neumotórax) que rodea al pulmón, que ejerce presión, que lo colapsa y lo comprime; ese colapso del pulmón, unido al aumento de la presión en la cavidad pleural, desplaza el corazón (que está en la mitad del tórax, pero unido a la parte superior por los vasos sanguíneos) hacia el lado contrario de donde está localizado el neumotórax, lo cual hace que las grandes arterias y venas roten sobre su eje y se genere una obstrucción dinámica, pues con cada contracción del corazón se crea un mayor colapso de las grandes arterias que salen del corazón y de las venas que llegan a él. Lo anterior, genera un problema, tanto para la entrada como para la salida de sangre del corazón y también para la entrada y salida de gas al pulmón; si esa situación anormal no se corrige de inmediato, mata al paciente en pocos minutos.

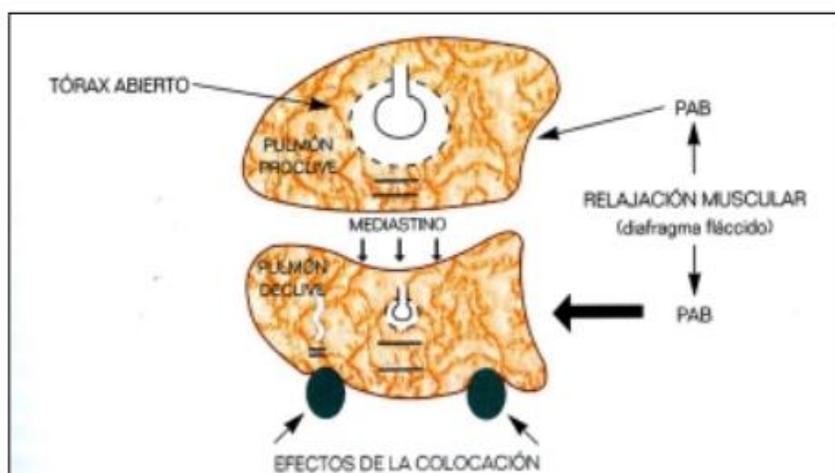


La forma de prevenir este problema potencialmente fatal, es evitar que el paciente respire normalmente. Para ese fin, se debe poner un tubo dentro de la tráquea y aplicar presión positiva dentro de las vías respiratorias, no dejar que genere presión negativa, como sucede habitualmente. Si el pulmón tiene presión positiva en su interior y el cirujano abre el tórax, no importa, no va haber mayor problema, porque la presión positiva en los alveolos va a mantener al tejido pulmonar expandido y entonces no va a entrar mucho aire dentro de la cavidad y el corazón tampoco se va a ver desplazado de su lugar habitual.



Ahora bien, para poder operar el tórax, habitualmente se acomoda al paciente de medio lado, con el lado que se va a operar hacia arriba. En este caso, el lado a operar el derecho, lo cual quiere decir que el niño fue acomodado con el lado izquierdo hacia abajo. En esta posición, el peso del corazón cae sobre el pulmón de abajo o dependiente y eso hace que el aire que entra por la tráquea tienda a irse hacia el pulmón que ofrece la menor resistencia, que es el de arriba; en cambio la sangre fluye principalmente en el pulmón de abajo; eso crea una discordancia entre el flujo de aire y el flujo de sangre que dificulta la oxigenación de la sangre; al mismo tiempo, para poder operar, el cirujano debe colapsar el pulmón de arriba, lo cual desvía el aire hacia el pulmón de abajo; si el paciente respira solo con presión negativa y le abren el tórax derecho, el aire va tomar un flujo paradójico, en el cual pasa de un pulmón hacia el otro en cada respiración, y entonces la oxigenación de sangre va ser mucho peor, lo cual puede hacer que el paciente fallezca en pocos minutos.

Fig 6: Distribución de la ventilación en el paciente anestesiado, en DL y con el torax abierto



Una vez más, para contrarrestar esa situación tan peligrosa y para facilitar que el cirujano pueda trabajar con mayor facilidad, hay que ventilar con presión positiva al pulmón de abajo y procurar mantener el pulmón de arriba inmóvil y con muy poca presión en su interior. Esto solo es posible si el paciente está paralizado por completo, debido al efecto de medicamentos que inhiben la función de los músculos (relajante muscular como el vecuronio) y si la ventilación está siendo controlada con aplicación de presión positiva en su interior. Entonces, la mejor manera de mantener a un paciente bien ventilado y con una saturación de oxígeno en la sangre en niveles óptimos es colocar un tubo dentro de la tráquea y ventilarlo con presión positiva intermitente en ambos pulmones, más presión la aplicación de positiva continua (PEEP) en el pulmón dependiente.

3. ¿Tomando como base el registro de anestesia de fecha 2 de junio de 2010, realizado por la Dra. Nayibe Charanek, explique si el acto de colocación del tubo orotraqueal y en general el acto anestésico, se ajustó a lo que enseña la lex artis en la especialidad de la anestesiología?

Respuesta: Si se ajustó a la lex artis. El registro de anestesia describe que el proceso seguido por la Dra. Charanek para colocar el tubo en la tráquea fue similar al ya descrito y que el método para controlar la ventilación durante la cirugía también fue similar al ya relatado.

Entre los documentos que estaban disponibles en la historia clínica de la menor Yorley Pacheco en la IPS Clínica San Rafael De Sabanalarga, se encontró el Registro de anestesia en Formato preimpreso, con el logo de la Clínica San Rafael, diligenciado a mano con fecha 02/06/2010. De acuerdo con ese registro, la paciente llegó a la sala operaciones anémica y pálida (con Hemoglobina de 10,2 gr/dL y hematocrito de 30,6%) con dificultad respiratoria marcada, labilidad hemodinámica dada por taquicardia (140 pm) y tendencia a cifras de presión arterial en límite inferior, con baja saturación del oxígeno en la sangre (80%), a pesar de que estaba recibiendo oxígeno al 100% a 3 lpm.

La anestesia inició a las 05:10 PM y finalizó a las 06:40; la inducción fue por la vía intravenosa, con la aplicación de medicamento hipnótico (tiopental 50 mg) y en relajante muscular (vecuronio 0,8 mg) seguido por la administración de un gas anestésico (sevoflurano) para el mantenimiento de la anestesia general. Una vez que los medicamentos hicieron su efecto, la anesthesióloga colocó un tubo de 4,5 mm de calibre en el interior de la tráquea y a través del mismo aplicó ventilación mecánica con presión positiva, con lo cual la saturación de oxígeno en la sangre aumentó al 90%. El cirujano empezó a operar y la paciente permaneció estable hemodinámicamente, con frecuencias cardíacas de 120 lpm, con presiones arteriales dentro de los límites normales y con buena oxigenación. Esto quiere decir que el tubo orotraqueal quedó ubicado en el lugar correcto, pues de lo contrario la paciente no habría mejorado sus valores de oxigenación de la sangre, la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

A las 06:16 PM, de manera súbita, la paciente presentó una bradicardia (reducción de la frecuencia cardíaca por debajo de 60 lpm). Descendió desde 120 lpm hasta valores de 40 lpm; la anesthesióloga aplicó tres dosis de atropina de 0,1 mg y tres dosis de adrenalina de 0,1 mg, pero la paciente no mejoró la frecuencia cardíaca, sino que progresó hacia un paro cardíaco del tipo actividad eléctrica sin pulso, que mejoró luego de aplicar los medicamentos y masaje cardíaco externo. Luego de este episodio crítico, que duró aproximadamente 10 minutos, la paciente continuó estable hasta finalizar la intervención quirúrgica, momento en el cual estaba con saturación de oxígeno del 90%, con presión arterial y frecuencia cardíaca en rangos normales. Si el tubo orotraqueal hubiese estado mal colocado en el momento en el cual se presentó ese evento crítico, no hubiera sido posible reanimarla con éxito.

4. Se plantea en el hecho décimo segundo de la demanda, que la paciente Yorley Pacheco Sibaja fue intubada incorrectamente por parte de la Dra. Nayibe Charanek, que fue re intubada dos veces (entre las 14:00 y 17:15 horas), y que en este último procedimiento hubo un descuido de la mencionada anesthesióloga al introducir demasiado el tubo lo que imposibilitó que el mismo cumpliera su función, quedando la paciente sin oxígeno, lo que a la postre le generó el daño neurológico irreversible que hoy padece. Por lo anterior le pregunto:

- a) ¿Es cierto o falso que la paciente fue re intubada en dos ocasiones?
- b) ¿Será que la parte demandante confunde la colocación del tubo de tórax, con la colocación del tubo torácico, los cuales son dos procedimientos distintos y disimiles?
- c) ¿Estudiado el registro de anestesia, considera que el tubo orotraqueal utilizado y colocado por la Dra. Charanek, era el indicado para el caso clínico de la menor Yorley Pacheco?
- d) ¿Considera falsa o cierta la afirmación de la parte demandante cuando manifiesta que el tubo orotraqueal colocado a la paciente Yorley Pacheco, se hizo en forma incorrecta al haberse introducido demasiado?

Respuestas:

a). Es falso. La paciente solo fue intubada en la sala de operaciones para la cirugía del tórax. Luego, durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos continuó siendo ventilada a través del mismo tubo endotraqueal.

b) Posiblemente sí. El día siguiente de la cirugía, en la radiografía de control encontraron que había aire en la cavidad pleural derecha (neumotórax derecho) que generaba el colapso parcial del pulmón derecho; dicha situación estaba presente a pesar que el cirujano había dejado un tubo para drenar la pus y el aire de la cavidad pleural derecha (tubo de toracostomía) lo cual sugería que posiblemente los orificios del tubo se habían tapado, lo cual es frecuente cuando hay pus espesa dentro del tórax; en consecuencia, los médicos de la unidad de cuidados intensivos decidieron cambiar el tubo de toracostomía por uno nuevo. Posiblemente el abogado de los demandantes, confundió el cambio del tubo de toracostomía con el tubo endotraqueal (que fue el colocado por la Dra. Charanek), el cual estaba funcionando bien y no requería cambio alguno.

c) Si, el tubo escogido por la Dra. Charanek para ser colocado dentro de la tráquea era el adecuado para la edad y el tamaño de la paciente.

d) La afirmación es incorrecta. Dada la forma como están dispuestos los dos bronquios, cuando un tubo se introduce demasiado en la tráquea generalmente su punta se ubica en el interior del bronquio derecho. Si ese hubiera sido el caso, el pulmón dependiente no hubiera recibido ningún gas y todo el flujo se habría ido al pulmón del lado operado. Ese hecho habría tenido dos consecuencias principales, a saber: 1) que el paciente hubiera presentado un deterioro drástico en la oxigenación de la sangre, porque el aire se iba para el pulmón que recibe menos sangre; 2) que el cirujano no habría podido realizar la operación programada, que era reseca un segmento del pulmón derecho, porque ese pulmón estaría muy distendido, moviéndose constantemente y con una presión de aire en su interior. En sentido contrario, como ya se explicó, el hecho de que la paciente se hubiera estabilizado en sus signos vitales, que la saturación de oxígeno hubiera aumentado y que se hubiera podido reanimar con éxito son signos muy sugestivos de que el tubo endotraqueal estaba en el lugar correcto.

5. ¿Es posible que durante los procedimientos realizados a la menor Yorley Pacheco, esta hubiese presentado un paro cardio respiratorio como evento imprevisible e inherente a los procedimientos que se le realizaron?

Respuesta: Si, es muy posible.

Antes de llegar a la sala de operaciones la paciente presentaba en deterioro en su condición de salud muy severo. Dicho deterioro estaba dado por una neumonía de la base pulmonar derecha que se había complicado con la formación de un absceso y la acumulación de pus en la cavidad pleural y agravada por la formación de cavidades llenas de aire (bulas) dentro del tejido pulmonar y de una comunicación anormal (fistula) entre los bronquios y la pleura. La infección grave no estaba focalizada en el pulmón, sino que se había diseminado al resto del organismo, pues había signos clínicos de sepsis grave secundaria a la neumonía, lo cual había causado entre otros problemas una reducción de la cantidad de glóbulos rojos en la sangre (anemia) fenómeno que compromete la disponibilidad de oxígeno en todos los tejidos del cuerpo. Aunado a ese estado de salud tan delicado, era necesario llevarla a una cirugía del tórax, para limpiar la pleura y extraer las membranas de pus (decorticación) que se suelen adherir a las paredes del pulmón y de las paredes del tórax y para extraer un segmento del pulmón enfermo (segmentectomía) y el fragmento que estaba afectado por la fístula bronco-pleural (fistulectomía). Esos procedimientos suelen sangrar un volumen importante, que en este caso era un hecho muy crítico porque la paciente ya estaba enfermo; además había que colapsar el resto del pulmón derecho, para poder cortar y coser el segmento enfermo y reseca la fistula, otra situación que era muy crítica porque el resto del pulmón tampoco estaba funcionando bien debido a la sepsis y por eso la oxigenación de la sangre ya estaba comprometida; por último, las maniobras que hace el cirujano, se realizan en inmediaciones del corazón, de los grandes vasos sanguíneos y de los nervios que regulan la actividad del corazón y de la circulación, por lo que las simples manipulaciones del cirujano podrían desencadenar reflejos anormales del corazón, como la bradicardia que es el reflejo más común en los niños.

Entonces, el estado de salud previo de la paciente y las condiciones propias de la cirugía son suficientes para explicar el hecho de que la paciente hubiera presentado un episodio de bradicardia súbita durante la cirugía y que ese cuadro no hubiera respondido a los medicamentos ordenados por la anesestesióloga, sino que hubiera progresado hacia un paro cardiaco, que por fortuna pudo ser reanimado con éxito.

6. ¿Un paro cardiaco durante un procedimiento quirúrgico, puede generar como secuela una hipoxia cerebral?

Respuesta: Si, eso es posible. Sin embargo, en este caso, el paro cardiaco fue presenciado y diagnosticado de inmediato porque el paciente estaba estrechamente vigilado. Además, recibió medicamentos y masaje cardiaco todo el tiempo y en todo momento fue ventilado, por lo que la probabilidad de que ese evento fuera el responsable del daño cerebral severo e irreversible que se encontró posteriormente es muy bajo.

Por otra parte, la paciente estuvo en un estado crítico, con falla respiratoria y hemodinámicas secundarias a un choque séptico, situación que duró varios días. En mi concepto, es mucho más probable que el daño cerebral fuera resultado de esas circunstancias que del paro cardiaco intraoperatorio breve que presentó.

7. Según el hecho décimo sexto de la demanda, en radiografía de tórax realizada a la paciente Yorley Pacheco el 3 de junio de 2010, se evidenció que el tubo orotraqueal estaba introducido incorrectamente, al estar muy introducido en la zona de la Carina o tráquea, y que por ese motivo procedieron a desinstalar el tubo. Conforme a lo anterior le pregunto:

- a) ¿Es falso o cierto que la radiografía de tórax realizada a la paciente el 3 de junio de 2010, mostraba el tubo orotraqueal muy introducido, exactamente en la zona de la carina o tráquea?
- b) ¿Es posible que tiempo después de haberse colocado en adecuada forma el tubo orotraqueal, el mismo se puede bien sea saliéndose o introduciéndose más de lo normal?
- c) ¿Un tubo orotraqueal colocado en adecuada forma, que se puede posteriormente más de lo normal y que se ubique en la Carina o Tráquea, tiene la capacidad para dejar sin oxígeno a la paciente, producir hipoxia cerebral y generar secuelas de orden neurológico?

Respuestas:

- a) Es falso que la radiografía del tórax realizada el 3 de julio mostrara que el tubo orotraqueal estaba mal colocado.

La nota de re-ingreso a la Unidad de cuidado de cuidados intensivos hecha el 2 de julio dice que la radiografía del tórax “muestra expansión de pulmón derecha e izquierda (8 espacios); la nota de evolución de media noche dice que los gases arteriales muestran PCO₂ bajo (exceso de ventilación) y PO₂ alto (exceso de oxigenación) y que los demás parámetros eran normales, que la coloración de la piel había mejorado y que la oximetría registraba 99% por lo que ajustaron los parámetros de soporte ventilatorio hacia niveles más bajos, todo lo cual habría sido imposible si el tubo endotraqueal estuviese mal colocado. La evolución del día 3 de junio dice que se había podido continuar bajando el soporte ventilatorio y el aporte de oxígeno desde el 100% hasta llegar al 40%, que el paciente estaba orinando bien, que el balance de los fluidos era negativo y el peso había reducido, todo lo cual significaba que el cuadro general de sepsis estaba mejorando luego de la cirugía de limpieza del tórax y de retiro del absceso del pulmón. En la parte del examen físico describieron que la expansión del tórax era simétrica, que tenía un tubo de drenaje torácico localizado en el conector de una trampa de agua y una nota de las 10 AM dice que la placa de tórax tomada esa mañana mostraba “signos de atrapamiento de aire, con neumotórax residual, silueta cardiaca un poco disminuida, tubo de tórax bien colocado y tubo orotraqueal bien colocado”.

Es decir que en ninguna parte de la historia clínica se afirmó que el tubo endotraqueal estuviese mal colocado.

- b) Si. Es un evento muy común en las unidades de cuidado intensivo y también en las salas de cirugía que un tubo que quedó bien colocado posteriormente se desplace, bien sea hacia afuera o hacia adentro. El hecho es mucho más común en los lactantes (menores de 2 años). Esto se debe a múltiples factores, pero el más importante es que la longitud de la tráquea es menor, con relación al tamaño del resto del cuerpo, y por ende pequeños cambios en la posición cabeza pueden generar desplazamientos importantes en la profundidad del tubo y es relativamente fácil que la punta del tubo endotraqueal termine ubicada en el bronquio fuente derecho.
- c) Un tubo orotraqueal ubicado en la Carina no tiene la capacidad de dejar sin oxígeno a la paciente, muchos menos generar hipoxia y secuelas de orden neurológico. De hecho, resulta normal y frecuente que el tubo orotraqueal se puede posterior a su colocación y se aloje en la Carina (parte de la tráquea) el cual seguirá funcionando correctamente cumpliendo con su función ventilatoria.

8. ¿En las diferentes radiografías realizadas a la paciente Yorley Pacheco posterior a la colocación del tubo orotraqueal el 2 de junio de 2010, se encontró o evidenció un mal procedimiento de intubación?

Respuesta: No. Ya explicado, ver respuesta a pregunta 7ª.

9. En la demanda se refiere que la paciente Yorley Pacheco ingresó a la Clínica San Rafael con un simple cuadro respiratorio. De conformidad a la historia clínica: ¿Explique si la anterior afirmación de la parte demandante es cierta, o por el contrario es un absurdo científico y factico?

Respuesta: La afirmación es completamente falsa.

La nota de remisión del Hospital Niño Jesús hacia la Unidad de Cuidados Intensivos pediátrica realizada el día 23/05/2010 a las 10:45 justifica el traslado porque la menor presentaba un alto riesgo de falla respiratoria. En esa nota describen que presentaba una neumonía basal derecha de 15 días de evolución que se había ido agravando hasta llegar al punto en que la paciente presentaba taquicardia (180 lpm), taquipnea (65 rpm), desaturación (89-90%) con FiO_2 del 28%, palidez, mucosa oral seca, disminución del murmullo vesicular en base pulmonar con matidez a la percusión, edema grado II en las extremidades y llenado capilar mayor de 3 segundos y tenía periodos de agitación que alternaban con somnolencia, cuadro clínico que en efecto es compatible con una inminencia de falla respiratoria. Por otra parte, los laboratorios mostraban que había recuento de células blancas (3,140) y rojas muy bajos (hemoglobina de 6,3 gr/dL) y en la radiografía de tórax las dos terceras partes del pulmón derecho estaban comprometidas y había signos de un derrame en el mismo lado, todo lo cual será muy sugestivo de que la paciente presentaba un síndrome séptico de origen respiratorio secundario a una neumonía complicada. Los médicos que recibieron a la paciente la encontraron tan enferma que de inmediato la admitieron en la Unidad de Cuidados Intensivos y ordenaron iniciar una transfusión de sangre, conductas que no se toman en los niños sanos que están en perfecto estado de salud.

Como si esto fuera poco, durante el segundo día de estancia los especialistas de la unidad de cuidado intensivos tomaron exámenes con imágenes de alta resolución del pulmón (TAC de tórax) que reveló un compromiso de neumónico (consolidación) de gran parte del pulmón derecho, y la formación de colecciones de pus, tanto dentro del pulmón como fuera de él (probable derrame pleural) razón por la cual ese mismo día realizaron una punción para extraer el líquido (toracocentesis) y enviarlo al laboratorio clínico, lo cual dio indicios de que se trataba de un exudado (pus, por infección) por lo que decidieron llamar a un cirujano para que instalara un tubo grueso dentro del tórax derecho (toracostomía) con el propósito de drenar la pus que se había acumulado alrededor del pulmón.

Todo lo anterior indica que la neumonía que tenía el paciente era muy agresiva y estaba generando un gran daño al pulmón y a las estructuras adyacentes.

Como si todo lo anterior fuese poco, en los días siguientes el paciente mostró signos de que el compromiso del pulmón se seguía complicando porque el tejido fue destruido y reemplazado por aire (bulas), porque la pleura (una fina tela que recubre al pulmón) estaba engrosada y porque el estado general del niño estaba cada vez más comprometido. La situación llegó al punto en el los médicos tratantes de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos consideraron que el tratamiento con antibióticos no estaba rindiendo los frutos esperados y por esa razón llamaron a un cirujano pediátrico, para que este analizara si en su concepto un lavado exhaustivo de la cavidad torácica y una reacción amplia de los segmentos afectados por abscesos y bulas podría ser retirado, pues en esos sectores tan dañados ni siquiera llega la sangre y por eso los antibióticos tampoco obran allí.

De tal forma que es cierto que el abogado de los demandantes miente cuando afirmó que antes de la cirugía la niña estaba bien y solo padecía un simple cuadro respiratorio, como si fuera una más de la gripitas que suelen dales a los lactantes.

10. En nota medica realizada en la UCI de la Clínica San Rafael el 3 de junio de 2010, el medico Dr. Martin Balza describe: su ingreso a la ucip se realiza rx tórax se constata tot muy introducido a nivel de Carina, retirándose el mismo inmediatamente. Conforme a lo anterior le pregunto:

- a. ¿La paciente a su ingreso a UCIP de la Clínica San Rafael el 2 de junio de 2010, se realiza una radiografía de tórax donde se constata tubo orotraqueal muy introducido a la Carina?
- b. ¿Es posible que el medico Martin Balza, haya incurrido en un lapsus calami en la historia clínica al describir el 3 de junio de 2010 (un día después del procedimiento de colocación de tubo orotraqueal) que la radiografía realizada a la paciente el 2 de junio de 2010, mostraba tubo orotraqueal muy introducido en la Carina; en tanto la radiografía de tal día manifestaba que dicho tubo orotraqueal estaba en buena posición?
- c. ¿Según la historia clínica de fecha 2 junio de 2010, el Dr. Martin Balza fue quien recibió a la menor Yorley Pacheco Sibaja en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de la Clínica San Rafael?
- d. ¿El medico Martin Balza estuvo presente o colaboró en las cirugías practicadas a la paciente Yorley Pacheco el día 2 de junio de 2010, en la cual también se le colocó tubo orotraqueal a la mencionada paciente?

Respuestas:

- a) No. Ya se explicó que la nota de ingreso no dice que el tubo estuviese muy introducido ni que fuese necesario retirarlo.
- b) Efectivamente, se considera un error al escribir lo que describe el Dr. Martin Balza el 3 de junio. Los lapsus calami o error al escribir en historia clínica pueden darse y ello no significa que exista una mala práctica profesional del médico tratante.

En mi experiencia, en las Unidades de Cuidado Intensivo es frecuente que uno revisé todos los pacientes una vez que recibe el turno, luego tome las decisiones de todos los pacientes y se dedique ejecutarlas (dar órdenes verbales al personal de enfermería y de terapia, manipule las bombas y ventiladores, realice los procedimientos, diligencie los formatos clínicos); y finalmente, uno se sienta a registrar las evoluciones del día en la historia clínica de cada paciente. Lo que suele suceder es que uno anota en la historia de fulano lo que realmente correspondía a mengano. Es decir, que es posible que al revisar la radiografía de otro niño que acabara de llegar de cirugía este tuviera el tubo muy introducido y hubiese sido necesario retirarlo un poco, pero al anotar en la historia se confundió de persona.

- c) No. El Doctor Martín Balza no fue el médico que recibió a la paciente. La nota de reingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos del día 2 de junio del 2010, que tiene como hora las 19:00 (que fue el momento en el cual llegó de regreso de la sala de cirugía) está firmada por el Dr. Alberto Lozada Mantilla, identificado con la CC 7476788, y con la tarjeta Profesional 1461, quien según lo registrado es un Médico especialista en Pediatría:

Evolución Médica

se piensa en bula hipertensiva

2010/06/02 14:07

gases de las 14h dentro de parametros normales , bun y creatinina ligeramente altos

2010/06/02 19:00

ingresa pte. en mal estado general palidez generalizada con t.o.t.,posqx. de decorticacion mas reseccion de parte inferior de lobulo inferior de pul. derecho,segun , reporte de cx pte.realiza paro cardiaco del cual sale , se deja con a.r.m. a/c cp. mas gre. a 10cc xk la rx torax muestra expansion de pulmon der. e izd. 8 espacios t.t. con salida de burbuja y meterial sanguinolento en poca cantidad ,se haran gases , ionograma

2010/06/02 23:02

- ✓ gases :pco2 :bajo , po2: alto , demas parametros normales se baja fio2 a 40% pte. con mejoría en coloracion de piel sto: 99% se hara control de hemograma mañana ,salida de escaso material sanguinolento x t.t.

Alberto Lozada Mantilla
CC 7476788 T. Prof 1461
Médico(a) Especialista
Pediatria

Como puede verse, tanto la nota de reingreso como la evolución de las 23:02 de esa misma noche fueron firmadas por el Dr. Lozada, lo cual hace suponer que este el pediatra encargado de la UCI la noche del 2 de junio.

- d) No estuvo. El Dr. Martin Balza atendió a la paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Rafael desde el 3 de junio de 2010, y la cirugía se practicó en quirófano el día anterior (2 de junio de 2010).

CONCLUSIONES

En mi concepto como experto en la materia, considero que las actuaciones médicas de la también Anestesióloga Dra. Nayibe Charanek Solano frente a la paciente Yorley Pacheco Sibaja, fueron correctas y ajustadas a una buena práctica profesional.

NOTIFICACIÓN

Recibo notificaciones en mi domicilio ubicado en la Carrera 50 No. 109 – 33 en la Ciudad de Barranquilla, o en correo electrónico lespinosafar@yahoo.es

Cordialmente,

LUIS MIGUEL ESPINOSA SAFAR
C.C. No. 8.712.823
Médico – Especialista en Anestesiología y Reanimación.



9:55 AM

252. Dr. Borja

DOCUMENTO DE REMISIÓN DE PACIENTES A OTRA INSTITUCIÓN

C. M. Rafael

FECHA	Mayo 23/10'	HORA	10+45
NOMBRE DEL PACIENTE	Yuley Pacheco Saca	EDAD	1 año y 9 m.
MÉDICO QUE AUTORIZA	Dr. Rafael Mes		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Sepsis - Riesgo de fallo ventilatorio.		
MOTIVO DEL TRASLADO	UCI pediátrica		
DESTINO	[Redacted]		
MÉDICO RESPONSABLE DEL TRASLADO			
TIEMPO DE PERMANENCIA EN ESTE SERVICIO Y JUSTIFICACIÓN			

RESUMEN / HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 1 año y 9 m de edad con cuadro clínico de \pm 15 días de evolución caracterizado por fiebre alta no cíclica, a los 4 días deposiciones acuáticas líquidas manchadas con moco y sangre. Afebril 2 días. Posteriormente neurotóxico febril desde hace 4 días acompañado de mareos, hialina y dificultad respiratoria manchada con moco y sangre. Desde ayer dificultad por respirar, al principio.

- Antecedentes personales: producto del 4º embarazo, egipres hipertensiva de 1er, no amenor UCIIU. Eje vacunar vacunación completa.
- Examen físico: TC=180/min PR=65/min SaO₂ 89-90%. T_{ax} 0.28. T=38.5°C. Males condiciones generales, palidez mucocutánea manchada, mucosa oral seca, edema en el pie izquierdo, disminución del murmullo vesicular en base pulmonar derecha crepitos acuosos en aap. Males al percusión. Abdomen: blanda no repleto. 60-70% comprometido al momento. Extremidades: Hds edema grado II. llenado capilar 3 seg. aus: periodos de inestabilidad alternados con somnolencia.

Hemograma: Leucos 314, Linf 1.20, mon 0.20, Gran 1.73, Hbs 6.3 Hct 23.6%. Mecv 57, MCV 8.9%, PTT 267.000.

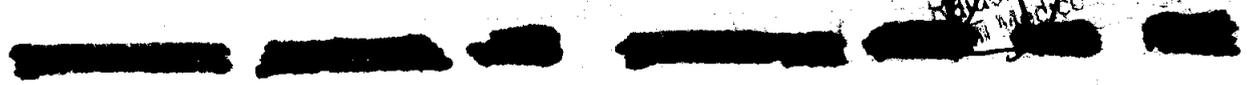
Rx de tórax: Opacidad en campo pulmonar derecho que ocupa 2/3 del hemitórax, con borramiento de arcos costales inferiores y cardíaco. Reducible densidad pleural. IDx: 1) Sepsis de origen respiratorio, 2) neumonía complicada 3) Inminencia de fallo ventilatorio, 4) [Redacted] hipoacúsica.

ORIGINAL FIEL COPIA DE 511

Continúa

Manejo: Oxígeno MUB am salbutamol continua.
oxacilina/ceftriaxona, amfetilina con dosis
proporcionada.

Se solicita 600 compatible para transfundir 5cc/kg.
pendiente transfusión. Por el estado actual del paciente se
solicita traslado III-IV nivel a UCI pediátrica y va-
loración x U pediátrica para posible colocación del
tubo a brax.



HOSPITAL CIVIL DE QUERÉTARO
QUERÉTARO, QUERÉTARO

✓
FIEL COPIA DE SU ORIGINAL



CLINICA
San Rafael
Nít. 802.009.783 - 9

Esta es la clínica de todos...
... con servicios para todos!

EPICRISIS

A. IDENTIFICACION:

Pacheco			Sibaja			Yorley			No. HISTORIA CLINICA			
1er. Apellido			2ºo. Apellido ó de casada			Nombres			1048284126			
EDAD		SEXO		Iniciación de la atención				Finalización de la atención				
1.		M	F	18	06	10	Hosp	30	06	10	Hosp.	
AÑO	MES	DIA	K	D	M	A	Servicio	D	M	A	Servicio	

B. DIAGNOSTICO PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

Diagnóstico (s) Definitivo (s):	Neumonía complicada, derrame pleural Postretiro de tubo de tórax, anemia transfundida, falla respi-
Procedimiento (s) Quirúrgico (s):	cateterización, Insuficiencia renal, Demuestración Shock hipovolémico + Postreanimación
Tratamiento Médico:	sulfato ferroso, acetaminofen, T. resp B2.

C. ORDENAMIENTO

1. Resumen de anamnesis y examen físico	4. Condición del paciente a la finalización (señalar incapacidad funcional si la hubiere)	6. Recomendaciones
2. Resumen de evolución	5. Pronóstico	7. Fecha y resultado de exámenes auxiliares de diagnóstico
3. Complicaciones		8. Firma sello y código del médico responsable
<p>em de 1 año de edad procedente de UCR en as: neumonía complicada, derrame pleural, postretiro de tubo de tórax, anemia transfundida, falla respi- ra (C), insuficiencia renal (C), demuestración, shock hipov- olémico + Postreanimación. T: 36,2°C. FR: 30. SatO2: 99%. T: 36,2°C. No mo- celata. Tratado con oxígeno, vendaje en herida de tórax, diuresis (C) y retiro tubo de tórax. Diminución del derrame pleural en base (C). No hay edema grado I. SNC hipocelular, hipotensión mesen- lar en la 4ª y 5ª vértebra, medida MA, lladoh, fuerte. Paciente sigue evolucionando favorablemente. am</p>		

como neonato, recibe alimentación por SNG.
Con episodios de tos húmeda, ruidosales de
pechus, buen patin respiratorio. Se entró a
la madre en forma de alimentación (leche-materna)
Se ordena exeso con fórmula médica, orden de
fisioterapia, cita C. externa pediatria, neuropediatría
(neuro) y orden de EUN cerebral -

FIEL COPIA DE SU
ORIGINAL


Valeria E. Marcondi Diaz
Médico y Cirujano
R.M. 283003



CLINICA
San Rafael

Nit. 802.009.783 - 9

Esta es la clínica de todos...
... con servicios para todos!

INFORME QUIRURGICO

A. IDENTIFICACIÓN

Padeco Sibam Forley								No. HISTORIA CLINICA				
1er Apellido		2do. Apellido o de casada			Nombres			6	1	4	9	9
EDAD		SEXO		Iniciación de la atención				Finalización de la atención				
1	9		M	F	25	05	2010	UMR	25	05	10	UCIP
AÑO	MES	DIA		X	D	M	A	Servicio	D	M	A	Servicio

B. DIAGNOSTICO, PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO.

Diagnostico(s) Prequirúrgico(s):			Neumonia Completa - Empiema										
Procedimiento (s) Quirúrgico(s):			Toracotomía - Torcostomía										
Diagnostico(s) post. Quirúrgico:			IDEM										
Cirujano		Anestesiólogo			Ayudante			Instrumentadora					
CURE					DABA								
Tipo de Anestesia:			I.V.				Hora de Inicio:		16:00		Hora de Terminación:		16:30

C. DESCRIPCION

Se tomo precaución para asepsia, antisepsia y colocación de campo estéril. Se realizó toracotomía lateral con el paciente en posición decúbito lateral. Se realizó toracotomía a nivel 6º Esp. Intercostal derecha por vía axilar media y se introdujo tubo toracostomía #20 fr. 14 cms. Se observó salida de abundante material purulento. Colocación oclusiva en tubo. Procedimiento bien tolerado. Soluto Rx central fortora. Se levo muestra a bacteriología.

ORIGINAL
FIEL COPIA DE SU

Dr. Baldo Obispo
 Pediatra Neonatólogo
 Reg. No. 918015-98



San Rafael

Nit. 802.009.783 - 9

Esta es la clínica de todos...
... con servicios para todos!

REGISTRO DE ANESTESIA

Nombre: Yorley Pacheco No. Historia: 1048284126
Fecha de Cirugía: 2/11/2010 Edad: 1 año Sexo: fem Peso: 11kg ASA: III
LABORATORIOS: HB: 10,2 gr%HTC: 20,6 %TPT: p= ___ c= ___ TP: p= ___ c= ___ RTO PLAQ: ___

ANTECEDENTES MEDICOS:
Paciente con dificultad respiratoria marcada, con tirajes, con labilidad hemodinámica, desahitada, conjuntivas palidas.

A. QUIRURGICOS: _____

EXAMEN FISICO

P.A.: _____ mmHG PULSO: 132x' Xmin FC: 132x' Xmin T

Hallazgos Clínicos importantes:
Diagnóstico preoperatorio: Newmonia Complicada + derrame pleural

Diagnóstico post operatorio: _____

Cirujanos: C. Abello

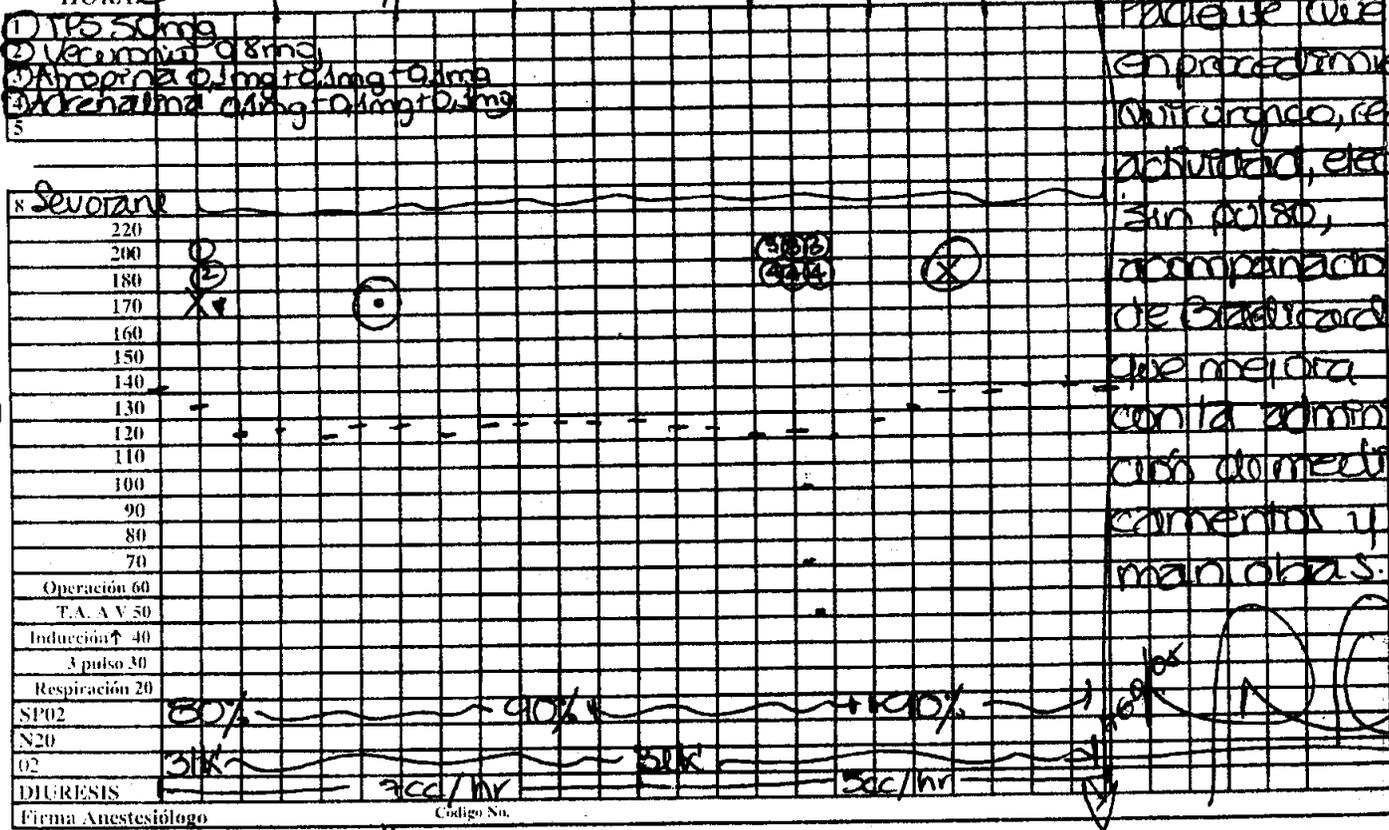
Anestesiólogo: N. Charanek Instrumentadora: Candelana

Procedimiento Quirúrgico: Toracotomía + decorticación + fishectomía bronco-

pleural + Resección de

TRANSOPERATORIO			
Técnica: Bloqueo: Agente: _____	Sitio: _____	Aguja No. _____	Nivel: <u>Tejido necrotico</u>
General: <u>Palmeada</u>	Entubación: <u>OT</u>	Turno No. <u>4,5</u>	Circuito: <u>colocación de Tubo de TOXIC</u>
Sedación: _____	Disociativa: _____		
Líquidos: SS.N. 0.9% _____			
HARTMAN _____			
SANGRE _____			

HORA: 5 1/2 6 1/2 7



FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

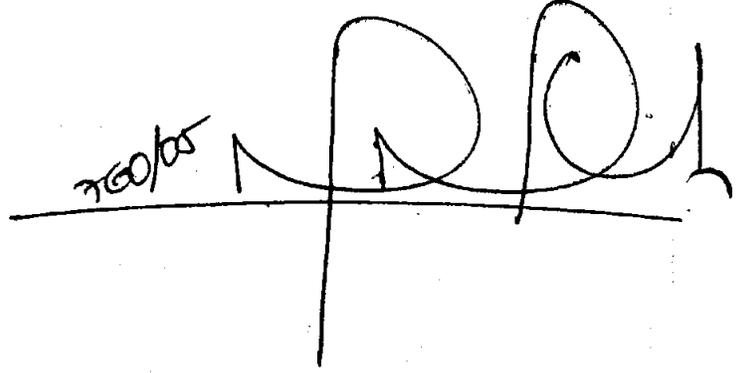
Firma Anestesiólogo _____ Código No. _____

Paciente quien en acto Quirurgico, hace Ritmo de paro (Actividad electrica sin pulso) Asociado a Bradicardia extrema.

Se inician maniobras de reanimación (masaje cardiaco) y administración de medicamentos (Adrenalina y Atropina), con lo que sale de paro cardiaco. Se termina procedimiento Quirurgico.

Se traslada a UCI Pediatrico entubada con TA: 105/73 FC: 126x' SaO₂: 90% con tubo de torax.

FIEL COPIA ORIGINAL





CLINICA
San Rafael

Nit. 802.009.783-9

**DESCRIPCION
QUIRURGICA**

A. IDENTIFICACION:

Nombre y Apellidos: Yolke Pacheco Sibay HC No. 1018284126

Edad	Sexo		Fecha de Procedimiento			Hora de Inicio		Hora de Finalización		SERVICIO DE PROCEDENCIA
	M	F	D	M	A	AM	PM	AM	PM	
1 año		X	2	06	2010	6:00		7:15		

B. DIAGNOSTICO, PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

Diagnóstico(s) Prequirúrgico(s):
Neumonía Complicada + derrame pleural

Procedimiento Quirúrgico	Vía de Abordaje	
	Vía 1	Vía 2
<u>Toracotomía Derecha</u>		
<u>Decoración con + cierre de</u>		
<u>fractura bronco pleural, tobi</u>		
<u>Neuroplectomía, xementectomía</u>		
<u>Exéresis de fardo pleural</u>		
<u>Colocación de tubo de thorax.</u>		

Diagnóstico(s) Post. Quirúrgico(s):

Cirujano	Anestesiólogo	Ayudante	Especialidad del Medico Ayudante
<u>Dr. Abello</u>	<u>Dr. Charonek</u>	<u>F. Cortez</u>	<u>Quirúrgico</u>

Instrumentadora:	Tipo de Anestesia	H. de Inicio:	H. de Terminación
<u>Candelaria</u>	<u>General</u>	<u>6:00 pm</u>	<u>7:15 pm</u>

34034
3214
34534

C. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general se realiza incisión subcostal, Derecha, que compromete el 1er. fardo celular. Se cortan los músculos intercostales, se libera el pulmón y pleura con abundante material absorbente de espina, encontrando fractura bronco pleural se sella con polipropileno. Se dilatan áreas hemorricas, se lava cavidad con solución salina 0.9% 100CC aprox. Se procede a colocar tubo a thorax para drenaje. Se fija tubo y se procede a cerrar por planos hasta piel. paciente toma alto quirúrgico

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL



CLINICA San Rafael

Nit. 802.009.783-9

DESCRIPCION QUIRURGICA

Se des tubo oxilante y funcionando. Tolerando acto quirurgico sin complicacion.

Empty lined area for additional notes.

D. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS:

Empty lined area for surgical complications.

F. MANEJO:

U.C.I. Pediatrico - Transfunder a 15 kg con sonda torax, Comenzar hidratación, iniciar alimentación parenteral mañana, antimitico blanco local, Mantener tubo de torax sin instrumental - ~~se des tubo de torax~~

E. MATERIALES DE COBRO ADICIONAL (MALLAS, VALVULAS, MATERIAL DE OSTEOSINTESIS Y OTROS)

Empty lined area for additional charges.

FIRMA Y SELLO
CIRUJANO

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja		
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD		
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad:	3	años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo:	Femenino

Evolución Médica

Fec-Hora: 2010/05/24 15:06

Entorno: UCI Pediatría

se trata de paciente femenina de 1 año y 9 meses quien llego remitida de hospital niño jesus, cuadro clinico de 1 semana de evolucion consistente en rinorrea verdosa y leve dificultad respiratoria, consulto a hospital de malambo donde le realizaron mnb con b2, sin mejoría clinica es remitida a hospital niño jesus donde le realizan dx de neumonia complicada y remiten a esta institucion. fue transfundida en 2 ocasiones.

nacio por cesarea de 37 semanas, con buen apgar, alimentacion con leche materna, complementaria.

hosp negativos qx negativos alergias negativas vacunacion positiva

sv fc 100 x min fr 46 x min ta 106/76 spo2 96%

al ingreso paciente en regular estado musculonutricional, con palidez cutanea con signos de dificultad respiratoria, taquipneica, con leves tirajes intercostales.

cardiaco rs cs rs sin soplos

pulmones con disminucion del murmullo vesicular del lado derecho, con crepitos en base pulmonar derecha.

abdomen baldo depresible sin masas.

gu c/n

snc activa reactiva. no deficit

hemograma hg 11.3 htc 34.5% pla 194000 leu 6700 neu 60% lin 40%

dx lactante mayor de bajo peso

2- sdr neumonia complicada a derrame pleural ?

3- anemia transfundida

rx de torax se observa velamiento del hemitorax derecho

plan ss tac de torax

2010/05/24 18:46

tac de torax se observa opacidad que compromete gran parte del pulmon derecho, con liquido en su interior, probable derrame, se ordena valoracion por cirugia

2010/05/24 22:15

paciente en regular estado musculonutricional, con palidez cutanea

dx lactante mayor de bajo peso

2- sdr neumonia complicada a derrame pleural ?

3- anemia transfundida

con signos de dificultad respiratoria, taquipneica, con leves tirajes intercostales.

cardiaco rs cs rs sin soplos

pulmones con disminucion del murmullo vesicular del lado derecho, con crepitos en base pulmonar derecha.

abdomen baldo depresible sin masas.

gu c/n

snc activa reactiva. no deficit

continua co sdr con taquipnea

plan continuar manejo medico

Interpretación de Resultados

Resultados

Creatinina En Suero, Orina U Otros

0,73 mg/dl VALOR NORMAL: 0,5 - 1,2

Interpretación

NORMAL

Resultados

Hemoclasificación Grupo Abo Y Factor Rh

GRUPO SANGUINEO "O"

FACTOR RH POSITIVO

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Interpretación

NORMAL

Resultados

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO A 36.5 °C

PH 7.490
PCO2 30,9 mmHg
PO2 77,4 mmHg

MEDIDO A 37 °C

PH 7.475
PCO2 32,3 mmHg
PO2 82,6 mmHg

DATOS CALCULADOS

HC03 act 23,3 mmol/L
Hc03 std 24,9 mmol/L
BE(efc) -0,3 mmol/L
BE(B) 0,5 mmol/l
CtCO2 24.2 mmol/L

O2 SAT 96,8 %

Po2/fio2 2,36
Po2 (A - a) (T) 130,0 mmHg
Po2 (a/A) (T) 0,37

Interpretación

NORMALES

Resultados

Nitrogeno Ureico [Bun]

7,6 mg/dl VALOR NORMAL: 7 - 18

Interpretación

NORMAL

Resultados

Tiempo De Protrombina [Pt]

15.5 SEGUNDOS CONTROL: 17,8 SEGUNDOS

Interpretación

NORMAL

Resultados

Tiempo De Tromboplastina Parcial [Ptt]

38,0 SEGUNDOS CONTROL: 41,6 SEGUNDOS

Interpretación

NORMAL

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Resultados

Potasio

2,45 mEq/L VALOR NORMAL: 3,5 - 5,3

Interpretación

HIPOPOTASEMIA

Resultados

Sodio

136 mEq/L VALOR NORMAL: 135 - 145

Interpretación

NORMAL

Resultados

Calcio Ionico

1,17 mmol/L VALOR NORMAL: 1.19-1.39

Interpretación

HIPOCALCEMIA LEVE

Resultados

Proteina C Reactiva, Prueba Semicuantitativa

48 UI/ML VALOR NORMAL: NEGATIVA MENOR DE 6

Interpretación

ELEVADA , PROVABLE FOCO BACTERIANO



Clemente Borges Salazar

CC 8640456 T. Prof 725

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora:

2010/05/24 15:06

Entorno: UCI Pediatría

paciente en regular estado musculonutricional, con palidez cutanea

dx lactante mayor de bajo peso

2- sdr neumonia complicada a derrame pleural ?

3- anemia transfundida

con signos de dificultad respiratoria, taquipneica , con leves tirajes intercostales.fr:60 x' -fc: 86 ta:100/66-tam:78

cardiaco rs cs rs sin soplos

pulmones con marcada disminucion del murmullo vesicular del lado derecho, con crepitos en base pulmonar derecha.excursion toraxica asimetrica.

abdomen baldo depresible sin masas.

gu c/n

snc activa reactiva. no deficit

continua con sdr con taquipnea

plan continuar manejo medico.

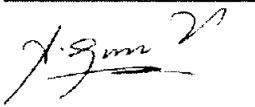
FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE		
HC No.	RC 1048284126	Paciente: Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil: Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono: 320 5564713 Sexo: Femenino

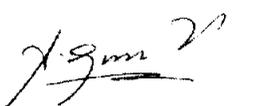
Evolución Médica



Aquileo Manotas Vizcaino
 CC 8633222 T. Prof 2623
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/25 15:20 **Entorno: UCI Pediatría**

se realiza toracocentesis a nivel de 6° espacio intercostal, con abocath n° 18 .previa sedacion con midazolam 1mgs iv.se obtienen 30 cc de liquido purulento se envía la muestra para test de ada,citiuquimico, gram,cultivo y latex.se avisa a cirugia pediatrica para colocacion de tubo de torax



Aquileo Manotas Vizcaino
 CC 8633222 T. Prof 2623
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/25 16:23 **Entorno: UCI Pediatría**

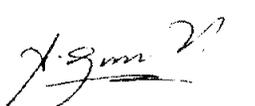
paciente con cuadro radiologico de derrame pleural derecho,por lo cual se procede a colocar tubo de torax



Tirso Cure Rodriguez
 CC 17151268 T. Prof 877
 Médico(a) Especialista
 Cirugia general

Fec-Hora: 2010/05/25 17:00 **Entorno: UCI Pediatría**

rx de torax: tubo de torax contra mediastino,silueta cardiaca normal, mejoría en la transparencia pulmonar, con disminucion del derrame.se aprecia ligero enfisema subcutaneo,



Aquileo Manotas Vizcaino
 CC 8633222 T. Prof 2623
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/25 21:08 **Entorno: UCI Pediatría**

paciente conocida,afebril.fc: 92x'-fr: 40x'ta:90/62 tam:78.dormida ,con mejoría del patron respiratorio.rscrs sin soplos,disminucion de ruidos respiratorios en base derecha.drenaje de 100 cc de liquidos de aspecto cetrino.se espera a mañana para el inicio de la via oral

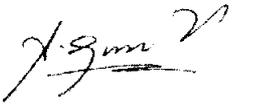
FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE		
HC No.	RC 1048284126	Paciente: Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil: Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono: 320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica



Aquileo Manotas Vizcaino
 CC 8633222 T. Prof 2623
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/26 10:18 **Entorno:** UCI Pediatría

paciente en regular estado musculonutricional, con palidez cutanea ,mucosa humedas
 dx lactante mayor de bajo peso
 2- sdr neumonia complicada a derrame pleural ?
 3- anemia transfundida
 con signos de dificultad respiratoria, taquipneica , con leves tirajes intercostales.fr:53 x' -fc: 123 ta:tam:69
 cardiaco rs cs rs sin soplos
 pulmones con marcada disminucion del murmullo vesicular del lado derecho, con crepitos en base pulmonar derecha
 con salida de material purulento por t.t.
 abdomen balndo depresible sin masas
 w.:10kg ,a:1057, e:330, bh.:727. gu.:1.3 nb:107
 snc activa reactiva. no deficit
 continua co sdr con taquipnea
 si mejora dificultad rsp. se probara vo.
 plan continuar manejo medico.mas atb. .

2010/05/26 10:28

rx. torax. persistencia de derramen pleural basal derecho , corazon de tamaño normal
 pulmon der. sin compromiso

2010/05/26 17:24

pte. activo -reactivo ,tolerando vo. xsog. fc:134, fr.27, t:36.5
 pulmon der. con entrada de aire en sitio de derramen plural
 izd.sin compromiso de infiltrado ,corazon de tamaño normal
 se sigue manejo medico .t.t con escaso material purulento



Alberto Lozada Mantilla
 CC 7476788 T. Prof 1461
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/27 12:03 **Entorno:** UCI Pediatría

dxs:1. lactante mayor
 2- sdr neumonia complicada:
 a) derrame pleural derecho
 b) tubo de torax
 3- anemia transfundida

evoluciona afebril, taquipneica , tolera aporte enteral. diuresis y deposiciones normales.
 w.:10kg ,a:1018, e:470, bh.: + 548cc . gu.:1.9 cc/k/h

examen fisico:
 fc:121 x min. fr: 40/ min. ta: 119/65 pam: 79.

FIEL ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713
		Sexo:	Femenino

Evolución Médica

normocefala. ojos nls. orl. eritema nasal.
cardiaco rs cs rs sin soplos
pulmones: disminución del murmullo vesicular del lado derecho, con crepitos en base pulmonar derecha
tubo de torax en costado derecho, con salida de material cetrino, en escasa cantidad.
tirajes subcostales.
abdomen : blando depresible sin masas
extremidades: sin edemas.
snc activa reactiva.

plan continuar manejo medico.

2010/05/27 12:13

valorado en ronda medica con coordinador. ordena tomar rx de control para mañana.

Luis Vega Vega Rodriguez
CC 72095413 T. Prof 6987/90

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/27 20:52

Entorno: UCI Pediatría

evoluciona afebril. tolera dieta. diuresis+. o2 suplementario.
examen:
fc: 118/ min. fr: 39/min. spo2: 100%. ta: 122/59.
rscrs, sin soplo. murmullo vesicular disminuido. roncus y estertores en acp, especialmente lado derecho.
tubo de tórax funcionando.
abdomen blando y depresible.
extrem: sin edemas. sn; alerta y activa.
plan: seguir manejo indicado.

Luis Vega Vega Rodriguez
CC 72095413 T. Prof 6987/90

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/28 08:57

Entorno: UCI Pediatría

dxs:1. lactante mayor
2- sdr neumonia complicada:
a) derrame pleural derecho
b) tubo de torax
3- anemia transfundida
4- edemas desnutricion

evoluciona afebril, taquipneica, tolera aporte enteral. diuresis y deposiciones normales.
w.:10kg, a: 900, e: 380, bh.: + 520 cc. - pi 294 bh +226 gu.:1.5 cc/k/h

examen fisico:

fc:100 x min. fr: 49 / min. ta: 92 /50

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja		
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD		
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad:	3	años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo:	Femenino

Evolución Médica

se observa co edema generalizado
normocefala. ojos nls. orl. eritema nasal.
cardiaco rs cs rs sin soplos
pulmones: disminucion del murmullo vesicular del lado derecho, con crepitos en base pulmonar derecha
tubo de torax en costado derecho, con salida de material cetrino, en escasa cantidad. funcionante
tirajes subcostales.
abdomen : blando depresible sin masas
extremidades: sin edemas.
snc activa reactiva.

plan continuar manejo medico.
rx control
ss proteina, albumina , bun creatinina

2010/05/28 10:04

rx de torax 8 espacios intercostales
se observa mas parenquima pulmonar, tubo de torax en buena posicion
derrame residual
neumonia basal derecha

2010/05/28 15:47

la etiologia de edema parece corresponder a la hipoalbuminemia de la paciente
plan recuperacion nutricional

Interpretación de Resultados

Resultados

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO A 36.5 °C

PH 7.545
PCO2 25,1 mmHg
PO2 76,3 mmHg

MEDIDO A 37 °C

PH 7.529
PCO2 26.2 mmHg
PO2 81.5 mmHg

DATOS CALCULADOS

HC03 act 21.4 mmol/l
Hc03 std 24.7 mmol/L
BE(efc) -1.4 mmol/L
BE(B) 0.2 mmol/l
CtC02 22.2 mmol/L

O2 SAT 97.2 %

Po2/fio2 1,25
Po2 (A - a) (T) 350,6 mmmHg
Po2 (a/A) (T) 0,18

Interpretación

ALCALOSIS RESPIRATORIA

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE			
HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713
		Sexo:	Femenino

Evolución Médica

Resultados

Sodio

SODIO:
RESULTADO: 136 mEq/L VALOR NORMAL: 135 - 145

Interpretación

NORMAL

Resultados

Potasio

POTACIO:
RESULTADO: 3,28 mEq/L VALOR NORMAL: 3,5 - 5,3

Interpretación

LEVE HIPOKALEMIA

Resultados

Calcio Ionico

CALCIO IONICO:
RESULTADO: 1,14 mmol/L VALOR NORMAL: 1,19 - 1,39

Interpretación

NORMAL

Resultados

Liquido Cefalorraquideo [Lcr, Examen Fisico Y Citoquimico Con Glucosa, Proteinas, Morfologia De Eritrocitos Y Diferencial De Leucocitos]

ESTUDIO DE LIQUIDO PLEURAL

EXAMEN FISICO:
COLOR.....AMARILLO
ASPECTO.....TURBIO +++

EXAMEN CITOLOGICO:
HEMATIES..... 10 CEL/mm3
LEUCOCITOS..... INCONTABLES

EXAMEN QUIMICO:
GLUCOSA..... 7,9 mg/dl
PROTEINAS..... 406 mg/dl

GRAM:
COCOS GRAM POSITIVOS +++
RESPUESTA LEUCOCITARIA TIPO POLIMORFONUCLEAR ABUNDANTE

Interpretación

COMPATIBLE CON EXUDADO

Resultados

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO A 36.0 °C

PH 7.493
PCO2 26.2 mmHg

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

P02 74.2 mmHg

MEDIDO A 37 °C

PH 7.478
 PC02 27.4 mmHg
 P02 79.3 mmHg

DATOS CALCULADOS

HC03 act 19.9 mmol/l
 Hc03 std 22.7 mmol/L
 BE(efc) - 3.7 mmol/L
 BE(B) - 2.1 mmol/l
 CtC02 20.7 mmol/L

02 SAT 96.6 %

Po2/fio2 3.77
 Po2 (A - a) (T) 41.2 mmHg
 Po2 (a/A) (T) 0.64

Interpretación

COMPENSADOS

Resultados

Calcio Ionico

CALCIO IONICO:
 RESULTADO: 1.25 mmol / L VALOR NORMAL 1.19 - 1.39

Interpretación

NORMAL

Resultados

Uroanalysis Con Sedimento Y Densidad Urinaria

UROANALISIS EXAMEN FISICO QUÍMICO

COLOR.....AMARILLO
 ASPECTO..... TURBIO +++
 PH..... 7.5
 DENSIDAD..... 1.010
 PROTEINAS..... 100 mg/dl
 GLUCOSA..... NEGATIVO
 BILIRRUBINA NEGATIVO
 UROBILINOGENO..... NEGATIVO
 SANGRE..... TRAZAS
 CETONAS..... NEGATIVO
 LEUCOCITOS..... NEGATIVO
 NITRITOS..... NEGATIVO

EXAMEN MICROSCOPICO

CELULAS EPITELIALES..... +
 BACTERIAS..... +
 LEUCOCITOS 6-8 /CAMPO
 HEMATIES..... 2 - 4 / CAMPO
 MOCO..... ++
 CELULAS RENALES..... ++

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

CILINDROS GRANULOSOS..... 0 - 2 / CAMPO
CRISTALES NO

Interpretación

NORMAL

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

RESULTADO : NEGATIVOS A LAS 24 HORAS DE INCUBACION

FECHA DE TOMA DE MUESTRA MAYO 24-2010
FECHA DE INFORME : MAYO 25-2010

Interpretación

NEGATIVO

Resultados

Sodio

SODIO:
RESULTADO: 137 mEq/L VALOR NORMAL : 135 - 145

Interpretación

NORMAL

Resultados

Potasio

POTASIO:
RESULTADO: 3.75 mEq/L VALOR NORMAL 3.5 - 5.3

Interpretación

NORMAL

Resultados

Albumina

ALBUMINA:
RESULTADO: 1,88 gr% VALOR NORMAL: 3,5 - 5,5 gr%

Interpretación

HIPOALBUMINEMICA

Resultados

Creatinina En Suero, Orina U Otros

CREATININA:
RESULTADO : 0,87 mg/dl V,NORMAL : 0,5 - 1,2

Interpretación

NORMAL

Resultados

Nitrogeno Ureico [Bun]

BUN:
RESULTADO : 19,7 mg/dl V,NORMAL : 7,0 - 18

Interpretación

LEVE ELEVACION

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Resultados

Proteínas Totales En Suero Y Otros Fluidos

PROTEINA TOTAL:
RESULTADO: 3,95 gr% VALOR TOTAL: 6,3 - 8,7 gr%

Interpretación

HIPOPROTEINEMIA

Clemente Borges Salazar
CC 8640456 T. Prof 725
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/05/29 09:13

Entorno: UCI Pediatria

dxs:1. lactante mayor

2- sdr neumonia complicada:

- a) derrame pleural derecho
- b) tubo de torax

3- anemia transfundida

4- edemas desnutricion

evoluciona afebril, taquipneica , tolera aporte enteral. diuresis y deposiciones normales.

w.:10kg. ,a: 820 ,e: 174 ,bh.: +446 cc. - pi 200 , gu.:0.6 cc/k/h

examen fisico:

fc:125 x min. fr: 35 / min. ta: 80 /52

se observa , edema generalizado mas ligera palidez de piel

normocefala. ojos nls. orl. eritema nasal.

cardiaco rs cs rs sin soplos

pulmones: disminucion del murmullo vesicular del lado derecho, con crepitos en base pulmonar derecha

tubo de torax en costado derecho, con salida de material cetrino, en escasa cantidad.funcionante

tirajes subcostales, leves con mejoras en frecuencias

abdomen : blando depresible sin masas

extremidades: sin edemas, no cianosis ,llenado capilar 2"

snc activa reactiva, pupilas normoreactivas

plan continuar manejo medico, control por cirugia ped.

manejo a.t.b.

2010/05/29 22:06

pte. activo -reactivo ,tolerando vo. xsog. fc:130, fr:25, t:36.5

pulmon der. con entrada de aire en sitio de derramen plural

izd sin compromiso de infiltrado ,corazon de tamaño normal

se sigue manejo medico .t.t con escaso material purolento,

con ligero edemas faciales ,manos ,pies ,por hipoproteinemia

Alberto Lozada Mantilla
CC 7476788 T. Prof 1461
Médico(a) Especialista
Pediatria

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

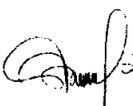
DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Fec-Hora: 2010/05/30 13:32 **Entorno:** UCI Pediátrica

dxs: 1- lactante mayor
 2- sdr neumonia complicada:
 a) derrame pleural derecho
 b) tubo de torax
 3- anemia transfundida
 4- edemas desnutricion
 evoluciona afebril, taquipneica , realiza vomitos alimentario.
 w.: 10kg , a: 870 cc , e: 303 cc , gu.: 2,3/ cc/k/h
 examen fisico:
 fc: 98/ min. fr: 30 / min. ta: 104 /63
 edema generalizado mas ligera palidez de piel, se observa sensorio alternante normocefala.
 cardiaco rs cs rs sin soplos
 pulmones: disminucion entrada de aire lado derecho, con crepitos en base pulmonar derecha
 tubo de torax sin oscilar, con salida de material cetrino escasa.
 tirajes subcostales, leves con mejoras en frecuencias
 abdomen: distendido. se suspendio vo, por vomitos reiterados. lev 100/40/20.
 extremidades: sin edemas, no cianosis ,llenado capilar normal
 plan continuar manejo medico, control por cirugia ped.
 manejo a.t.b.



Luis Galindo Gutierrez
 CC 8667500 T. Prof 1212
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/30 18:41 **Entorno:** UCI Pediátrica

paciente con menos distension , residuo porraceo, se repone vol x vol, se indica ranitidina, afebril, mucosas humedas,
 fc 94/min, sat o2 99%, despierta , en compensacion hemodinamica.
 resto de indicaciones sin cambios.



Luis Galindo Gutierrez
 CC 8667500 T. Prof 1212
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/30 22:01 **Entorno:** UCI Pediátrica

abdomen menos distendido, depresible, no doloroso, escaso residuo por sng, en compensacion hemodinamica.
 fc 110/min, sat o2 99%. se ausculta buena entrada de aire en ambos campos pulmonares.
 se solicita para mañana control rx torax abdomen.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica



Luis Galindo Gutierrez
 CC 8667500 T. Prof 1212
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/31 08:23

Entorno: UCI Pediatrica

- dxs: 1. lactante mayor
- 2- sdr neumonia complicada:
 - a) derrame pleural derecho
 - b) tubo de torax
- 3- anemia transfundida
- 4- edemas desnutricion

evoluciona afebril, taquipneica , realiza vomitos alimentario ayer
 w.:10kg , a: 1175 cc , e: 115 cc , gu.: 0,4/ cc/k/h oligurica
 examen fisico:
 fc:94/ min. fr: 35 / min. ta: 102 /68
 edema generalizado mas ligera palidez de piel, se observa sensorio alternante normocefala.
 cardiaco rs cs rs sin soplos
 pulmones: disminucion entrada de aire lado derecho, con crepitos en base pulmonar derecha
 tubo de torax sin oscilar, con salida de material cetrino escasa.
 tirajes subcostales, leves con mejoras en frecuencias
 abdomen : blando , se suspendio vo, por vomitos reiterados. lev 100/40/20.
 extremidades: con edemas, no cianosis ,llenado capilar normal
 plan continuar manejo medico,
 manejo a.t.b.

2010/05/31 11:15

rx de torax 8 espacios inytercostales con imagenes compatibles con bulas, tubo de torax en buena posicion,
 plan ss tac de torax y valoracion por cirugia pediatrica

2010/05/31 15:36

hemograma hg 10.2 htc 30.6 leu 22.700 neu 75 lin 22 pla manual 155000.
 pcr elevada , cursa con aumento de la creatinina y na bajo
 furosemida 11 mg iv cada 12 horas

2010/05/31 19:00

paciente con dx anotados
 el cual continua con edemas en extremidades, y abdomen , con tubo de torax drenando material cetrino.
 se onserva quejumbrosa por momentos, cursa con elevacion de los azoados.
 sv fc 112 x min fr 36 xmin spo2 96%
 bh 630 - 34 + 596cc gu 2 cc en 12 horas anurica

continua con requerimientos de o2 por canula nasal.
 hoy presento un vomito en horas del medio dia
 cardiaco rscrs sin soplos.
 abomen con leve distencion abdominal
 paciente delicado , cursa con falla renal , no respuesta al diuretico

2010/05/31 20:42

paciente con dx anotados el cual continua con edemas, orino 20 cc. pobre respuesta al diuretico, se ordena pasar bolo de ssn 20 cc kg
 tac de torax se observa neumonia derecha , con presencia de bulas , se solicita valoracion por cirugia pediatrica

2010/05/31 23:57

paciente presento mejoria del gaso urinario 1.5 cc hora
 continua con edemas .

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

presento vomito abundante de contenido alimentario
 sv fc 122 x min spo2 99% fr 38 x min
 persiste con sdr con requerimientos de o2
 plan continuar manejo medico

2010/06/01 06:32

paciente con dx anotados la cual continua con vomitos que an impedido el inicio d la via oral.
 continua con edemas .
 gu 1.2 cc hora
 se comenta con dr balza el estado de la paciente y se decide solicitar bun creatinina, bun , albumina, got , gpt, amilasa

Interpretación de Resultados

Resultados

Proteina C Reactiva, Prueba Semicuantitativa

PCR:
 RESULTADO: 96 UI/ML VALOR NORMAL: ES NEGATIVA MENOR DE 6

Interpretación

ELEVADA

Resultados

Nitrogeno Ureico [Bun]

BUN:
 RESULTADO: 28 mg/dl VALOR NORMAL: 7 - 18

Interpretación

ELEVADO

Resultados

Creatinina En Suero, Orina U Otros

CREATININA:
 RESULTADO: 1,33 mg/dl VALOR NORMAL: 0,5 - 1,2

Interpretación

ELEVADA , FALLA RENAL

Resultados

Sodio

SODIO:
 RESULTADO: 129 mEq/L VALOR NORMAL: 135 - 145

Interpretación

HIPONATREMIA

Resultados

Potasio

POTASIO:
 RESULTADO: 3,78 mEq/L VALOR NORMAL: 3,5 - 5,3

Interpretación

NORMAL

Resultados

Uroanálisis Con Sedimento Y Densidad Urinaria

UROANALISIS

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

EXAMEN FISICO QUÍMICO

COLOR ----- AMARRILLO
 ASPECTO----- TURBIO +
 PH..... 6,0
 DENSIDAD..... 1.015
 PROTEINAS..... 30 mg/dl
 GLUCOSA..... NEGATIVO
 BILIRRUBINA NEGATIVO
 UROBILIOMGENO,.... NEGATIVO
 SANGRE..... NEGATIVO
 CETONAS..... NEGATIVO
 LEUCOCITOS..... NEGATIVO
 NITRITOS..... NEGATIVO

EXAMEN MICROSCOPICO

CELULAS EPITELIALES..... +
 BACTERIAS..... ++
 MOCO ++
 LEUCOCITOS 4 - 6/ CAMPO
 CRISTALES DE FOSFATO AMORFO ++++
 HEMATIES 1 - 2 X / CAMPO
 CILINDROS HALINOS +

Interpretación

NORMAL

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

HEMCULTIVO X 2
 NEGATIVO A LAS 24 HORAS DE INCUBACION

FECHA DE TOMA DE MUESTRA MAYO 24-2010
 FECHA DE INFORME : MAYO 25-2010

Interpretación

NEGATIVO A LA FECHA

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

HEMCULTIVO X 2
 NEGATIVO A LAS 48 HORAS DE INCUBACION.

FECHA DE TOMA DE MUESTRA MAYO 24-2010
 FECHA DE INFORME MAYO 26-2010

Interpretación

NEGATIVO A LA FECHA

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

HEMCULTIVO X 2
 NEGATIVOS A LOS 72 HORAS DE INCUBACION

FECHA DE TOMA DE MUESTRA MAYO 24-2010
 FECHA DE INFORME MAYO 27-2010

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Interpretación

NEGATIVO

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)
HEMOCULTIVO NEGATIVO A LOS 4 DIAS DE INCUBACION

FECHA DE TOMA DE MUESTRA MAYO 24-2010
FECHA DE INFORME : MAYO 28-2010

Interpretación

NEGATIVO

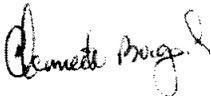
Resultados

Proteína C Reactiva, Prueba Semicuantitativa

PCR:
RESULTADO: 96 UI/ml VALOR NORMAL: ES NEGATIVA MENOR DE 6

Interpretación

POSITIVA


Clemente Borges Salazar
CC 8640456 T. Prof 725
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/01 13:29

Entorno: UCI Pediatria

dxs: 1- lactante mayor
2- sdr neumonia complicada:
a) derrame pleural derecho
b) tubo de torax
3- anemia transfundida
4- edemas desnutricion

evoluciona afebril, taquipneica , realiza vomitos alimentario ayer

w.:10kg. ,a: 1280 cc , e: 123 cc , pia 303cc , gu.: 0,5/ cc/k/h oligurica

examen fisico: regular estado general, impresiona toxica, con moderada dificultad respiratoria.sat 02%-fc: 120-fr: 42.precordio calmo rscsrs sin soplos.ingreso de ruidos respiratorios con marcada disminucion del lado derecho.abdomen algo distendido , timpanico,pero blando.se valora con coordinador y cirujano pediatra ,y se programa para mañana en horas de la tarde para realizar toracostomia.rx de toprax: disminucion del volumen pulmonar derecho, con imágenes sugestivas de bulas, y marcado engrosamiento pleural.tubo de torax en la bas de pulmon derecho.


Aquileo Manotas Vizcaino
CC 8633222 T. Prof 2623
Médico(a) Especialista
Pediatria

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Fec-Hora: 2010/06/01 15:16

Entorno: UCI Pediátrica

paciente conocido, no se a iniciado el aporte enteral por tenere residuo de aspecto sanguinolento oscuro. reporter de paraclínicos ordenados, ligera hiponatremia, pruebas renales altas. albumina, pruebas de funcion hepatica y amilasa serica dentro de limites normales. gases arteriales con alcalosis respiratoria, e hiperoxemia. pt ligeramente prolongado, ptt normal.

ta: 135/86 tam: 99-sat:98 -fc:102-fr: 40. gasto urinario: 0,9cc/kg/hora


Aquileo Manotas Vizcaino
CC 8633222 T. Prof 2623

Médico(a) Especialista

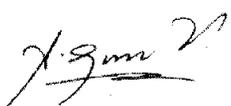
Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/01 20:21

Entorno: UCI Pediátrica

paciente conocida, afebril, no se inicio la via enteral, por la presencia de residuo gastrico, eutermica. quejumbrosa, moderada palidez cutanea. fc:110, fr:48, sat o2:96%. hidratada, precordio calmo, rscrs sin soplos, ruidos respiratorios disminuidos en el hemitorax derecho. abdomen con peristalsis positiva, llenado capilar de 4 sgs. gu: 2,2 cc

a/ paciente conocida, estable hemodinamicamente, sigue ayunada para procedimiento de cirugia de torax mañana,


Aquileo Manotas Vizcaino
CC 8633222 T. Prof 2623

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/02 11:40

Entorno: UCI Pediátrica

dxs: 1. lactante mayor

2- sdr neumonia complicada:

a) derrame pleural derecho

b) tubo de torax

3- anemia transfundida

4- edemas desnutricion

evoluciona afebril, taquipneica, tolera aporte enteral. diuresis y deposiciones normales.

w.:11kg, a: 604, e: 513, bh.:108 cc, gu.:1.9 cc/k/h

examen fisico:

fc:130 x min. fr: 36 / min. ta: 109 /73

se observa, edema generalizado mas ligera palidez de piel

normocefala. ojos nls. orl. eritema nasal.

cardiaco rs cs rs sin soplos

pulmones: disminucion del murmullo vesicular del lado derecho, con crepitos en base pulmonar derecha

tubo de torax en costado derecho, con salida de material cetrino, en escasa cantidad. funcionante

tirajes subcostales, leves con mejorias en frecuencias

abdomen: blando depresible sin masas

extremidades: con edemas, no cianosis, llenado capilar 2"

snc activa reactiva, pupilas normoreactivas

plan continuar manejo medico, mas cirugia ped.

2010/06/02 12:22

rx. torax, corazon de tamaño normal, se observa neumotorax derecho a pesar de tener t.torax funcionante con salida de tapones de fibrinas, se espera cirujano

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

se piensa en bula hipertensiva

2010/06/02 14:07

gases de las 14h dentro de parametros normales , bun y creatinina ligeramente altos

2010/06/02 19:00

ingresa pte. en mal estado general palidez generalizada con t.o.t.,posqx. de decorticacion mas reseccion de parte inferior de lobulo inferior de pul. derecho,segun , reporte de cx pte.realiza paro cardiaco del cual sale , se deja con a.r.m. a/c cp. mas gre. a 10cc xk la rx torax muestra expansion de pulmon der. e izd. 8 espacios t.t. con salida de burbuja y material sanguinolento en poca cantidad ,se haran gases , ionograma

2010/06/02 23:02

gases :pco2 :bajo, po2: alto , demas parametros normales
se baja fio2 a 40% pte. con mejoría en coloracion de piel sto: 99%
se hara control de hemograma mañana ,salida de escaso material sanguinolento x t.t.



Alberto Lozada Mantilla
CC 7476788 T. Prof 1461

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/03 09:00

Entorno: UCI Pediatría

dxs:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural
3. pop - toracotomia + decorticacion + cierre de fistula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria
6. insuficiencia renal

paciente delicado, con asistencia ventilatoria mecanica, modo a/c, con fio2 de 40%.
ayunada.

balance hidrico: 975 - 640= +335 (+ 145)

gasto urinario: 1.9 cc/k/hora.

examen fisico: peso= 10 kg.

fc: 142/min fr: 47/min. spo2: 99% ta: 128/68. pam: 79. temp: 36°C.

normocefala. fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda

torax simetrico. tubo de drenaje toracico en costado derecho , oscilando, con material sanguinolento, que drena atrampa
rs cs rs, sin soplo se ausculta disminucion del murmullo vesicular, con estertores y roncus.

abdomen tenso, distendido y timpanico. peristalsis disminuida.

extremidades: edema grado ii.

sn: bajo sedo-analgesia.

infeccioso continua tratamiento con vancomicina + meropenem.

llenado capilar 3 segs. palidez mucocutanea moderada

pronostico reservado.

2010/06/03 10:00

rx de torax: atrapamiento de aire, con neumotorax residual. silueta cardiaca un poco disminuida.
tubo de torax bien colocado. tot bien colocado.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica



Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/03 10:29

Entorno: UCI Pediatría

paciente crítico, en ventilación mecánica, pálida, con analgesia y sedación intermitentes, ayunado, con escaso sangrado por sog, distensión abdominal, con tubo torax oscilante con columna hemática.
 saturación 100%, normotenso, fc de 113x/min (elevada).
 se realizó ayer toracotomía durante el procedimiento presentó bradicardia y requirió reanimación con drogas; a su ingreso a la ucip se realiza rx torax y se constata tot muy introducido a nivel de carina, retirándose el mismo inmediatamente.
 presenta cifras de azoagos en ascenso, pero mantuvo ayer buen gasto urinario, y en la rx de hoy se aprecia silueta cardiaca algo chica y neumotorax residual pequeño; probable causa prerenal de su falla.
 se solicitan pruebas de función renal en el día de hoy y se evaluara inicio de nutrición parenteral.



Martin Balza Ohlsen
 CC 8722036 T. Prof 3645
 Médico(a) Especialista
 Neonatología

Fec-Hora: 2010/06/03 15:06

Entorno: UCI Pediatría

reporte de hemoglobina: 6,5 y hto: 18,3. paciente con ventilación mecánica. se ordena transfundir g.r.e. a 15cc/kg.

2010/06/03 15:23

paciente delicada, con arm. se pasó a modo simv con el fin de destetar. no destura.
 recibió transfusión de gre. no hubo reacciones adversas.
 s.v.: fc= 138/min. fr= 45/min. spo2= 99%
 rs cs rs, sin soplo.
 murmullo vesicular disminuido.
 roncus leves y estertores en lado derecho.
 tubo de torax drena material sanguinolento.
 llenado capilar: 2 segs.

Interpretación de Resultados

Resultados

Sodio

SODIO:
 RESULTADO: 130 mEq/L V. NORMAL: 135 - 145

Interpretación

LEVEMENTE BAJO

Resultados

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfología Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja	
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD	
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años	
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo: Femenino

Evolución Médica

VER ANEXOS..

Interpretación

ANEMIA. SE ORDENA TRANSFUSION.

Resultados

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO 36.2°C
 pH 7.381
 pCO2 25,8 mmHg
 PO2 90,6 mmHg

MEDIDO A 37 °C
 pH 7.381
 pCO2 25,8 mmHg
 PO2 90,6 mmHg

DATOS CALCULADOS
 HCO3 act 14,9 mmol/L
 HCO3 std 17,9 mmol/L
 BE(ecf) -10,2 mmol/L
 BE(B) -8,2 mmol/L
 ctCO2 15,7 mmol/L

O2 SAT 97,0 %
 Po2/FIO2
 PO2(A-a) (T) mmHg
 Po2(a/A) (T)

Interpretación

LEVE HIPOCAPNIA; BUENA OXIGENACION.

Resultados

Potasio

POTASIO:
 RESULTADO: 7,17 mEq/L V. NORMAL: 3,5 - 5,3

Interpretación

ELEVADO. PACIENTE CON INSUF. RENAL

Resultados

Calcio Ionico

CALCIO IONICO:
 RESULTADO: 1,01 mmol/ L V. NORMAL: 1,19 - 1,39

Interpretación

SE ENCUENTRA NORMAL PARA SU EDAD

Resultados

Nitrogeno Ureico [Bun]

BUN:
 RESULTADO: 37,3 mg/dl V. NORMAL: 4,67 - 23,3

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Interpretación

ELEVADO

Resultados

Creatinina En Suero, Orina U Otros

CREATININA:

RESULTADO: 1,89 mg/dl V. NORMAL: 0,5 - 1,2

Interpretación

ELEVADO

Resultados

Albumina

ALBUMINA:

RESULTADO: 2,1 mg/dl VALOR NORMAL: 3,5 - 5,5

Interpretación

SE ENCUENTRA BAJO



Luis Vega Vega Rodriguez
CC 72095413 T. Prof 6987/90

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/03 21:58

Entorno: UCI Pediátrica

paciente delicada, con ventilación mecánica, mido simv. no desatura.

mas alerta; pero se ventila adecuadamente.

gasto urinario: 0.7 cc/k/h

examen. fc: 126/min. fr: 44/min. spo2: 98%.

rs cs rs, sin soplo. murmullo vesicular negativo. roncus en ambos pulmones.

abdomen globoso, pero depresible. peristalsis +.

llenado capilar 2 segs.

comentada evolución con coordinador de ucip. debido al descenso en gast urinario, se agrega furosemida cada 12 hs.



Luis Vega Vega Rodriguez
CC 72095413 T. Prof 6987/90

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/04 08:51

Entorno: UCI Pediátrica

dxs:

1- neumonía complicada

2. derrame pleural

3. pop - toracotomía + decorticación + cierre de fístula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

4. anemia transfundida

5. falla respiratoria

6. insuficiencia renal

7- anemia trnsfundida

8- desnutricion

9- shock hipovolemico + postreanimacion

paciente delicado, con asistencia ventilatoria mecanica, modo simv con pesion soporte d 6, con fio2 de 50%.

ayunada.

balance hidrico: 798 cc - 179 cc= +619cc - pi 282 cc bh (+ 337 cc)

gasto urinario: 0.7 cc/k/hora.

examen fisico: peso= 10.200 gm

fc: 167 /min fr: 43 /min. spo2: 99% ta: 114/68. pam: 79. temp: 36°c.

persiste con edemas con disminucion del peso , , hidratada

glucometria 117 mg/dl

normocefala. fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda

torax simetrico. tubo de drenaje toracico en costado derecho , oscilando, con material sanguinolento, que drena atrampa

rs cs rs, sin soplo se ausculta disminucion del murmullo vesicular, con estertores y roncus.

abdomen tenso, distendido y timpanico. peristalsis disminuida.

extremidades: edema grado ii.

sn: despierta, pero con mirada fija, respuesta pupilar a la luz, lenta , hipoactividad , respuesta a estímulos dolorosos.

ultima dosis de sedacion hace mas de 24 horas

infeccioso continua tratamiento con vancomicina + meropenem.

llenado capilar 3 segs. palidez mucocutanea moderada

pronostico reservado.

plan se solicita hemograma, bun , creatinina, electrolitos, gases a , calcio, rx de torax

pendiente reportes de cultivo del liquido pleural

2010/06/04 09:00

paciente con abdomen blando no residuo por sog, se reinicia aporte enteral y se adiconan bacilos lácticos liofilizados (eptavis niños) al manejo para mejorar tolerancia a la leche y restaurar microflora intestinal

2010/06/04 13:01

paciente con dx anotados el cual persiste con disminucion de la respuesta motora, hipoactiva, con mirada fija por momentos, con pupila midriaticas, con leve respuesta a la luz.

se evalua con coordinador y se decide pasar dosis de manitol y colocar solucioin hipertonica.

ss tac cerebral simple

hemograma con anemia htc 30 , leucocitosis y plaquetas al limite

rx de torax con 8 espacios tubo de torax en buena posicion , se observa pequeño neumotorax derecho , mejoría radiologica

2010/06/04 16:44

paciente delicado el cual se encuentra en malas condiciones musculo nutricionales.

continua en arm dinamica , con parametros establecidos, simv

persiste con mirada fija con pupilas isocoricas con respuesta a la luz, un tanto midriaticas

sv fc 139 x min fr 60 x min spo2 98 %

gu 2.8 cc kg hora

cursa con hipokalemia y na en 134, se esta manejando con solucioin hipertonica y se le coloco dosis de manitol , como anti edema.

ss electrolitos control

2010/06/06 21:25

paciente delicado el cual se encuentra en malas condiciones musculo nutricionales.

continua en arm dinamica , con parametros establecidos, simv

persiste con mirada fija con pupilas isocoricas con respuesta a la luz, un tanto midriaticas

Interpretación de Resultados

Resultados

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO 36.4 °C

pH 7.433

pCO2 26.9 mmHg

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

PO2 98.4 mmHg

MEDIDO A 37 °C

pH 7.433
pCO2 26.9 mmHg
PO2 98.4 mmHg

DATOS CALCULADOS

HCO3 act 17.6 mmol/L
HCO3 std 20.5 mmol/L
BE(ecf) -6.7 mmol/L
BE(B) -4.9 mmol/L
ctCO2 18.4 mmol/L

O2 SAT 97.7 %
Po2/FIO2
PO2(A-a) (T) mmHg
Po2(a/A) (T)

Interpretación

COMPENSADOS

Resultados

Potasio

POTASIO:
RESULTADO: 3,24 mEq/L VALOR NORMAL: 3,5 - 5,3

Interpretación

HIPOKALEMIA

Resultados

Sodio

SODIO:
RESULTADO: 132 mEq/L VALOR NORMAL: 135 - 145

Interpretación

HIPONATREMIA

Resultados

Creatinina En Suero, Orina U Otros

CREATININA:
RESULTADO: 3,1 mg/dl VALOR NORMAL: 0,5 - 1,2

Interpretación

ELEVADA

Resultados

Nitrogeno Ureico [Bun]

BUN:
RESULTADO: 35,5 mg/dl VALOR NORMAL: 4,67 - 23,3

Interpretación

ELEVADO

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Resultados

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfología Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

VER ANEXOS...

Interpretación

ANEMIA Y LEUCOCITOSIS

Resultados

Coloracion Acido Alcohol Resistente [Zielh-Nielsen] Y Lectura O Baciloscopia

BK DE JUGO GASTRICO N° 1

CELULAS EPITELIALES: ESCASAS
POLIMORFOS NUCLEARES..... ESCASOS
NEGATIVO PARA BAAR

Interpretación

NEGATIVO

Resultados

Sodio

SODIO:
RESULTADO: 128 mEq/L VALOR NORMAL: 135 - 145

Interpretación

HIPONATREMIA

Resultados

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO 36.2°C
pH 7.351
pCO2 25,8 mmHg
PO2 133,9 mmHg

MEDIDO A 37 °C
pH 7.340
pCO2 26,7 mmHg
PO2 138,8 mmHg

DATOS CALCULADOS

HCO3 act 14,1 mmol/L
HCO3 std 16,8 mmol/L
BE(ecf) -11,7 mmol/L
BE(B) -9,8 mmol/L
ctCO2 14,9 mmol/L

O2 SAT 98,7 %
Po2/FIO2 1,39
PO2(A-a) (T) 538,2 mmHg
Po2(a/A) (T) 0.20

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Interpretación

COMPENSADO

Resultados

Sodio

SODIO:
RESULTADO: 134 mEq/L V. NORMAL: 135 - 145

Interpretación

HIPONATREMIA LEVE

Resultados

Potasio

POTASIO:
RESULTADO: 2,77 mEq/L V. NORMAL: 3,5 - 5,3

Interpretación

HIPOKALEMIA

Resultados

Calcio Ionico

CALCIO IONICO:
RESULTADO: 1,06 mmol V. NORMAL: 1,19 - 1,39

Interpretación

HIPOPCALCEMIA LEVE

Resultados

Nitrogeno Ureico [Bun]

BUN:
RESULTADO: 30,8 mg/dl V. NORMAL: 4,67 - 23,3

Interpretación

ELEVADOS

Resultados

Creatinina En Suero, Orina U Otros

CREATININA:
RESULTADO: 2,4 mg/dl V. NORMAL: 0,5 - 1,2

Interpretación

ELEVADOS

Resultados

Potasio

POTASIO:
RESULTADO: 3,80 mEq/L VALOR NORMAL: 3,5 - 5,3

Interpretación

NORMAL

Resultados

Nitrogeno Ureico [Bun]

BUN:

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja		
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD		
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:		Edad: 3 años	
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo:	Femenino

Evolución Médica

RESULTADO: 34,1 mg/dl VALOR NORMAL: 4,67 - 23,3

Interpretación

ELEVADO FALLA RENAL

Resultados

Creatinina En Suero, Orina U Otros

CREATININA:
RESULTADO: 2,9 mg/dl VALOR NORMAL: 0,5 - 1,2

Interpretación

ELEVADO

Resultados

Albumina

ALBUMINA:
RESULTADO: 2,6 mg/dl VALOR NORMAL: 3,5 - 5,5

Interpretación

HIPOALBUMINEMIA

Resultados

Transaminasa Glutamico Oxalacetica O Aspartato Amino Transferasa [Tgo-Ast]

GOT:
RESULTADO: 26 U/l VALOR NORMAL: HASTA 32

Interpretación

NORMAL

Resultados

Transaminasa Glutamicopiruvica O Alanino Amino Transferasa [Tgp-Alt]

GPT:
RESULTADO: 28 U/l VALOR NORMAL: HASTA 31

Interpretación

NORMAL

Resultados

Amilasa

AMILASA:
RESULTADO: 80 UA/dl VALOR NORMAL: HASTA 120

Interpretación

NORMAL

Resultados

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO 36.4 °C
pH 7.510
pCO2 18.8 mmHg
PO2 116.9 mmHg

MEDIDO A 37 °C

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

pH 7.495
pCO2 19.6 mmHg
PO2 123.0 mmHg

DATOS CALCULADOS

HCO3 act 14.8 mmol/L
HCO3 std 19.9 mmol/L
BE(ecf) -8.5 mmol/L
BE(B) -5.7 mmol/L
ctCO2 15.4 mmol/L

O2 SAT 98.8 %
Po2/FIO2
PO2(A-a) (T) 7.7 mmHg
Po2(a/A) (T) 0.94

Interpretación

ALCALOSIS RESPIRATORIA

Resultados

Sodio

128 MEQ/L VREFERENCIA 135-145

Interpretación

HIPONATREMIA

Resultados

Potasio

6,10 MEQ/L VREFERENCIA 3,5-5,3

Interpretación

HIPERKALEMIA

Resultados

Calcio Ionico

0,98 MMOL/L VREFERENCIA 1,19-1,39

Interpretación

HIPOCALCEMIA

Resultados

Tiempo De Protrombina [Pt]

PT:
RESULTADO: 16,4 SEGUNDOS CONTROL: 12,8 SEGUNDOS

Interpretación

PROLONGADO

Resultados

Tiempo De Tromboplastina Parcial [Ptt]

PTT:
RESULTADO: 29,7 SEGUNDOS CONTROL: 29,7 SEGUNDOS

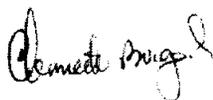
Interpretación

NORMAL

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael**HISTORIA CLINICA****DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica


Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/04 20:37

Entorno: UCI Pediatría

dxs:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural
3. pop - toracotomia + decorticacion + cierre de fistula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria
6. insuficiencia renal
- 7- anemia trnsfundida
- 8- desnutricion

9- shock hipovolemico + postreanimacion

pte delicada, en mal estado general, bajo arm dinamico, fr: 20 x min, fio2: 45%, fc: 128 x min, sato2: 99%, diuresis: 2 cc/kg/hora
 con resultados de paraclinicos:

k: 2.2 meq/l

na: 132 meq/l

plan, reposicion de katrol a 1 meq/kg/hora

resto del tratamiento igual

paciente grave, con pronostico reservado a evolucion

Luis Fuentes Granados

CC 88253963 T. Prof 2296

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/05 09:13

Entorno: UCI Pediatría

pte. lactante menor en mal estado genral con dxs.:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural
3. pop - toracotomia + decorticacion + cierre de fistula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria
6. insuficiencia renal
- 7- desnutricion
- 8- shock hipovolemico + postreanimacion

paciente delicado, con asistencia ventilatoria mecanica, modo simv con pesion soporte d 6, con fio2 de 45%.

tolerando vo. x sog. mas lev.

con la.:1014cc, e:459, bh:555, gu:1,8cc/h, nb:88.7

examen fisico: peso= 10.300 gm, subio 100g.

fc: 91 /min fr: 35 /min. spo2: 98% , pam: 81. temp: 36°c.

persiste con edemas con ganancia del peso , hidratada

glucometria 110 mg/dl

normocefal. fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

torax simetrico. tubo de drenaje toracico en costado derecho , oscilando, con material sanguinolento, que drena atrampa rs cs rs, sin soplo se ausculta disminucion del murmullo vesicular, con estertores y roncus.

abdomen tenso, distendido y timpanico. peristalsis disminuida.

extremidades: edema grado i.

sn: despierta, pero con mirada fija, respuesta pupilar a la luz, lenta , hipoactividad , respuesta a estímulos dolorosos.

ultima dosis de sedacion , continua tratamiento con vancomicina + meropenem.

llenado capilar 2 segs. palidez mucocutanea moderada

pronostico reservado.

plan se solicita hemograma, electrolitos, gases a , rx de torax

pendiente reportes de cultivo del liquido pleural

tac. leído x neuroped. normal , las pupilas isocoricas , reactivas

posible estubacion segun examenes

2010/06/05 10:02

llega rx de torax con 8 espacios en ambos h/torax , corazon

tamaño normal , mejoría de neumotorax , mas expansion de

pul. derecho, t.t. y , t.o.t. funcionantes

2010/06/05 11:56

gases arteriales: 7.4/24/16.4/16.4/-6.8/99% pte hiperoxemico , se

baja fio2 :35% , hto.:24.9, hg.:8.4, se transfundira g.r.e. a 10cc x kg.

posterior se hara esquema de extubacion

2010/06/05 17:17

pte. se retiro t.o.t. tolerando procedimiento , se hace protocolo de

extubacion, termino transfucion gre. salida se material sanguinolento

en escasa cantidad pero si gran cantidad de burbujas fc:111, fr:24,

t.36.5 mejoro coloracion de piel , se deja en camara de h. 60%fio2



Alberto Lozada Mantilla

CC 7476788 T. Prof 1461

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/06 09:49

Entorno: UCI Pediatría

pte. lactante menor en mal estado genral con dxs.:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural
3. 4to dia pop - toracotomia + decorticacion + cierre de fistula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria
6. insuficiencia renal
- 7- desnutricion

paciente en camara hood, conciente , mucosas humedas , afebril, rosada , bien perfundida

tolerando vo. x sog. mas lev.

con la.: 832 cc, e:465 gu:1,8cc/h,

examen fisico: peso= 10.300 gm,

fc: 120/min fr: 34/40 /min. spo2: 98%

persiste con edema generalizado ,

torax simetrico. tubo de drenaje toracico en costado derecho , ciclando, con material sanguinolento, que drena atrampa

rs cs rs, sin soplo se ausculta disminucion del murmullo vesicular, con estertores y roncus diseminados en ambos campos pulmonares.

r1r2 4f, precordio calmo, buen relleno capilar.

abdomen blando , depresible, se palpa higado 4 cm pdrcd, tolera bien el aporte por sonda

sn: despierta, reactiva, impresiona mirada desconjugada. pupilas isocoricas, normoreactivas.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

recibe vancomicina + meropenem.

salio: hemograma, electrolitos, gases arteriales



Luis Galindo Gutierrez
CC 8667500 T. Prof 1212

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/06 17:05

Entorno: UCI Pediatría

paciente clinicamente estable, sat o2 99%, fc 120/min, normotermica, tolerando aporte enteral.
tubo de drenaje toraccico, oscilando. conductas sin modificar.
gases arteriales

corregido 36.5 °c
ph 7.435
pcO2 29,2 mmhg
po2 121,7 mmhg

medido a 37 °c

ph 7.429
pcO2 29,7 mmhg
pO2 124,2 mmhg

datos calculados

hcO3 act 19,2 mmol/l
hcO3 std 21,4 mmol/l
be(efc) -5,1 mmol/l
be(b) -3,7 mmol/l
ctcO2 20,1 mmol/l

O2 sat 98.6%

po2/fio2 3,10
po2 (a - a) (t) 123,5 mmhg
po2 (a/a) (t) 0,50
hipocapnea.

k 2,61, se aumenta aportes en los lev.
na normal.



Luis Galindo Gutierrez
CC 8667500 T. Prof 1212

Médico(a) Especialista

Pediatría

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Fec-Hora: 2010/06/07 09:31

Entorno: UCI Pediátrica

pte. lactante menor en mal estado general con dxs.:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural
3. 5to día pop - toracotomía + decorticación + cierre de fistula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria
6. insuficiencia renal
- 7- desnutrición

paciente en cámara hood, conciente, con mirada fija por momentos, responde estímulos dolorosos. mucosas húmedas, afebril, rosada, bien perfundida tolerando vo. x sog. mas lev.

con la.: 1024 cc, e:557 cc gu: 2 cc kg cc/h,

examen físico: peso= 10.350 gm,

fc: 120/min fr: 34/40 /min. spo2: 98%

persiste con edema generalizado, con tendencia a la disminución

torax simétrico. tubo de drenaje torácico en costado derecho, ciclando, con material sanguinolento, que drena atrampa rs cs rs, sin soplo.

se ausculta disminución del murmullo vesicular, con estertores y roncus diseminados en ambos campos pulmonares.

r1r2 4f, precordio calmo, buen relleno capilar.

abdomen blando, depresible, se palpa hígado 4 cm pdrcd, tolera bien el aporte por sonda

sn: despierta, impresiona mirada desconjugada. pupilas isocóricas, normoreactivas.

recibe vancomicina + meropenem.

salio: hemograma, electrolitos, gases arteriales, bun, creatinina, rx de torax

2010/06/07 11:12

rx de torax 7 espacios intercostales, se observa tubo en buena posición, disminución de neumotorax, no hay neumotorax, neumonia residual

2010/06/07 16:27

paciente en cámara hood, conciente, con mirada fija por momentos, responde estímulos dolorosos.

mucosas húmedas, afebril, rosada, bien perfundida

tolerando vo. x sog. mas lev. fc: 130 x/min fr: 34/40 /min. spo2: 98%

persiste con edema generalizado, con tendencia a la disminución

torax simétrico. tubo de drenaje torácico en costado derecho, ciclando, con material sanguinolento, que drena atrampa rs cs rs. sin soplo.

se ausculta disminución del murmullo vesicular, con estertores y roncus diseminados en ambos campos pulmonares.

r1r2 4f, precordio calmo, buen relleno capilar.

abdomen blando, depresible, se palpa hígado 4 cm pdrcd, tolera bien el aporte por sonda

sn: despierta, pupilas isocóricas, normoreactivas.

recibe vancomicina + meropenem.

2010/06/07 22:23

paciente con dx anotados el cual continua con requerimientos ed o2 por cámara de hood. con mejoría del patrón respiratorio.

con disminución de los edemas, con gasto urinario normal, ha tolerado el aumento del aporte enteral.

no vomitos, continua con drenaje de material sanguinolento por tubo de torax, en menor cantidad

, conciente, con mirada fija por momentos, responde estímulos dolorosos.

mucosas húmedas, afebril, rosada, bien perfundida

.fc: 136 x/min fr: 45 x /min. spo2: 98%

2010/06/09 08:34

9

Interpretación de Resultados

Resultados

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No. RC 1048284126

Paciente: Yorley Pacheco Siibaja

Identificación: RC 1048284126

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD

Fecha Nac: 12/07/2008

Est. Civil: Edad: 3 años

Dirección: CALLE 16 Nº 1A - 120

Telefono: 320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO 36,5 °C
pH 7.491
Pco2 25,3 mmHg
PO2 141,5 mmHg

MEDIDO A 37 °C

PH 7.483
PCO2 25,9 mmHg
PO2 144.5 mmHg

DATOS CALCULADOS

HC03 act 19,0 mmol/L
Hc03 std 22,3 mmol/L
BE(efc) -4,5 mmol/L
BE(B) -2,7 mmol/L
CtC02 19,8 mmol/L

O2 SAT 99,0 %

Po2/fio2 3.61
Po2 (A - a) (T) 108,5 mmHg
Po2 (a/A) (T) 0.57

Interpretación

ACIDOSIS METABOLICA, SE SOLICITA CONTROL PARA CONFIRMAR RESULTADOS

Resultados

Potasio

3,77 mEq/L V. NORMAL: 3,5 - 5,3

Interpretación

NORMAL

Resultados

Calcio Ionico

1,23 mEq/L V. NORMAL:

Interpretación

NORMAL

Resultados

Nitrogeno Ureico [Bun]

44,1 mg/dl V. NORMAL: 4,67 - 23,3

Interpretación

ELEVADOS

Resultados

Creatinina En Suero, Orina U Otros

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

0,96 mg/dl V. NORMAL: 0,5 - 1,2

Interpretación

NORMAL

Resultados

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

ver anexo.

Interpretación

LEVE ANEMIA Y PLAQUETOPENIA 2RIO A SU PROCESO INFECCIOSO

Resultados

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO 36.5 °C
 pH 7.435
 Pco2 29,2 mmHg
 PO2 121,7 mmHg

MEDIDO A 37 °C

PH 7.429
 PCO2 29.7 mmHg
 P02 124.2 mmHg

DATOS CALCULADOS

HCO3 act 19,2 mmol/l
 Hc03 std 21,4 mmol/L
 BE(efc) -5,1 mmol/L
 BE(B) -3,7 mmol/L
 CtC02 20,1 mmol/l

O2 SAT 98.6%

Po2/fio2 3,10
 Po2 (A - a) (T) 123,5 mmHg
 Po2 (a/A) (T) 0,50

Interpretación

NORMALES

Resultados

Sodio

RESULTADO: 136 mEq / L V. NORMAL : 135 - 145

Interpretación

NORMAL

Resultados

Potasio

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

RESULTADO : 2,61 mEq / L V. NORMAL : 3,5 - 5,3

Interpretación

HIPOKALEMIA

Resultados

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

VER ANEXOS

Interpretación

ANEMIA CON DISMINUCION DE LEUCOCITOS

Resultados

Sodio

133 mEq/L V. NORMAL:

Interpretación

LEVE HIPONATREMIA

Resultados

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO A 37.0 °C

PH 7.448
PCO2 22,6 mmg
PO2 141,4 mmHg

MEDIDO A 37 °C

PH 7.448
PCO2 22,6 mmg
PO2 141,4 mmHg

DATOS CALCULADOS

HC03 act 15,3 mmol/l
Hc03 std 19,3 mmol/L
BE(efc) -8,7 mmol/L
BE(B) -6,4 mmol/L
CtC02 16,0 mmol/L

O2 SAT 99,0 %

Po2/fio2
Po2 (A - a) (T) mmHg
Po2 (a/A) (T)

Interpretación

COMPENSADOS

Resultados

Sodio

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

SODIO:
 RESULTADO: 138 mEq/L V. NORMAL: 135 - 145

Interpretación

NORMAL

Resultados

Potasio

POTASIO:
 RESULTADO: 2,20 mEq/L V. NORMAL: 3,5 - 5,3

Interpretación

HIPOKALEMIA

Resultados

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO A 37.0 °C

PH 7.466
 PCO2 24,0 mmg
 PO2 164,8 mmHg

MEDIDO A 37 °C

PH 7.466
 PCO2 24,0 mmg
 PO2 164,8 mmHg

DATOS CALCULADOS

HC03 act 16,9 mmol/l
 Hc03 std 20,7 mmol/L
 BE(efc) -6,8 mmol/L
 BE(B) -4,7 mmol/L
 CcCO2 17,6 mmol/L

O2 SAT 99,2 %

Po2/fio2
 Po2 (A - a) (T) mmHg
 Po2 (a/A) (T)

Interpretación

COMPENSADOS, HIPEROXIA

Resultados

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

VER ANEXOS..

Interpretación

ANEMIA POR PÉRDIDA SANGUINEA POR TUBO DE TORAX Y LEUCOSITOSIS POR SU PROCESO INFECCIOSO DE BASE.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Resultados

Sodio

SODIO:
RESULTADO: 137 mEq/L V. NORMAL: 135 - 145

Interpretación

NORMAL

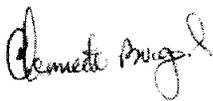
Resultados

Potasio

POTASIO:
RESULTADO: 2,99 mEq/L V. NORMAL: 3,5 - 5,3

Interpretación

HIPOKALEMIA



Clemente Borges Salazar
CC 8640456 T. Prof 725
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/08 09:51

Entorno: UCI Pediatria

pte. lactante menor en mal estado genral con dxs.:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural
3. 5to dia pop - toracotomia + decorticacion + cierre de fistula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria
6. insuficiencia renal
- 7- desnutricion

paciente delicada, en regular estado general, ligera palidez cutanea, tolerando el aporte enteral.

fc137-fr:30-sat 02:100%.afebril,hidratada.torax simetrico, con tubo de torax instalado, con drenaje de material serohematico.precordio calmo,rscrs sin soplos.disminucion de ruidos respiratorios en la base pulmonar derecha.abdomen distendido,timpanico, pero blando, con peristalsis positiva.sonda vesical a cistoflo.extremidades: llenado capilar de 4 sgs,edema gi de msis, balance hidrico en 24 horas: la:1.134cc-le: por diuresis=561cc/por pia=303cc-bh + 270cc/gu: 2,3cc -aporte enteral: 72 cc/kg/dia a/delicada pero estable.
p/completar esquema de antibioticos.



Aquileo Manotas Vizcaino
CC 8633222 T. Prof 2623
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/08 15:27

Entorno: UCI Pediatria

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

cc/kg/dia



Aquileo Manotas Vizcaino
CC 8633222 T. Prof 2623

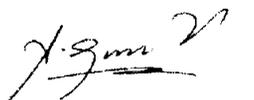
Médico(a) Especialista

Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/08 20:48

Entorno: UCI Pediatria

paciente conocida, no a vuelto a presentar vomitos. actualmente dormida, tranquila, hidratada. fr: 32-fc:127-sat o2: 100%- tirajes subcostales, rscsrs sin soplos, rales espiratorios en ambos pulmones, marcada disminucion de ruidos respiratorios en base derecho. tubo de torax oscilante, pero sin incremento en el volumen drenado en el pleurovac. glucometria: 84 mgs. gu: 0,9 cc
a/ estable hemodinamicamente, ligeramente oligurica.



Aquileo Manotas Vizcaino
CC 8633222 T. Prof 2623

Médico(a) Especialista

Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/09 14:41

Entorno: UCI Pediatria

pte. lactante menor en mal estado genral con dxs.:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural
3. pop - toracotomia + decorticacion + cierre de fistula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria
6. insuficiencia renal
- 7- desnutricion
- 8- shock hipovolemico + postreanimacion

paciente en cuna con camara de h. a 40% de fio2, poca salida de material x t.t.
y burbujas en regular cantidad en trampa
tolerando vo. x sog. mas lev.

con la.: 1074cc, e:665, bh:130, gu:2.6cc/h,

examen fisico: peso= 10.200 gm, subio 100g,

fc: 120 /min fr: 23 /min. spo2: 100% , pam: 86. temp: 37 °c.

persiste con edemas con ganancia del peso , hidratada

glucometria 100 mg/dl

normocefala. fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda

torax simetrico. tubo de drenaje toracico en costado derecho , oscilando, con material sanguinolento, que dreña atrampa

rs cs rs, sin soplo se ausculta disminucion del murmullo vesicular, con estertores y ronus.

abdomen: blando y depresible. peristalsis +.

extremidades: edema grado i.

sn: despierta, pero con mirada fija, respuesta pupilar a la luz, lenta , hipoactividad , respuesta a estímulos dolorosos.

continua tratamiento con vancomicina + meropenem.

llenado capilar 2 segs. palidez mucocutanea moderada

pronostico reservado.

plan , rx de torax

pendiente reportes de cultivo del liquido pleural

**FIEL COPIA DE
ORIGINAL**

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

las pupilas isocóricas, reactiva
se sigue con trampa de agua, t.t. mnb. atb.
la rx torax persiste la bula en parte inferior derecha

2010/06/09 20:12

paciente con dx anotados el cual continua con requerimientos ed o2 por camara de hood. con mejoría del patron respiratorio. con disminución de los edemas, con gasto urinario normal, ha tolerado el aumento del aporte enteral. no vomitos, continua con drenaje de material sanguinolento por tubo de torax, en menor cantidad, conciente, con mirada fija por momentos, responde estímulos dolorosos. mucosas húmedas, afebril, rosada, bien perfundida
fc: 126 x/min fr: 25 x/min. spo2: 100%
se sigue manejo a.t.b. y t.t. para drenaje de material mas burbujas



Alberto Lozada Mantilla
CC 7476788 T. Prof 1461

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/10 09:21

Entorno: UCI Pediátrica

dxs:

- 1- neumonía complicada
2. derrame pleural
3. pop - toracotomía + decorticación + cierre de fístula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria
6. insuficiencia renal
- 7- desnutrición
- 8- shock hipovolémico + postreanimación

paciente delicada, con cámara cefálica con fio2 40%. tolera aporte enteral indicado.
balance hídrico: la: 1137 cc, l e: 251cc. bh= +886cc (con pins: +600cc)
gasto urinario: 1.02 cc/kg/h

examen físico: peso= 10.2 kg
fc: 154 /min fr: 36 /min. spo2: 99%, ta: 123 /78 pam: 88. temp: 38,2 °c.

paciente delicada, con edema generalizado, hidratada.

glucometría 117 mg/dl

normocefala. fontanela anterior normotensa, mucosa oral húmeda

torax simétrico. tubo de drenaje torácico en costado derecho, con material sero-sanguinolento, que drena atrampa
rs cs rs, sin soplo se ausculta disminución del murmullo vesicular en base derecha, con estertores y roncus en ambos pulmones.

abdomen: distendido, depresible. con edema de pared. peristalsis +.

extremidades: edema grado ii.

sn: somnolencia, poca respuesta a estímulos.

llenado capilar 2 segs. palidez mucocutánea moderada

pronóstico reservado.

plan: rx de torax, hemograma, pcr, electrolitos, gasometría, función renal.

recibe vo: 105.9 cc/kg

atb's: vancomicina (17) + meropenem (9)

paciente febril. s/o dipirona.

2010/06/10 15:44

llega reporte de hemograma: 10. / 31.4 / 25.100 / 35 / 65

plaquetas: 130.000

pcr: 48

en otros reportes presenta hipokalemia, con azoados normales.
alcalosis en gasometría.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

comentado con coordinador de ucip. ordena correccion de potasio y agregar ion k a cada toma de fla. se reajusta dosis de vancomicina, por mejoría de los azoados.

Interpretación de Resultados

Resultados

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfología Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

VER ANEXOS....

Interpretación

ANEMIA CON LEUCOCITOSIS MARCADA. PREDOMINIO LINFOCITARIO.

Resultados

Sodio

SODIO:
RESULTADO: 140 mEq/L V. NORMAL: 135 -145

Interpretación

NORMAL

Resultados

Potasio

POTASIO:
RESULTADO: 2,50 mEq/L V. NORMAL: 3,5 - 5,3

Interpretación

DISMINUIDO

Resultados

Nitrogeno Ureico [Bun]

BUN:
RESULTADO: 21 mg/dl V. NORMAL: 4,67 - 23,3

Interpretación

NORMAL ALTO

Resultados

Creatinina En Suero, Orina U Otros

CREATININA:
RESULTADO: 1,0 mg/dl V. NORMAL: 0,5 - 1,2

Interpretación

NORMAL

Resultados

Proteina C Reactiva, Prueba Semicuantitativa

PCR:
RESULTADO: 48 UI/ML V. NORMAL: ES NEGATIVA MENOR DE 6 UI/ML

Interpretación

ELEVADO. PACIENTE CUBIERTO CON ATBS.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Resultados

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO 36.5°C
 pH 7.512
 Pco2 34.7 mmHg
 PO2 170.6 mmHg

MEDIDO A 37 °C

pH 7.512
 Pco2 34.7 mmHg
 PO2 170.6 mmHg

DATOS CALCULADOS

HCO3 act 27.1 mmol/L
 Hc03 std 28.5 mmol/L
 BE(efc) 4.1 mmol/L
 BE(B) 4.4 mmol/L
 CtCO2 28.2 mmol/L

O2 SAT 99.3 %

Po2/fio2
 Po2 (A - a) (T) mmHg
 Po2 (a/A) (T)

Interpretación

ALCALOSIS


 Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/10 17:36

Entorno: UCI Pediatrica

rx dev torax: atrapamiento de aire (9 eic)
 neumotorax residual base derecha.
 radioopacidad en 1/3 medio de pulmon derecho.
 mediastino levemente desviado a la izquierda.

2010/06/10 23:11

paciente delicada, con camara cefalica con fio2 40%. tolera aporte enteral indicado.

diuresis +
examen fisico:

fc: 144 /min fr: 38 /min. spo2: 99%.

paciente delicada, con edema generalizado , hidratada. mucosa oral humeda

torax simetrico. tubo de drenaje toracico en costado derecho , con material sero-sanguinolento, escaso, que drena a trampa
 rs cs rs, sin soplo se ausculta disminucion del murmullo vesicular en base derecha, con estertores y roncus en ambos pulmones.

abdomen: distendido, depresible. con edema de pared. peristalsis +.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja	
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD	
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años	
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo: Femenino

Evolución Médica

extremidades: edema grado ii.
 sn: somnolencia.
 llenado capilar 2 segs. palidez mucocutanea moderada
 pronostico reservado.

reporte de p de orina sugiere ivu, se ordena urocultivo y koh en orina.

Interpretación de Resultados

Resultados

Examen Directo Para Hongos [Koh]

RESULTADO

KOH EN ORINA : POSITIVO

Interpretación

PRESENCIA DE HONGOS EN ORINA, SE TOMARA CONDUCTA.

Resultados

Uroanálisis Con Sedimento Y Densidad Urinaria

UROANALISIS

EXAMEN FISICO QUÍMICO

COLOR.....AMARILLO
 ASPECTO TURBIO ++
 PH.....6,5
 DENSIDAD1015
 PROTEINAS..... 30 mg/dl
 GLUCOSA..... NEGATIVO
 BILIRRUBINAS..... NEGATIVO
 CETONAS..... NEGATIVO
 UROBILINOGENO..... NEGATIVO
 SANGRE..... NEGATIVO
 NITRITOS.....NEGATIVO
 LEUCOCITOS NEGATIVO

EXAMEN MICROSCOPICO

CELULAS EPITELIALES +
 MOCO ++
 BACTERIAS++
 LEUCOCITOS 12 - 15 / CAMPO
 HEMATIES 0 - 2 / CAMPO
 CRISTALES..... NO
 CILINDROS GRANULOSOS..... 2 - 4/CAMPO
 PSEUDOMICELIOS..... ++
 LEVADURAS EN GEMACION..... ++

Interpretación

LEUCOCITURIA MODERADA.. SE ORDENA UROCULTIVO.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/11 06:23 **Entorno:** UCI Pediatrica

koh en orina es positivo. se comenta con coordinador de ucip.
 se inicia fluconazol a 6 mg/k cada 24 hs.

Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/11 08:03 **Entorno:** UCI Pediatrica

dxs.:
 1- neumonia complicada
 2. derrame pleural
 3. pop - toracotomia + decorticacion + cierre de fistula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.
 4. anemia transfundida
 5. falla respiratoria
 6. insuficiencia renal
 7- desnutricion
 8- shock hipovolemico + postreanimacion
 paciente delicada, con camara cefalica con fio2 40%. tolera aporte enteral indicado.

balance hidrico: Ia.:1264 cc,Ie: 457 cc. bh= +801 cc (con pins: + 507 cc)
 gasto urinario: 1.9 cc/k/h

examen fisico: peso= 10.2 kg
 fc: 133 /min fr: 36 /min. spo2: 99% , ta: 112/78 temp: 38,2 °c.
 paciente delicada, con disminucion edema generalizado , hidratada.con palidez cutanea
 glucometria 95 mg/dl
 normocefala fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda
 torax simetrico. tubo de drenaje toracico en costado derecho , con material sero-sanguinolento, que drena atrampa
 rs cs rs, sin soplo se ausculta disminucion del murmullo vesicular en base derecha, con estertores y roncus en ambos pulmones.
 abdomen: , depresible. con edema de pared. peristalsis +.
 extremidades: edema grado ii.
 sn: dormida, poca respuesta a estimulos. continua con mirada fija por momentos, pupilas isocorica normoreactivas
 llenado capilar 2 segs. palidez mucocutanea moderada
 pronostico reservado.
 plan: , electrolitos
 recibe vo: 105.9 cc/kg
 atb's: vancomicina + meropenem
 paciente febril. s/o dipirona.

2010/06/11 18:46

paciente con dx anotados el cual continua con requerimientos ed o2 por camara de hood. con mejoría del patron respiratorio.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

con disminución de los edemas , con gasto urinario normal, ha tolerado el aumento del aporte enteral. no vomitos, continua con drenaje de material sanguinolento por tubo de torax, en menor cantidad , conciente , con mirada fija por momentos , responde estímulos dolorosos. mucosas húmedas, afebril, rosada , bien perfundida
 fc: 136 x /min fr: 45 x /min. spo2: 98%
 rx control con mejoría radiológica, imagen compatible con bula en regio basal derecha

Interpretación de Resultados

Interpretación

normal

Interpretación

leve hipokalemia

Resultados

Sodio

SODIO:
 RESULTADO: 139 mEq/L V. NORMAL: 135 - 145

Interpretación

NORMAL

Resultados

Potasio

POTASIO:
 RESULTADO: 3,22 mEq/L V. NORMAL: 3,5 - 5,3

Interpretación

LEVE HIPOKALEMIA



Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/11 20:06

Entorno: UCI Pediatría

dxs.:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural
3. pop - toracotomia + decorticacion + cierre de fistula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria
6. insuficiencia renal
- 7- desnutricion

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

8- shock hipovolemico + postreanimacion
paciente delicada, con camara cefalica con fio2 40%. tolera aporte enteral indicado.
gasto urinario: 2 cc/k/h

examen fisico:

fc: 142 /min fr: 40 /min. spo2: 98% , ta: 108/72 temp: 37 °c.

paciente delicada, con disminucion edema generalizado , hidratada.con palidez cutanea

normocefala.fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda

torax simetrico. tubo de drenaje toracico en costado derecho , con material sero-sanguinolento, que drena atrampa
rs cs rs, sin soplo se ausculta disminucion del murmullo vesicular en base derecha, con estertores y roncus en ambos pulmones.

abdomen: , depresible. con edema de pared. peristalsis +.

extremidades: edema grado ii.

sn: dormida, poca respuesta a estímulos. continua con mirada fija por momentos, pupilas isocorica normoreactivas

llenado capilar 2 segs. palidez mucocutanea moderada

pronostico reservado.

continua igual manejo

Luis Fuentes Granados

CC 88253963 T. Prof 2296

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/12 09:06

Entorno: UCI Pediatría

pte. lactante menor en mal estado genral con dxs.:

1- neumonia complicada

2. derrame pleural

3. pop - toracotomia + decorticacion + cierre de fistula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.

4. anemia transfundida

5. falla respiratoria

6. insuficiencia renal

7- desnutricion

8- shock hipovolemico + postreanimacion

paciente en cuna con camara de h. a 40% de fio2 , poca salida de material x t.t.

tolerando vo. sin sog

con la.:1350cc, e:1337, bh:-152, gu:5.5cc/h,

examen fisico: peso= 9820 gm, bajo 180gr,

fc: 124 /min fr: 21 /min. spo2: 100% , pam: 84. temp: 37 °c.

persiste con edemas con perdida de peso , hidratada

glucometria 86 mg/dl

normocefala.fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda

torax simetrico. tubo de drenaje toracico en costado derecho , oscilando, con material sanguinolento, que drena atrampa
rs cs rs, sin soplo se ausculta disminucion del murmullo vesicular, con estertores y roncus.

abdomen: blando y depresible. peristalsis +.

extremidades: edema grado i.

sn: despierta,pero con mirada fija, respuesta pupilar a la luz, lenta , hipoactividad , respuesta a estímulos dolorosos.

continua tratamiento con vancomicina + meropenem.

llenado capilar 2 segs. palidez mucocutanea moderada

pronostico reservado.

plan , rx de torax

pendiente reportes de cultivo del liquido pleural

las pupilas isocoricas ,reactiva

se sigue con trampa de agua ,t.t mnb. atb.

la rx torax persiste la bula en parte inferior derecha

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

pte. a perdido peso y tiene la diuresis aumentada ,recibe furosemida se piensa espaciar dosis o bajar y seguir con atb, no sea podido tomar retrocultivo.

2010/06/12 22:00

paciente con dx anotados el cual continua con requerimientos ed o2 por camara de hood. con mejoría del patron respiratorio. con disminución de los edemas , con gasto urinario normal,ha tolerado el aumento del aporte enteral. no vomitos, continua con drenaje de material sanguinolento por tubo de torax, en menor cantidad , conciente . con mirada fija por momentos , responde estímulos dolorosos. mucosas húmedas, afebril, rosada , bien perfundida .fc: 141 x /min fr: 23 x /min. spo2: 100% se sigue manejo a.t.b. y t.t. muestra en el rx. persistencia de bula de base pulmonar derecha

2010/06/12 23:00

ok

Interpretación de Resultados

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

HEMOCULTIVO

RESULTADO NEGATIVO A LAS 24 HORAS DE INCUBACION

FECHA DE TOMA DE MUESTRA JUNIO 10-2010

FECHA DE INFORME JUNIO 11-2010

Interpretación

SE ESPERA REPORTER DE 48 Y 72 H , SE SIGUIRA MANEJO CON ATB,


Alberto Lozada Mantilla
CC 7476788 T. Prof 1461

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/13 12:04

Entorno: UCI Pediatría

pte. en mal estado genral con dxs.:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural
3. pop - toracotomia + decorticacion + cierre de fistula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria
6. insuficiencia renal
- 7- desnutricion
- 8- shock hipovolemico + postreanimacion

paciente en cuna con camara de h. a 40% de fio2 , sin ciclar contenido serosanguinolento por tubo de drenaje pleural. tolerando vo. sin sog

balance hidrico en 24 hrs

i. 1160 cc e. 586 cc

examen fisico: peso= 9800 gm, bajo 20 gr.

fc: 120 /min spo2: 99% ,

disminucion de edemas, con pérdida de peso , hidratada

normocefala. fontanela anterior normotensa, mucosa oral húmeda

torax simetrico. se ausculta mala entrada de aire en campo pulmonar derecho

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

rs cs rs, sin soplo

abdomen: tenso, se palpa hepatomegalia 6 cm pdrcd, se palpa bazo 4 cm pdrci.

solicito eco de abdomen, se posterga ingesta por 1 hr. realizó dos deposiciones.

extremidades: edema grado i.

sn: despierta, pero con mirada fija, respuesta pupilar a la luz, lenta, hipoactividad, respuesta a estímulos dolorosos.

continúa tratamiento con vancomicina + meropenem.

llenado capilar 2 segs. palidez mucocutánea moderada

pronóstico reservado.



Luis Galindo Gutierrez
CC 8667500 T. Prof 1212

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/13 22:39

Entorno: UCI Pediátrica

paciente clínicamente estable, en cámara hood, tolerando aporte enteral por sng.

normotérmica, continúa con sensorio deprimido, sat o2 99%, fc 103/min

se palpa hepatoesplenomegalia. buen ritmo diurético.

se mantiene esquema de manejo.



Luis Galindo Gutierrez
CC 8667500 T. Prof 1212

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/14 08:31

Entorno: UCI Pediátrica

pte. en mal estado general con dxs.:

1- neumonía complicada

2. derrame pleural

3. pop - toracotomía + decorticación + cierre de fístula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.

4. anemia transfundida

5. falla respiratoria

6. insuficiencia renal

7- desnutrición

8- shock hipovolémico + postreanimación

paciente en cuna con cámara de h. a 40% de fio2, sin ciclar contenido serosanguinolento por tubo de drenaje pleural.

tolerando vo. sin sog

balance hídrico en 24 hrs

i. 1175 cc e. 568 cc pi 294

bh +313 cc

glucometría 109 mg

examen físico: peso= 9750 gm, bajo 50 gr,

fc: 130 /min spo2: 99%,

disminución de edemas, con pérdida de peso, hidratada, despierta, con mirada fija por momentos.

se encuentra en posición flácida

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

normocefala. fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda
 torax simetrico. se ausculta mala entrada de aire en campo pulmonar derecho
 rs cs rs, sin soplo
 abdomen: tenso, se palpa hepatomegalia 6 cm pdrcd, se palpa bazo 4 cm pdrci.
 solicito eco de abdomen, se posterga ingesta por 1 hr. realizó dos deposiciones.
 extremidades: edema grado i.
 sn: despierta, pero con mirada fija, respuesta pupilar a la luz, lenta, hipoactividad, respuesta a estímulos dolorosos.
 continua tratamiento con vancomicina + meropenem.
 llenado capilar 2 segs. palidez mucocutanea moderada
 pronostico reservado.

2010/06/14 22:11

paciente con dx anotados
 fc: 143 /min fr: 44 /min. spo2: 99%, ta: 112/78 temp: 36,2 °c.
 paciente delicada, con disminucion edema generalizado, hidratada con palidez cutanea
 glucometria 90 mg/dl
 normocefala. fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda
 torax simetrico. tubo de drenaje toracico en costado derecho, con material sero-sanguinolento escaso, que drena atrampa
 rs cs rs, sin soplo se ausculta disminucion del murmullo vesicular en base derecha, con estertores y roncus en ambos pulmones.
 abdomen: depresible. con edema de pared. peristalsis +.
 extremidades: no edemas
 sn: dormida, poca respuesta a estímulos. continua con mirada fija por momentos, pupilas isocorica normoreactivas
 llenado capilar 2 segs. palidez mucocutanea moderada
 pronostico reservado.
 plan:
 recibe vo: 105.9 cc/kg
 atb's: vancomicina + meropenem + fluconazol

Interpretación de Resultados

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

HEMOCULTIVO

RESULTADO : NEGATIVO A LOS 3 DIAS DE INCUBACION

FECHA DE INGRESO : JUNIO - 10 - 2010

FECHA DE INFORME : JUNIO 13 - 2010

Interpretación

NEGATIVO

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

HEMOCULTIVO X 1

RESULTADO : NEGATIVOS A LOS 4 DIAS DE INCUBACION.

F. INGRESO : JUNIO 10 -10

F. REPORTE : JUNIO 14-10

Interpretación

NEGATIVO

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

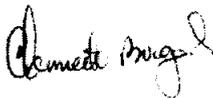
Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica



Clemente Borges Salazar
CC 8640456 T. Prof 725
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/15 09:24

Entorno: UCI Pediatrica

pte. en mal estado genral con dxs.:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural
3. pop - toracotomia + decorticacion + cierre de fistula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria
6. insuficiencia renal
- 7- desnutricion
- 8- shock hipovolemico + postreanimacion

paciente en cuna con camara de h. a 40% de fio2, sin ciclar contenido serosanguinolento por tubo de drenaje pleural. tolerando vo. con sog.

despierta, llanto debil, fc: 167- fr: 36-sato2: 99% -ta: 108/65-tam: 75. mirada algo fija.

torax simetrico, con tubo de torax derecho instalado, leves tirajes intercostales inferiores, respiracion ruidosa, precordio calmo. rscrs sin soplos, taquicardicos. rales inspiratorios escasos, ligera disminucion de ruidos respiratorios en base derecha. abdomen, algo distendido pero depresible, peristalis +, hepatomegalia de 2 traveses de dedo pdr. llenado capilar de 3 segundos.

neurologico: tendencia a la hipotonia, llanto debil. rot disminuidos.

balaance hidrico: la: 1265,6-lex diuresis: 734 cc+ pia: 290 cc- bh+ 241,6 cc- gu: 3,1 cc-

a/delicadaa, estable hemodinaamicamente, con afeccion neurologica.

se valora con dr balza y se solicitan paraclinicos de control, con rx de torax, para definir suspension de atbs y retiro te tubo de torax. cultivo de liquido pleural negativo.



Aquileo Manotas Vizcaino
CC 8633222 T. Prof 2623
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/15 15:43

Entorno: UCI Pediatrica

paciente conocida, afebril, irritable, con mejoría del patron respiratorio, fc: 160-fr: 38-satO2: 96%. rscrs sin soplos, rsrs con rales inspiratorios en bases. rx de torax: tubo de torax en pulmon derecho, silueta cardiaca de tamaño y forma normal. bula en base de pulmon derecho. con disminucion del volumen del mismo, borramiento de los angulos. pendiente reporter de paraclinicos



Aquileo Manotas Vizcaino
CC 8633222 T. Prof 2623
Médico(a) Especialista
Pediatria

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Fec-Hora: 2010/06/15 20:30 **Entorno:** UCI Pediátrica

se suspende potasio oral.gasto urinario 2,2 cc por hora.se siguen antibioticos, por criterios de infeccion en los paraclinicos.

2010/06/15 21:45

reporter de sodio,pruebas de funcion renal dentro de limites normales. potasio elevado.pcr elevado y hemograma con leucocitosis y ligera desviacion a la izquierda.

Interpretación de Resultados

Resultados

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos,Indices Eritrocitarios,Leucograma, Recuento De Plaquetas,Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

VER ANEXOS....

Interpretación

HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS,LIGEROPREDOMINIO DE SEGMENTADOS,Y DISMINUCION DE LA HEMOGLOBINA

Resultados

Creatinina En Suero, Orina U Otros

CREATININA:

RESULTADO: 0,64 mg/dl

V. NORMAL: 0,5 - 1,2

Interpretación

CREATININA Y BUN NORMALES,POTASIO LIGERAMENTE ELEVADDO POR HEMOLISIS DE LA MUESTRA,SODIO NORMAL,PCR ELEVADA,HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS.


Aquileo Manotas Vizcaino

CC 8633222 T. Prof 2623

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/16 11:01 **Entorno:** UCI Pediátrica

pte. lactante menor en mal estado genral con dxs.:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural
3. pop - toracotomia + decorticacion + cierre de fistula bronco pleural + coloc. de tubo de torax.
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria
6. insuficiencia renal
- 7- desnutricion
- 8- shock hipovolemico + postreanimacion

paciente en cuna con camara de h. a 40% de fio2 , poca salida de material x t.t.

tolerando vo. sin sog

con la.:1312cc, e:570, bh:567, gu:2.4cc/h,

examen fisico: peso= 9790 gm, bajo 190gr,

fc: 122 /min fr: 21 /min. spo2: 100% , pam: 81. temp: 37 °c.

persiste con edemas con perdida de peso , hidratada

glucometria 89 mg/dl

normocefala.fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda

torax simetrico. tubo de drenaje toracico en costado derecho , escaso material sanguinolento, que drena atrampa

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja	
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD	
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años	
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo: Femenino

Evolución Médica

rs cs rs, sin soplo se ausculta disminucion del murmullo vesicular, con estertores y roncus.
 abdomen: blando y depresible. peristalsis +.
 extremidades: edema grado i.
 sn: despierta, pero con mirada fija, respuesta pupilar a la luz, lenta, hipoactividad, respuesta a estímulos dolorosos.
 continua tratamiento con vancomicina + meropenem.
 llenado capilar 2 segs. palidez mucocutanea moderada
 plan, rx de torax
 las pupilas isocóricas, reactiva
 se hará extracción de t.t. por franca mejoría.
 la rx torax persiste la bula en parte inferior derecha
 se suspende fufosemida
 y seguir con atb, .

2010/06/16 15:09

se retira t.t. con todas las medidas del caso, tolerando el procedimiento
 fr:22, fc:109. t. 36.5 buena entrada de aire en bases de torax, pte, tranquila
 sin dificultad rep. se observara pte. reps. y manejo a.t.b.

2010/06/16 22:24

pte. estable hemodinamica/te, con fc:105 fr:23, t:36.5 se
 ausculta entrada de aire en bases pulmonares, escasos
 roncus, tolerando vo, sin dificultad resp. buena expansión pulmonar
 se sigue manejo igual

Interpretación de Resultados

Resultados

Antígeno Bacteriano en L.C.R, Sangre u otra muestra, prueba directa (polivalente para Meningitis)

PASTEUR
 LABORATORIOS CLINICOS DE COLOMBIA S.A.

ANTIGENOS BACTERIANOS
 Muestra : LIQUIDO PLEURAL
 Streptococcus Pneumoniae Negativo
 Hemophilus Influenza tipo b Negativo
 Streptococcus grupo B Negativo
 N. Meningitidis grupo ACY o M135 Negativo
 N. Meningitidis B/E. coli K1 Negativo

Interpretación

NEGATIVO PARA AISLAMIENTO BACTERIANO

Resultados

Proteína C Reactiva, Prueba Semicuantitativa

PCR:
 RESULTADO: 24 UI/ML V. NORMAL: ES NEGATIVA MENOR DE 6 UI/ML

Interpretación

VALORES ALTOS

Resultados

Cultivo Para Microorganismos Anaerobios De Cualquier Muestra Diferente A Medula Osea

PASTEUR
 LABORATORIOS CLINICOS DE COLOMBIA S.A.

Apellidos : PACHECO SIBAJA Fecha de Ingreso : 27/05/2010
 Nombres : YORLEY 1048284126-686821 Fecha de Entrega : 01/06/2010

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Edad : Entregar en : 16
 Sexo : F ID : PRINCIPAL BQLLA Sede : CRA 50 NO. 79 - 172
 Medico : San Rafael Clinica Pagina No : 1/1
 RESULTADOS UNIDADES VALORES DE
 REFERENCIA
 MICROBIOLOGIA
 CULTIVO Y ATB DE LIQUIDOS CORP
 Muestra : LIQUIDO PLEURAL
 ANALISIS CITOLOGICO
 R. de Leucocitos Incontables mmc
 R. de Hematies 4-6/campo mmc
 Bacterias Escasos
 Levaduras Ausentes
 EX. POR COLORACION (GRAM)
 Respuesta Leucocitaria Abundante
 CULTIVO - GERMEN(ES) AISLADO(S)
 ANTIBIOGRAMA
 Comentarios AL REALIZAR LA LECTURA DE LA COLORACION DE GRAM NO SE
 OBSERVARON MICROORGANISMOS.
 EN MEDIOS SELECTIVOS Y PERIODOS DE INCUBACION ESTABLECIDOS
 SEGUN EL CASO, NO SE AISLARON GERMENES.

Interpretación

NO SE AISLARON GERMENES

Resultados

Nitrogeno Ureico [Bun]

BUN:
 RESULTADO: 9,8 mg/dl V. NORMAL: 4,67 - 23,3

Interpretación

NORMAL

Resultados

Sodio

SODIO:
 RESULTADO: 133 mEq/L V. NORMAL: 135 - 145

Interpretación

NORMAL

Resultados

Potasio

POTASIO:
 RESULTADO: 6,5 mEq/L V. NORMAL: 3,5 - 5,3

NOTA: SE SUGIERE MUESTRA PARA CONFIRMAR POTASIO, LIGERAMENTE HEMOLIZADA.

Interpretación

ALTO , VERIFICAR TOMA DE MUESTRA

Resultados

Tiempo De Protrombina [Pt]

PT:
 RESULTADO: 16.6 SEG CONTROL: 13,1 SEG

**FIEL COPIA DE SU
ORIGINAL**

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja	
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD	
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3	años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo: Femenino

Evolución Médica

Interpretación

NORMAL

Resultados

Tiempo De Tromboplastina Parcial [Ptt]

PTT:

RESULTADO: 34.4 SEG CONTROL: 31,0 SEG

Interpretación

NORMAL

Resultados

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

IMPRESO EN MEDIO FISICO

Interpretación

REPORTE CON ANEMIA Y LEUCOCITOSIS

Resultados

Extendido De Sangre Periferica, Estudio De Morfologia

Interpretación

NORMAL

Resultados

Adenosín deaminasa [ada] *

PASTEUR

LABORATORIOS CLINICOS DE COLOMBIA S.A.

INMUNOLOGIA

ADENOSIN DEAMINASA 129.4 U/L SUERO: HASTA 17 U/L

L. ASCITICO: HASTA 36 U/L

L.C.R.: HASTA 5 U/L

L. PERICARDIO: HASTA 90 U/L

L. PLEURAL: HASTA 32 U/L

Interpretación

ELEVADA

Resultados

Cultivo Para Microorganismos Anaerobios De Cualquier Muestra Diferente A Medula Osea

VER ANEXOS.....,

Interpretación

TEST DE ADA POSITIVO, SE SUGIERE CULTIVO DE BK

Resultados

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

RESULTADO IMPRESO EN MEDIO FISICO.

Interpretación

LEUCOCITOSIS

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

RESULTADO : NEGATIVO A LAS 24 HORAS DE INCUBACION.

F.INGRESO : 15-06-010
F.REPORTE : 16-06-010

Interpretación

HASTA AHORA NO HAY INFECCION EN SANGRE

Alberto Lozada Mantilla
CC 7476788 T. Prof 1461
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/17 09:25

Entorno: UCI Pediatria

dxs.:

- 1- neumonia complicada
 - 2. derrame pleural (en resolucion)
 - 3. post retiro de tubo de torax
 - 4. anemia transfundida
 - 5. falla respiratoria (r)
 - 6. insuficiencia renal (r)
 - 7- desnutricion
 - 8- shock hipovolemico + postreanimacion
- paciente delicada, con oxigenacion por canula nasal. tolera aporte enteral indicado.
balance hidrico: Ia.: 1293 cc, Ie: 518 cc. bh= +775cc (con pins: + 475 cc)
gasto urinario: 2.15 cc/k/h

examen fisico: peso= 10 kg
fc: 124 /min fr: 29 /min. spo2: 99% , temp: 36,2 °c.

normocefala. fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda
torax simetrico. vendaje en costado derecho, donde se retiró tubo de drenaje toracico.
rs cs rs. sin soplo se ausculta disminucion del murmullo vesicular en base derecha; tiempo espiratori corto, con roncus en ambos pulmones.
abdomen: distendido, depresible. peristalsis +.
extremidades: edema grado i.
sn: alerta, hipoactiva. hipertono muscular en los 4 miembros.
llenado capilar 2 segs. palidez mucocutanea moderada

plan: seguir manejo indicado
recibe vo: 120 cc/kg
atb's: vancomicina (24) + meropenem (16) fluconazol (6)

2010/06/17 10:35

rx de torax: volumen pulmonar disminuido en lado derecho
radio-opacidad 2/3 inferiores pulmon derecho.
bullas intratoracicas en base derecha.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

valorada en ronda medica con coordinador de ucip. ordena suspender vancomicina y meropenem, pues ya completó el tiempo de atb/terapia.

Interpretación de Resultados

Resultados

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO A 37.0 °C

PH 7.483
PCO2 27,0 mmHg
PO2 83,1 mmHg

MEDIDO A 37 °C

PH 7.483
PCO2 27,0 mmHg
PO2 83,1 mmHg

DATOS CALCULADOS

HC03 act 19,8 mmol/L
Hc03 std 22,8 mmol/l
BE(efc) -3,6 mmol/L
BE(B) -2,0 mmol/l
CtC02 20,6 mmol/L

O2 SAT 97,0 %

Po2/fio2
Po2 (A - a) (T) mmHg
Po2 (a/A) (T)

Interpretación

NORMAL

Resultados

Sodio

RESULTADO

SODIO : 138 mEq/L V,NORMAL : 135 - 145

Interpretación

NORMAL

Resultados

Urocultivo [Antibiograma Mic Automatico] (112)

PASTEUR
LABORATORIOS CLINICOS DE COLOMBIA S.A.

Apellidos : PACHECO SIBAJA
Nombres : YORLEY 104828412-705954
Edad : Entregar en : 16
Sexo : F ID : PRINCIPAL BQLLA Sede : CRA 50 NO. 79 - 172
Medico : San Rafael Clinica Pagina No : 1/1

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

RESULTADOS UNIDADES VALORES DE REFERENCIA

MICROBIOLOGÍA
 CULTIVO DE ORINA CON ATB
 EX. EN FRESCO
 EX. POR COLORACION (GRAM)
 Germen1 Candida albicans
 Recuento de Colonias 70000 UFC/ml
 ANTIBIOGRAMA

Nota : La interpretación de los exámenes de laboratorio corresponde exclusivamente al médico.
 ESTE EXAMEN HA SIDO REVISADO Y FIRMADO ELECTRONICA M E N T E . Licencia No.0153 - Dasalud

Interpretación

ANORMAL. SE COMENTARÁ MANEJO CON ANTIMICOTICO EN RONDA.

Resultados

Potasio

RESULTADO

POTASIO : 3,70 mEq/L V,NORMAL : 3,5 - 5,3

Interpretación

NORMAL

Resultados

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos,Indices Eritrocitarios,Leucograma, Recuento De Plaquetas,Indices Plaquetarios Y Morfología Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

VER ANEXOS

Interpretación

ANEMIA CON LEUCOCITOSIS Y LEVE PREDOMINIO PMN.

Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/17 15:43

Entorno: UCI Pediatría

examen fisico:

fc: 104 /min fr: 39 /min. spo2: 99% , temp: 36,5 °c.
 normocefala fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda
 torax simetrico. vendaje en costado derecho, donde se retiró tubo de drenaje toracico. no sangrado.
 rs cs rs, sin soplo se ausculta disminucion del murmullo vesicular en base derecha y roncus en ambos pulmones.
 abdomen: distendido, depresible. peristalsis +.
 extremidades: edema grado i.
 sn: alerta, hipoactiva. hipertonia muscular de los 4 miembros.
 llenado capilar 2 segs. palidez mucocutanea.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica



Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/17 20:38

Entorno: UCI Pediatría

curso afebril. tolera aporte enteral. diuresis normal.
 examen físico:
 fc: 110 /min fr: 38 /min. spo2: 99% , temp: 36,54°C.
 fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda
 torax simétrico. vendaje en costado derecho. no sangrado.
 rs cs rs, sin soplo. se ausculta disminución del murmullo vesicular en base derecha y roncus en ambos pulmones.
 abdomen: distendido, depresible. peristalsis +.
 extremidades: edema grado i.
 sn: alerta, hipoactiva. hipertonia muscular de los 4 miembros.
 llenado capilar 2 segs. palidez mucocutánea.
 plan: seguir manejo indicado.



Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/18 09:22

Entorno: UCI Pediatría

dxs.:
 1- neumonia complicada
 2. derrame pleural (en resolución)
 3. post retiro de tubo de torax
 4. anemia transfundida
 5. falla respiratoria (r)
 6. insuficiencia renal (r)
 7- desnutricion
 8- shock hipovolemico + postreanimacion
 paciente delicada, con oxigenacion por canula nasal. tolera aporte enteral indicado.

balance hidrico: la.: 1262 cc ,le: 518 cc. bh= +681 cc (con pins: + 475 cc)
 gasto urinario: 2.4 cc/k/h

examen físico: peso= 10 kg
 fc: 134 /min fr: 30 /min. spo2: 99% , temp: 36,2 °c.

normocefala. fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda
 torax simétrico. vendaje en costado derecho, donde se retiró tubo de drenaje toracico.
 rs cs rs, sin soplo. se ausculta disminución del murmullo vesicular en base derecha; tiempo espiratorio corto, con roncus en ambos pulmones.
 abdomen: distendido, depresible. peristalsis +.
 extremidades: edema grado i.
 sn: alerta, hipoactiva. hipertono muscular en los 4 miembros. responde a estímulos dolorosos , permanece con mirada fija por momentos , llanto fuerte
 llenado capilar 2 segs. palidez mucocutánea moderada

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

plan: seguir manejo indicado en piso
 recibe vo: 120 cc/kg
 fluconazol (7)

Interpretación de Resultados

Resultados

Cultivo Para Microorganismos Anaerobios De Cualquier Muestra Diferente A Medula Osea

PASTEUR
 LABORATORIOS CLINICOS DE COLOMBIA S.A.

Apellidos : PACHECO SIBAJA Fecha de Ingreso : 16/06/2010
 Nombres : YORLEY 104828412-906800 Fecha de Entrega : 18/06/2010
 Edad : Entregar en : 16

Sexo : F ID : PRINCIPAL BQLLA Sede : CRA 50 NO. 79 - 172

Medico : San Rafael Clínica Pagina No : 1/1

RESULTADOS UNIDADES VALORES DE

REFERENCIA

MICROBIOLOGIA

CULTIVO Y ATB DE DIVERSAS MUES

Muestra : PUNTA DE CATETER

EX. EN FRESCO

EX. POR COLORACION (GRAM)

CULTIVO - GERMEN(ES) AISLADO(S) En medios selectivos y períodos de incubación establecidos, según el caso, no se

aislaron

germenes patógenos.

ANTIBIOGRAMA

Nota : La interpretación de los exámenes de laboratorio corresponde exclusivamente al médico.

ESTE EXAMEN HA SIDO REVISADO Y FIRMADO ELECTRONICA M E N T E . Licencia No.0153 - Dasalud

Interpretación

NEGATIVO

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

RESULTADO : NEGATIVO A LAS 48 HORAS DE INCUBACION.

F.INGRESO : 15-06-010

F.REPORTE : 17-06-010

Interpretación

NEGATIVO

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

RESULTADO : NEGATIVO A LAS 72 HORAS DE INCUBACION.

F.INGRESO : 15-06-010

F.REPORTE : 18-06-010

Interpretación

NEGATIVO A LAS 72 HORAS

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

FIEL COPIA DE SU
 ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

HEMOCULTIVO POR UNO

RESULTADO: NEGATIVO A LOS 4 DIAS DE INCUBACION.

FECHA DE TOMA DE MUESTRA: JUNIO 15/10

FECHA DE INFORME: JUNIO 19/10

Interpretación

NEGATIVO

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

HEMOCULTIVO POR 1

RESULTADO: NEGATIVO A LOS 5 DIAS DE INCUBACION.

FECHA DE INGRESO: JUNIO 15/2,010

FECHA DE INFORME: JUNIO 20/2,010

Interpretación

NEGATIVO

Clemente Borges Salazar

CC 8640456 T. Prof 725

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/19 12:47

Entorno: UCI Pediatría

dxs.:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural (en resolucion)
3. post retiro de tubo de torax
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria (r)
6. insuficiencia renal (r)
- 7- desnutricion

8- shock hipovolemico + postreanimacion

paciente delicada, con oxigenacion por canula nasal. tolera aporte enteral indicado.

balance hidrico: la.: 651 cc, l.e: 176 cc. bh= +476 cc (con pins: + 275 cc)

gasto urinario: 2.0 cc/k/h

examen fisico: peso= 10,5 kg

fc: 125 /min fr: 26 /min. spo2: 100% , temp: 36,5 °c.

normocefala. fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda

torax simetrico. vendaje en costado derecho, donde se retiró tubo de drenaje toracico.

rs cs rs, sin soplo. se ausculta disminucion del murmullo vesicular en base derecha; tiempo espiratorio corto, con roncus en ambos pulmones.

abdomen: distendido, depresible. peristalsis +.

extremidades: edema grado i.

sn: alerta, hipoactiva. hipertono muscular en los 4 miembros. responde a estímulos dolorosos , permanece con mirada fija por momentos , llanto fuerte

llenado capilar 2 segs. palidez mucocutanea moderada

plan: seguir manejo indicado en piso

recibe vo: 130 cc/kg

no se ha podido trasladar a piso x no tener camas disponibles

2010/06/19 21:11

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

buena expansion toraxica y entrada de aire en ambos campos pulmonares , tolerando vo. se sigue manejo medico



Alberto Lozada Mantilla
CC 7476788 T. Prof 1461

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/20 10:00

Entorno: Hospitalizacion

paciente con dx anotados, afebril, mucosas humedas en compensacion hemodinamica, suficiente respiratorio, sat o2 98%, fc 120/min en terapia fisica, aportes por sng, se estimula succion abdomen depresible.
buen ritmo diuretico
vigente traslado al piso



Luis Galindo Gutierrez
CC 8667500 T. Prof 1212

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/21 11:17

Entorno: Hospitalizacion

dxs.:

- 1- neumonia complicada
 2. derrame pleural (en resolucion)
 3. post retiro de tubo de torax
 4. anemia transfundida
 5. falla respiratoria (r)
 6. insuficiencia renal (r)
 - 7- desnutricion
 - 8- shock hipovolemico + postreanimacion
- paciente delicada, con oxigenacion por canula nasal. tolera aporte enteral indicado por

examen fisico: peso= 9 kg
fc: 100 /min fr: 30 /min. spo2: 99% , temp: 36,2 °c.

normocefala. fontanela anterior normotensa, mucosa oral humeda
torax simetrico. vendaje en costado derecho, donde se retiró tubo de drenaje toracico.
rs cs rs, sin soplo. se ausculta disminucion del murmullo vesicular en base derecha; tiempo espiratorio corto, con roncus en ambos pulmones.
abdomen: distendido, depresible. peristalsis +.
extremidades: edema grado i.
sn: alerta, hipoactiva. hipertono muscular en los 4 miembros. responde a estímulos dolorosos , permanece con mirada fija por momentos , llanto fuerte llenado capilar 2 segs. palidez mucocutanea moderada

plan: seguir manejo indicado en piso

recibe vo: 120 cc/kg
fluconazol ultimo dia
ss p orina, urocultivo , koh

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

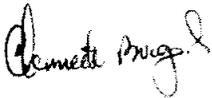
Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713
		Sexo:	Femenino

Evolución Médica



Clemente Borges Salazar

CC 8640456 T. Prof 725

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/22 11:35

Entorno: Hospitalización

femenina de 1 año de edad con dx:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural (en resolucion)
3. post retiro de tubo de torax
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria (r)
6. insuficiencia renal (r)
- 7- desnutricion
- 8- shock hipovolemico + postreanimacion

conciente, afebril, sin disnea, palidez cutánea marcada.

t:36.7°, fc:134x', fr: 32x'.

conjuntivas pálidas, mucosa oral húmeda, abundante sialorrea, recibe alimentación por sng.

ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. pulmones con ligera disminución del murmullo vesicular base derecha, roncus en ambos campos pulmonares.

abdomen blando, depresible, no doloroso.

ext. edema grado I, en miembros inferiores.

snc: despierta, no convulsiones.

paciente afebril, con mejoría del patrón respiratorio, con trastorno de la deglución.

plan: continuar igual manejo, estimular la deglución.

Interpretación de Resultados

Resultados

Uroanálisis Con Sedimento Y Densidad Urinaria

UROANÁLISIS

EXAMEN FÍSICO QUÍMICO

COLOR..... AMARILLO
 ASPECTO..... TURBIO ++
 PH..... 7,5
 DENSIDAD..... 1,015
 PROTEINAS..... TRAZAS
 GLUCOSA..... NEGATIVO
 BILIRRUBINA NEGATIVO
 UROBILINOGENO..... NEGATIVO
 SANGRE..... NEGATIVO
 CETONAS..... NEGATIVO
 LEUCOCITOS..... NEGATIVO
 NITRITOS..... NEGATIVOS

EXAMEN MICROSCÓPICO

CELULAS EPITELIALES ESCASAS
 MOCO NO
 LEUCOCITOS 10 - 12 / CAMPO
 BACTERIAS +
 HEMATIES NO
 CELULAS RENALES..... ++

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Interpretación

luecocituria.



Yazmin Eitel Mercado Diaz
CC 32851686 T. Prof 283003

Médico(a) General

Fec-Hora: 2010/06/23 11:11

Entorno: Hospitalizacion

femenina de 1 año de edad con dx:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural (en resolucion)
3. post retiro de tubo de torax
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria (r)
6. insuficiencia renal (r)
- 7- desnutricion
- 8- shock hipovolemico + postreanimacion

conciente, afebril, sin disnea, palidez cutánea marcada.

t:35.9°, fc:96x', fr: 21x'.

mucosa oral húmeda, con sialorrea, recibe alimentación por sng. poca succión

ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, pulmones con ligera disminución del murmullo vesicular base derecha, roncus en ambos campos pulmonares.

abdomen blando, depresible, no doloroso.

ext. edema grado i, se observan pies caidos.

snc: despierta, no convulsiones.

paciente afebril, con mejoría del patrón respiratorio, con trastorno de la deglución.

plan: continuar igual manejo, estimular la deglución, férula de yeso posterior en pies; continuar terapia física, se solicitan paraclínicos de control, se suspende fluconazol.

amerita continuar hospitalizado para recuperación neurológica.



Martin Balza Ohlsen
CC 8722036 T. Prof 3645

Médico(a) Especialista

Neonatología

Fec-Hora: 2010/06/23 15:04

Entorno: Hospitalizacion

Interpretación de Resultados

Resultados

Examen Directo Para Hongos [Koh]

NEGATIVO

Interpretación

normal

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

Resultados

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfología Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

VER ANEXOS...

Interpretación

anemia por hb 9.7 gr/dl, con ligera leucocitosis con diferencial normal.

Resultados

Proteina C Reactiva, Prueba Semicuantitativa

PCR:

RESULTADO: 48 UI/ML V. NORMAL: ES NEGATIVA MENOR DE 6 UI/ML

Interpretación

elevado



Yazmin Etel Mercado Diaz
CC 32851686 T. Prof 283003
Médico(a) General

Fec-Hora: 2010/06/24 11:38

Entorno: Hospitalizacion

dxs:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural (en resolucion) + paquipleuritis.
3. post retiro de tubo de torax
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria (r)
6. insuficiencia renal (r)
- 7- desnutricion
- 8- shock hipovolemico + postreanimacion
9. secuelas neurologicas.

cursa quejumbrosa, afebril, sin disnea, con movilización de secreciones.

examen físico:

t:36°, fc:102/min, fr: 28/min.

mucosa oral húmeda, con sialorrea, recibe alimentación por sng por pobre e inefectiva succión

ruidos cardiacos ritmicos, sin soplos, pulmones con disminución del murmullo vesicular base derecha y roncus en ambos campos pulmonares.

presenta supuración leve en siti donde estaba tubo de torax.

abdomen blando, depresible, no doloroso.

ext. edema grado i; férulaas en ambos pies.

snc: despierta, no convulsiones. presenta hipotonía axial e hipertonia espástica de ms ss.

paciente afebril, con mejoría del patrón respiratorio, con trastorno de la deglución.

plan: requiere continuación de manejo hospitalario, para estimular la deglución, férula de yeso en pies; continuar terapia física de rehabilitación. amerita continuar hospitalizada para adelantar recuperación neurológica.

Interpretación de Resultados

Resultados

Urocultivo [Antibiograma Mic Automatico] (112)

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja		
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD		
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años		
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo:	Femenino

Evolución Médica

VER ANEXOS.....

Interpretación

NORMAL

Luis Vega Vega Rodriguez
CC 72095413 T. Prof 6987/90

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/25 08:15

Entorno: Hospitalizacion

femenina de 1 año de edad con estancia prolongada.

dx:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural (en resolucion) + paquipleuritis.
3. post retiro de tubo de torax
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria (r)
6. insuficiencia renal (r)
- 7- desnutricion
- 8- shock hipovolemico + postreanimacion
9. secuelas neurologicas.

tto: terapias fisicas y respiratorias.

recibe alimentación por sonda nasogástrica.

cursa muy quejumbrosa, afebril, sin disnea, con movilización de secreciones.

t:36°, fc: 111/min, fr: 28/min.

mucosa oral húmeda, con sialorrea, recibe alimentación por sng por pobre e inefectiva succión.

ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, pulmones con disminución del murmullo vesicular base derecha y movilización de secreciones en ambos campos pulmonares.

con secreción serosa por sitio de toracostomía cerrada lado izq.

abdomen blando, depresible, no doloroso.

ext. edema grado i; férulas en ambos pies.

snc: despierta, no convulsiones. presenta hipotonía axial e hipertonia espástica de ms ss.

paciente afebril, con mejoría del patrón respiratorio, con trastorno de la deglución, muy quejumbrosa durante toda la noche, inquieta.

plan: requiere continuación de manejo hospitalario, para estimular la deglución, férula de yeso en pies; continuar terapia física de rehabilitación. debe continuar hospitalizada hasta lograr recuperación neurológica.

Clemente Borges Salazar
CC 8640456 T. Prof 725

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/25 12:17

Entorno: Hospitalizacion

enterado de caso clinico. se revisa tac craneo simple de hoy, que no demuestra anomalia estructural intracerebral ni en la diferenciacion corticosubcortical supratentorial. a nivel mesencefalico normal señal escanografica. se sugiere continuar manejo medico instaurado.

FILED
ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

para documentar pronostico neurologico seria indicada una rmn cerebral (puede realizarse ambulatoria)

Campo Raul Lara Visbal
CC 72168725 T. Prof 1791/98

Médico(a) Especialista

Neurocirugia

Fec-Hora: 2010/06/26 08:31

Entorno: Hospitalizacion

femenina de 1 año de edad con dx:

- 1- neumonia complicada
- 2. derrame pleural (en resolucion)
- 3. post retiro de tubo de torax
- 4. anemia transfundida
- 5. falla respiratoria (r)
- 6. insuficiencia renal (r)
- 7- desnutricion
- 8- shock hipovolemico + postreanimacion

conciente, afebril, sin disnea, palidez cutánea marcada.

t:36.7°, fc:134x', fr: 32x'.

conjuntivas pálidas, mucosa oral húmeda, abundante sialorrea, recibe alimentación por sng.

ruidos cardiacos ritmicos, sin soplos, pulmones con ligera disminucion del murmullo vesicular base derecha, roncus en ambos campos pulmonares.

abdomen blando, depresible, no doloroso.

ext. edema grado i, en miembros inferiores.

snc: despierta, no convulsiones.

paciente afebril, con mejoría del patrón respiratorio, con trastorno de la deglución.

plan: continuar igual manejo, estimular la deglución para aumentar nivel musculoesqueletico y evitar una broncoaspiacion ala dificultad en el aprendizaje de la madre y causaria dificultad de su bienestar.

Alberto Lozada Mantilla
CC 7476788 T. Prof 1461

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/27 11:25

Entorno: Hospitalizacion

femenina de 1 año de edad con dx:

- 1- neumonia complicada
- 2. derrame pleural (en resolucion)
- 3. post retiro de tubo de torax
- 4. anemia transfundida
- 5. falla respiratoria (r)
- 6. insuficiencia renal (r)
- 7- desnutricion
- 8- shock hipovolemico + postreanimacion(r)

paciente clinicamente estable, tiene sensorio alternante, iirritabilidad

somnolencia, afebril, mucosas huermadas.

r1r2 4f, no soplos. fc 110/min

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

pulmones ventilados, se ausculta roncus en base izquierda.
 abdomen globosos, depresible
 c(+) d(+)
 pendiente rnm de cerebro.



Luis Galindo Gutierrez
 CC 8667500 T. Prof 1212
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/28 10:30

Entorno: Hospitalizacion

femenina de 1 año de edad con dx:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural (en resolucion)
3. post retiro de tubo de torax
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria (r)
6. insuficiencia renal (r)
- 7- desnutricion
- 8- shock hipovolemico + postreanimacion(r)

conciente, afebril, con episodios de tos húmeda.

t: 36.3°, fc: 122x', fr: 30x'

ruidos cardiacos ritmicos, sin soplos, pulmones con abundante movilización de secreciones.

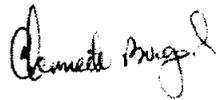
abdomen blando, depresible, no impresiona doloroso.

diuresis espontánea.

ext. llenado capilar distal.

snc: despierta, un poco menos aislada del medio, con hipotonía de extremidades, y trastorno de la deglución.

paciente quien requiere continuar manejo intrahospitalario, terapia respiratoria, incentivo para la deglución.



Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/29 11:11

Entorno: Hospitalizacion

femenina de 1 año de edad con dx:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural (en resolucion)
3. post retiro de tubo de torax
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria (r)
6. insuficiencia renal (r)
- 7- desnutricion
- 8- shock hipovolemico + postreanimacion(r)

paciente afebril, sin succion ,tolerando el aporte enteral.tos humeda.buen patron respiratorio.rscrs sin soplos.rsrsc escasos rales inspiratorios en bases,mienbros con contracturas en flexion.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Evolución Médica

a/estable sin succión ,con aporte enteral.

p7estimulo de succión.entrenar a la madre acerca de la ttecnica de la alimentacion enteral



Aquileo Manotas Vizcaino
CC 8633222 T. Prof 2623

Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/30 10:50

Entorno: Hospitalizacion

femenina de 1 año de edad con dx:

- 1- neumonia complicada
2. derrame pleural (en resolucion)
3. post retiro de tubo de torax
4. anemia transfundida
5. falla respiratoria (r)
6. insuficiencia renal (r)
- 7- desnutricion
- 8- shock hipovolemico + postreanimacion(r)

despieta, afebril, sin disnea. recibe alimentación por sng.

t:36.8°, fc:103x', fr:26x'.

ruidos cardiacos ritmicos, sin soplos, pulmones con roncus escasos. no tirajes.

abdomen blando, depresible, no doloroso.

diuresis +.

ext. llenado capilar distal 2". con contracturas en flexión.

snc: más alerta relacionada con el medio.

paciente hemodinámicamente estable, con buen patrón respiratorio, madre ha sido entrenada para la alimentación por sng, seguimiento por consulta externa pediatria, neuropediatria, fisioterapia.



Alberto Lozada Mantilla
CC 7476788 T. Prof 1461

Médico(a) Especialista
Pediatria

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Fec-Hora: 2010/05/24 12:56 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones

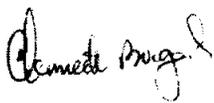
- 1 UCIP
- 2-NVO
- 3- DEXTROSA 5% 500 CC
NATROL 12.5 CC
KATROL 5 CC PASAR A 41 CC HORA
- 4- SS HEMPGRAMA, HEMOCLASIFICACION , PCR , HEMOCULTIVOS POR 2, P ORINA, GASES A , ELECTROLITOS, CALCIO, BUN , CREATININA,ESP , TP TPT
- 5 - RX DE TORAX
- 6- OXIGENO POR HOOD A 50 %
- 7-MONITOREO CONTINUO
- 8- BALANCE HIDRICO
- 9-

Medicamentos

<i>Nombre</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Indicaciones</i>
Oxacilina Polvo Inyeccion 1 g		500 MG IV CADA 6 HORAS
Ceftriaxona Polvo para Reconstituir 1 g		500 MG IV CADA 12 HORAS
Salbutamol Gotas 0.05 Fco x 15ml-(Ciplabitol)		MNB CADA 4 HORAS

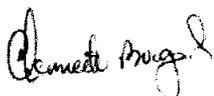
Procedimientos

<i>Nombre</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Indicaciones</i>
Tomografia Axial Computada De Torax	1	


 Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/24 18:48 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones 1- VALORACION POR CIRUGIA


 Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Fec-Hora: 2010/05/25 07:01 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones

- 1 UCIP
- 2-INICIAR VIA ORAL ASISTIDA
- 3- DEXTROSA 5% 500 CC
NATROL 12.5 CC
KATROL 5 CC PASAR A 41 CC HORA
- 4- SS GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS , CALCIO IÓNICO
- 6- OXIGENO POR HOOD A 40 %
- 7-MONITOREO CONTINUO
- 8- BALANCE HIDRICO
- 9-VALORACION POR CIRUGIA

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg		500 MG IV CADA 6 HORAS
Ceftriaxona Polvo para Reconstituir 1 g		500 MG IV CADA 12 HORAS
Salbutamol Gotas 0.05 Fco x 15ml-(Ciplabutol)		MNB CADA 4 HORAS



Clemente Borges Salazar
CC 8640456 T. Prof 725
Médico(a) Especialista
Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/25 14:30 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones

- 1) VANCOMICINA 150 MGS IV CADA 6 HORAS
- 2)SUSPENDER OXACILINA



Aquileo Manotas Vizcaino
CC 8633222 T. Prof 2623
Médico(a) Especialista
Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/25 15:25 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones 1) LIQUIDO PLEURAL.: CITOQUIMICO,GRAM,CULTIVO,TEST DE ADA Y LATEX

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica



Aquileo Manotas Vizcaino
CC 8633222 T. Prof 2623

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/25 15:26

Entorno: UCI Pediatría

Indicaciones

Medicamentos

<i>Nombre</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Indicaciones</i>
Ketamina Solución inyectable 500 mg/10 ml		10 MG IV LENTO PREVIO AL PRECEDIMIENTO

Procedimientos

<i>Nombre</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Indicaciones</i>
Toracentesis De Drenaje O Descompresiva	1	



Aquileo Manotas Vizcaino
CC 8633222 T. Prof 2623

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/25 18:31

Entorno: UCI Pediatría

Indicaciones 1)DIPIRONA 250 mgs iv cada 6 horas



Aquileo Manotas Vizcaino
CC 8633222 T. Prof 2623

Médico(a) Especialista

Pediatría

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Fec-Hora: 2010/05/26 07:00 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones

- 1 UCIP
- 2-INICIAR VIA ORAL ASISTIDA
- 3- DEXTROSA 5% 500 CC
NATROL 12.5 CC
KATROL 5 CC PASAR A 41 CC HORA
- 4- SS GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS , CALCIO IÓNICO
- 6- OXIGENO POR HOOD A 40 %
- 7-MONITOREO CONTINUO
- 8- BALANCE HIDRICO
- 9-CSV y AC

Medicamentos

<i>Nombre</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Indicaciones</i>
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg	150 mgs iv	cada 6 horas
Ceftriaxona Polvo para Reconstituir 1 g	500 mgs iv	cada 12 horas
Dipirona + Hioscina Solución Inyectable 5ml	250 mgs iv	cada 6 horas

Procedimientos

<i>Nombre</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Indicaciones</i>
Nebulizacion (266)	1	con salbutamol cada 4 horas


 Aquileo Manotas Vizcaino
 CC 8633222 T. Prof 2623

Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/26 08:19 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones

- 1- RX DE TORAX PORTATIL
- 2.l.ev. A 20cc/h
- 3.aporte enteral 70cc c/3h
4. resto igual
- 5.M.N.B. CON B2 ,C/6H


 Alberto Lozada Mantilla
 CC 7476788 T. Prof 1461

Médico(a) Especialista
 Pediatría

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Fec-Hora: 2010/05/27 07:00 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones

1. UCIP.
2. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
3. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
4. A.T.I.
5. APORTE ENTERAL ,90CC C/3H
6. O2 X CANULA NASAL ,2LX"
7. VIGILAR TRAMPA DE AGUA
8. M.N.B. CON B2, C/6H

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg	150MG.	IV. C/6H
Ceftriaxona Polvo para Reconstituir 1 g	500MG.	IV. C/12H
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml	250MG.	IV. C/6H P.R.N.


 Alberto Lozada Mantilla
 CC 7476788 T. Prof 1461
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/27 12:15 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones

1. SUSPENDER LEV.
2. DIETA BLANDA A TOLERANCIA.
3. MAÑANA: RX DE TORAX - CONTROL.


 Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/28 07:00 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones

1. UCIP.
2. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
3. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
4. A.T.I.
5. DIETA BLANDA A TOLERANCIA
6. O2 X CANULA NASAL ,2LX"
7. VIGILAR TRAMPA DE AGUA

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg		150 MG IV CADA 6 HS
Ceftriaxona Polvo para Reconstituir 1 g		500 MG IV CADA 12 HS
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml		200 MG IV CADA 6 HS

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Radiografía De Torax (P.A. Ó A.P Y Lateral, Decubito Lateral, Oblicuas Ó Lateral Con Bario)	1	PORTATIL


Luis Vega Vega Rodriguez
CC 72095413 T. Prof 6987/90
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/05/28 09:41 **Entorno:** UCI Pediátrica
Indicaciones BUN CREATININA, PROTEINA, ALBUMINA,PCR


Clemente Borges Salazar
CC 8640456 T. Prof 725
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/05/29 07:00 **Entorno:** UCI Pediátrica

Indicaciones

1. UCIP.
2. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
3. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
4. A.T.I.
5. DIETA BLANDA A TOLERANCIA
6. O2 X CANULA NASAL ,2LX"
7. VIGILAR TRAMPA DE AGUA

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg		150 MG IV CADA 6 HS
Ceftriaxona Polvo para Reconstituir 1 g		500 MG IV CADA 12 HS
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml		200 MG IV CADA 6 HS

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

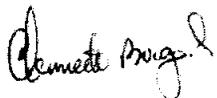
Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica



Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/30 07:21 **Entorno:** UCI Pediatrica

- Indicaciones**
1. UCIP.
 2. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
 3. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
 4. A.T.I.
 5. APORTE ENTERAL ,A TOLERANCIA C/3H,NUTREN JUNIOR X ,SOG.
 6. O2 X CANULA NASAL ,2LX"
 7. VIGILAR TRAMPA DE AGUA
 8. M.N.B. CON B2, C/6H

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg	150MG.	IV. C/6H
Ceftriaxona Polvo para Reconstituir 1 g	500MG.	IV. C/12H



Alberto Lozada Mantilla
 CC 7476788 T. Prof 1461
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/30 08:30 **Entorno:** UCI Pediatrica

- Indicaciones**
- 1- LEV DX AL 5%.....500 CC
 - NATROL.....10 CC
 - KATROL.....5CC
 - PASAR A 45 CC /HR
 - 2- NADA VIA ORAL.



Luis Galindo Gutierrez
 CC 8667500 T. Prof 1212
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/30 18:42 **Entorno:** UCI Pediatrica

- Indicaciones**
- 1- RANITIDINA 15 MG IV CADA 8 HRS
 - 2- REPOSICION DE PERDIDAS CON HARTMAN , VOL POR VOL.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja	
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD	
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años	
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo: Femenino

Orden Medica

Luis Galindo Gutierrez
 CC 8667500 T. Prof 1212
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/31 07:20 **Entorno:** UCI Pediatrica

- Indicaciones**
1. UCIP.
 2. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
 3. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
 4. A.T.I.
 5. SNG ABIERTA.
 6. O2 X CANULA NASAL ,2LX"
 7. VIGILAR TRAMPA DE AGUA
 8. M.N.B. CON B2, C/6H
 9. RX DE ABDOMEN DE PIE.

Medicamentos

<i>Nombre</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Indicaciones</i>
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg	150 MG IV CADA 6 HRS	
Ceftriaxona Polvo para Reconstituir 1 g	500 MG IV CADA 12 HRS.	
Salbutamol Gotas 0.05 Fco x 15ml-(Ciplabutol)	MNB CADA 6 HRS.	
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml	250 mgs iv cada 6 horas por razon necesaria	

Luis Galindo Gutierrez
 CC 8667500 T. Prof 1212
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/05/31 09:21 **Entorno:** UCI Pediatrica

- Indicaciones**
- 1- DIETA ADECUADA PARA LA EDAD Y CONTINUAR LEV SI NO TOLERA VIA ORAL
 - 2-HEMOGRAMA, PCR, ELECTROLITOS , BUN CREATININA.P ORINA, BK EN JUGO GASTRICO
 - RX DE TORAX

Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml		11 MG IV CADA 12 HORAS
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg		150 MG IV CADA 6 HORAS
Ceftriaxona Polvo para Reconstituir 1 g		500 MG IV CADA 12 HORAS
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml		250 MG IV CADA 6 HORAS


 Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/01 11:12

Entorno: UCI Pediatría

Indicaciones

- 1-Suspender Ceftriaxona
- 2-Albumina al 20% 50 cc + 50cc de SSN+Furosemida 10mgs: pasar la mezcla iv en 6 horas
- 3-Reservar 100 cc de GRE ,para cirugía de mañana
- 4-Aporte Enteral por gastroclisis 20cc por horra,por 3 horas,descansar 1 hora
- 5-

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Meropenem 1 Gr-Amp		293 mgs iv cada 8 horas

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)	1	
Calcio Ionico	1	
Tiempo De Protrombina [Pt]	1	
Tiempo De Tromboplastina Parcial [Ptt]	1	
Radiografía De Torax (P.A. Ó A.P Y Lateral, Decubito Lateral, Oblicuas Ó Lateral Con Bario)	1	portatil


 Aquileo Manotas Vizcaino
 CC 8633222 T. Prof 2623
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Fec-Hora: 2010/06/01 12:50 **Entorno:** UCI Pediatrica

- Indicaciones**
- 1- SUSPENDER INICIO DE ADMINISTRACION DE ALBUMINA EN INFUSION.
 - 2-FUROSEMIDA: 10 MG IV CADA 8 HRS.
 - 3-BALANCE ESTRICTO- SONDA VESICAL
 - 4-PESO CADA 12 HRS.
 - 5-VITAMINA K 3 MGR IV LENTO.

Martin Balza Ohlsen
 CC 8722036 T. Prof 3645
 Médico(a) Especialista
 Neonatologia

Fec-Hora: 2010/06/01 15:25 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml	15 mgs iv cada 8 horas	

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Glucometria	1	cada 12 horas

Aquileo Manotas Vizcaino
 CC 8633222 T. Prof 2623
 Médico(a) Especialista
 Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/02 07:00 **Entorno:** UCI Pediatrica

- Indicaciones**
- 1.UCIP.
 - 2.BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
 - 3.MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
 - 4.ELECTROLITOS , BUN CREATININA, ALBUMINA, GOT, GPT, AMILASA
 - 5.SOLUCION 2-1 PASAR A 20 CC HORA
 - 6.O2 X CANULA NASAL ,2LX"
 - 7. VIGILAR TRAMPA DE AGUA
 - 9. PREPARA PARA CIRUGIA HOY POR LA TARDE
 - 10-SONDA VESICAL
 - 11-GLUCOMETRIA CADA 12 HORAS

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Fec-Hora: 2010/06/03 05:33 **Entorno:** UCI Pediatria

Indicaciones

1. UCIP.
2. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
3. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
4. ELECTROLITOS , BUN CREATININA, ALBUMINA,
5. SOLUCION 2-1 PASAR A 37 CC HORA
- 6A.R.M. DINAMICA
7. VIGILAR TRAMPA DE AGUA
8. HEMOGRAMA , RX TORAX, GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS SÉRICOS, CALCIO IÓNICO, TP, TPT
- 10-SONDA VESICAL
- 11-GLUCOMETRIA CADA 12 HORAS
- 12.A/C
- 13.REEMPLAZAR, CC XCC CON HARTMAN EN Y LAS PERDIDAS DE LIQUIDOS C/4H

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Meropenem 1g Polvo Para Reconstituir	293MG.	IV. C/8H
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg	150MG,	IV. C/6H
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml	250MG.	IV. C/6H
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml	15MG.	IV. C/8H
Fentanilo Citrato 0.5 mg/2ml (0.05 mg/ml) Sol. Inyectable	40MCG,	IV. C/4H, PRN.


 Alberto Lozada Mantilla
 CC 7476788 T. Prof 1461
 Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/03 09:50 **Entorno:** UCI Pediatria

Indicaciones

1. LEV: SOLUCION 2:1 . PASAR A 30 CC/ HORA
2. CAMBIAR SONDA NASO-GASTRICA POR No. 14

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Vitamina k1 (Fitomenadiona) Solución Inyectable 1 mg/0.5 ml	3 MG	IV AHORA
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg	150 mg	IV cad 72 hs


 Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/03 11:00 **Entorno:** UCI Pediatria

Indicaciones

1. TRANSFUNDIR GLOBULOS ROJOS EMPACADOS: 150 CC

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael**HISTORIA CLINICA****DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja	
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD	
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años	
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo: Femenino

Orden Medica**Medicamentos**

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml		10 MG IV POST TRANSFUSION



Luis Vega Vega Rodriguez
CC 72095413 T. Prof 6987/90

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/03 22:03 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones**Medicamentos**

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml		10 MG IV CADA 12 HORAS



Luis Vega Vega Rodriguez
CC 72095413 T. Prof 6987/90

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/04 07:00 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones

1. UCIP INTENSIVOS
2. NADA VIA ORAL
3. SONDA NASOGASTRICA ABIERTA.
4. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
5. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
6. SOLUCION 2-1 PASAR A 30 CC HORA
7. A.R.M. DINAMICA
8. VIGILAR TRAMPA DE AGUA
9. SONDA VESICAL
10. GLUCOMETRIA CADA 12 HORAS
11. REPONER, PERDIDAS CCXCC CON HARTMAN C/4H

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Meropenem 1g Polvo Para Reconstituir		293 MG IV CADA 8 HS.
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg		150 MG IV CADA 72 HS
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml		200 MG IV CADA 6 HS
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml		10 MG IV CADA 12 HS.
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml		15 MG IV CADA 8 HS.
Fentanilo Citrato 0.5 mg/2ml (0.05 mg/ml) Sol. Inyectable		40 MCG CADA 4 HS PRN

Procedimientos

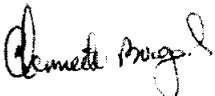
Nombre	Cantidad	Indicaciones
Hemograma Iii [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica] Metodo Automatico	1	CONTROL POST TRANSFUSION
Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)	1	
Sodio	1	
Potasio	1	
Nitrogeno Ureico [Bun]	1	
Creatinina En Suero, Orina U Otros	1	
Radiografia De Torax (P.A. Ó A.P Y Lateral, Decubito Lateral, Oblicuas Ó Lateral Con Bario)	1	PORTATIL
Calcio Ionico	1	


 Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/04 09:37 **Entorno:** UCI Pediatría

Indicaciones

1. LECHE MATERNIZADA 25 CC CADA 2 HORAS
- 2- EPTAVIS NIÑOS SOBRES , DAR 1 DIARIO
- 3- SUSPENDER SEDACION


 Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Fec-Hora: 2010/06/04 12:58 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones 1- SSN 45 CC } PASAR EN 1 HORA
 NATROL 15 CC
 2-

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Manitol 20% Solución Inyectable Bolsa x 250 ml		5 GRAMOS EN 1 HORA

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Tomografía Axial Computada De Craneo Simple	1	


 Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/04 15:38 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones 1- DEX 5 % 500 CC
 NATROL 12.5
 KATROL 5 CC PASAR A 20 CC HORA
 2- ELECTROLITOS


 Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/04 20:41 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones 1. KATROL 15 CC mas 45 CC DE AD.
 PASAR A 20 CC /HORA POR 3 HORAS
 2. RESTO IGUAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Luis Fuentes Granados
CC 88253963 T. Prof 2296
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/05 07:00 **Entorno:** UCI Pediatria

Indicaciones

1. UCIP INTENSIVOS
2. LECHE MATERNIZADA 25 CC CADA 2 HORAS
3. SONDA NASOGASTRICA ABIERTA.
4. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
5. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
6. SOLUCION 2-1 PASAR A 20 CC HORA
7. A.R.M. DINAMICA
8. VIGILAR TRAMPA DE AGUA
9. SONDA VESICAL
10. GLUCOMETRIA CADA 12 HORAS
11. REPONER, PERDIDAS CCXCC CON HARTMAN C/4H
- 12- EPTAVIS NIÑOS SOBRES , DAR 1 DIARIO

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Merone 1g Polvo Para Reconstituir	293 MG IV CADA 8 HORAS	
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg	150 MG IV CADA 72 HORAS	
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml	200 MG IV CADA 6 HOREAS	
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml	10 MG IV CADA 12 HORAS	
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml	15 MG IV CADA 8 HORAS	

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Ionograma [Cloro, Sodio, Potasio Y Bicarbonato O Calcio]	1	
Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)	1	
Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)	1	

Luis Fuentes Granados
CC 88253963 T. Prof 2296
Médico(a) Especialista
Pediatria

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Fec-Hora: 2010/06/05 09:10 **Entorno:** UCI Pediatria

Indicaciones 1. RX. DE TORAX.
2.RESTO IGUAL

Alberto Lozada Mantilla
CC 7476788 T. Prof 1461
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/05 12:01 **Entorno:** UCI Pediatria

Indicaciones 1. TRANSFUNDIR , 110CC, G.R.E. AHORA
2.PROTOCOLO DE EXTUBACION ,1H. DESPUES DE TRANSFUNDIR (MNB .:CON ADRENALINA , CICLO 1C/20" , X 2H , SEGUIR 1C/2H X6H
3. RESTO IGUAL
4. LAGRIMAS ARTIFICIALES , 2GOTAS C/HOJO , C/4H
5. CAMARA DE H. A FIO2 60% , CUANDO SE EXTUBE

Alberto Lozada Mantilla
CC 7476788 T. Prof 1461
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/06 07:00 **Entorno:** UCI Pediatria

Indicaciones 1. UCIP INTENSIVOS
2. LECHE MATERNIZADA 60 CC CADA 2 HORAS
3. SONDA NASOGASTRICA.
4.BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
5.MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
6.SOLUCION 2-1 PASAR A 10 CC HORA
7. CAMARA DE H. FIO2 40%
8. VIGILAR TRAMPA DE AGUA
9. SONDA VESICAL
10.GLUCOMETRIA CADA 12 HORAS
11.REPONER, PERDIDAS CCXCC CON HARTMAN C/4H
12- EPTAVIS NIÑOS SOBRES , DAR 500MG ,C/12H
13.LAGRIMAS ARTIFICIALES 2GOTAS C/OJO , C/4H
14.MNB. CON ADRENALINA ,C/6H
15.GASES .,HEMOGRAMA, IONOGRAMA

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Meropenem 1 Gr-Amp		293MG, IV C/8H
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg		150MG, IV C/6H
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml		200 IV. C/6H
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml		10MG, C/12H, IV.
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml		15MG, IV. C/12H

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Ablación de disco (nucleolisis) intervertebral con I	1	NO,ERROR


 Alberto Lozada Mantilla
 CC 7476788 T. Prof 1461
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/06 17:10 **Entorno:** UCI Pediatría
Indicaciones 1- KATROL 7,5 CC EN CADA 500 CC DE DX AL 5%. (30 MEQ / LT)


 Luis Galindo Gutierrez
 CC 8667500 T. Prof 1212
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/07 07:30 **Entorno:** UCI Pediatría

- Indicaciones**
1. UCIP INTENSIVOS
 2. LECHE MATERNIZADA 60 CC CADA 2 HORAS
 3. SONDA NASOGASTRICA.
 4. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
 5. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
 6. SOLUCION 2-1 PASAR A 10 CC HORA
 7. CAMARA DE H. FIO2 40%
 8. VIGILAR TRAMPA DE AGUA
 9. SONDA VESICAL
 10. GLUCOMETRIA CADA 12 HORAS
 11. REPONER, PERDIDAS CCXCC CON HARTMAN C/4H
 12. EPTAVIS NIÑOS SOBRES, DAR 500MG, C/12H
 13. LAGRIMAS ARTIFICIALES 2GOTAS C/OJO, C/4H
 14. MNB. CON ADRENALINA, C/6H
 15. GASES, HEMOGRAMA, IONOGRAMA

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja	
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD	
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años	
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo: Femenino

Orden Medica

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Meropenem 1 Gr-Amp	293 MG IV CADA 8 HRS.	
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg	150 MG IV CADA 5 HRS	
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml	200 MG IV CADA 6 HRS	
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml	15 MG IV CADA 12 HRS.	


 Luis Galindo Gutierrez
 CC 8667500 T. Prof 1212
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/07 09:39 **Entorno:** UCI Pediatría
Indicaciones BUN , CREATININA, RX DE TORAX


 Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/07 16:43 **Entorno:** UCI Pediatría
Indicaciones FUROSEMIDA 5 IV CADA 12 HORAS


 Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/07 19:00 **Entorno:** UCI Pediatría
Indicaciones 1- LECHE MATERNIZADA 90 CC CADA 2 HORAS
 2-SUSPENDER LEV SI TOLERA VO

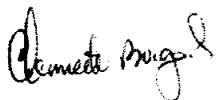
Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica



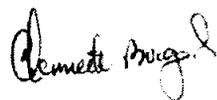
Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/08 06:23 **Entorno:** UCI Pediatrica

- Indicaciones**
1. UCIP INTENSIVOS
 2. LECHE MATERNIZADA 90 CC CADA 2 HORAS
 3. SONDA NASOGASTRICA.
 4. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
 5. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
 6. ATI
 7. CAMARA DE H. FIO2 40%
 8. VIGILAR TRAMPA DE AGUA
 9. SONDA VESICAL
 10. GLUCOMETRIA CADA 12 HORAS
 11. REPONER, PERDIDAS CCXCC CON HARTMAN C/4H
 - 12- EPTAVIS NIÑOS SOBRES , DAR 500MG ,C/12H
 13. LAGRIMAS ARTIFICIALES 2GOTAS C/OJO , C/4H
 14. MNB. CON ADRENALINA ,C/6H

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Meropenem 1 Gr-Amp	293 MG IV CADA 8 HRS.	
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg	150 MG IV CADA 72 HRS	
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml	200 MG IV CADA 6 HRS	
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml	15 MG IV CADA 12 HRS.	
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml	5 MG IV CADA 12 HORAS	



Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/08 15:25 **Entorno:** UCI Pediatrica

- Indicaciones**
- 1-APORTE ENTERAL POR GASTROCLISIS: 55CC POR HORA,DURANTE 3 HORAS Y DESCANSAR UNA HORA(100CC/KG/DIA)

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica



Aquileo Manotas Vizcaino
 CC 8633222 T. Prof 2623
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/09 07:00 **Entorno:** UCI Pediatría

- Indicaciones**
1. UCIP INTENSIVOS
 2. LECHE MATERNIZADA 90 CC CADA 2 HORAS
 3. SONDA NASOGASTRICA.
 4. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
 5. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
 6. ATI
 7. CAMARA DE H. FIO2 40%
 8. VIGILAR TRAMPA DE AGUA
 9. SONDA VESICAL
 10. GLUCOMETRIA CADA 12 HORAS
 11. REPONER, PERDIDAS CCXCC CON HARTMAN C/4H
 12. EPTAVIS NIÑOS SOBRES, DAR 500MG, C/12H
 13. LAGRIMAS ARTIFICIALES 2GOTAS C/OJO, C/4H
 14. MNB. CON ADRENALINA, C/6H

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Meropenem 1g Polvo Para Reconstituir	293 mgs	iv cada 8 horas
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyección 500 mg	150 mgs	iv cada 72 horas
Dipirona + Hioscina Solución Inyectable 5ml	200mgs	iv cada 6 horas
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml	15 mgs	iv cada 12 horas
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml	5mgs	iv cada 12 horas

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Radiografía De Torax (P.A. Ó A.P Y Lateral, Decubito Lateral, Oblicuas Ó Lateral Con Bario)	1	portatil



Aquileo Manotas Vizcaino
 CC 8633222 T. Prof 2623
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Direccion:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Fec-Hora: 2010/06/10 07:00 **Entorno:** UCI Pediatrica

- Indicaciones**
1. UCIP INTENSIVOS
 2. LECHE MATERNIZADA 90 CC CADA 2 HORAS
 3. Sonda NASOGASTRICA.
 4. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
 5. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
 6. ATI
 7. CAMARA DE H. FIO2 40%
 8. VIGILAR TRAMPA DE AGUA
 9. Sonda VESICAL
 10. GLUCOMETRIA CADA 12 HORAS
 11. REPONER, PERDIDAS CCXCC CON HARTMAN C/4H
 - 12- EPTAVIS NIÑOS SOBRES , DAR 500MG ,C/12H
 13. LAGRIMAS ARTIFICIALES 2GOTAS C/OJO , C/4H
 14. MNB. CON ADRENALINA ,C/6H

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Meronem 1g Polvo Para Reconstituir		293 mgs iv cada 8 horas
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg		150 mgs iv cada 72 horas
Dipirona + Hioscina Solución Inyectable 5ml		200mgs iv cada 6 horas
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml		15 mgs iv cada 12 horas
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml		5mgs iv cada 12 horas

Alberto Lozada Mantilla
CC 7476788 T. Prof 1461

Médico(a) Especialista
Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/10 09:45 **Entorno:** UCI Pediatrica

- Indicaciones**
1. RETIRAR Sonda VESICAL
 2. RETIRAR CATETER CENTRAL
 3. CANALIZAR VENA PERIFERICA PREVIAMENTE

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml		10 MG IV DADA 12 HS.

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Hemograma Iii [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica] Metodo Automatico	1	
Sodio	1	
Potasio	1	
Nitrogeno Ureico [Bun]	1	
Creatinina En Suero, Orina U Otros	1	
Radiografia De Torax (P.A. Ó A.P Y Lateral, Decubito Lateral, Oblicuas Ó Lateral Con Bario)	1	
Proteina C Reactiva, Prueba Semicuantitativa	1	
Uroanalisis Con Sedimento Y Densidad Urinaria	1	
Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)	1	RETROCULTIVO


Luis Vega Vega Rodriguez
CC 72095413 T. Prof 6987/90

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/10 16:20

Entorno: UCI Pediatria

Indicaciones
1. K-TROL 2,5CC + 10 CC SSN. PASAR IV EN 1 HORA.
2. ION K JARABE: 1.8 CC EN CADA TOMA DE FORMULA.

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg		150 MG IV CADA 24 HS.

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Potasio	1	

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/10 23:15 **Entorno:** UCI Pediatría

Indicaciones 1. KOH EN ORINA

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Urocultivo [Antibiograma Mic Automatico] (112)	1	

Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/11 07:00 **Entorno:** UCI Pediatría

- Indicaciones**
1. UCIP
 2. LECHE MATERNIZADA 90 CC CADA 2 HORAS
 3. ION K JARABE: 1.8 CC EN CADA TOMA DE FORMULA.
 4. SONTA NASOGASTRICA.
 5. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
 6. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
 7. ATI
 8. CAMARA CEFALICA FIO2 40%
 9. VIGILAR TRAMPA DE AGUA
 10. GLUCOMETRIA CADA 12 HORAS
 11. REPONER, PERDIDAS CCXCC CON HARTMAN C/4H
 12. EPTAVIS NIÑOS SOBRES, DAR 500MG, C/12H
 13. LAGRIMAS ARTIFICIALES 2GOTAS C/OJO, C/4H
 14. MNB. CON ADRENALINA, C/6H

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE			
HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713
		Sexo:	Femenino

Orden Medica

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Meronem 1g Polvo Para Reconstituir		293 MG IV CADA 8 HS
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg		150 MG CADA 24 HS
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml		200 MG IV CADA 8 HS
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml		15 MG IV CADA 12 HS
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml		10 MG IV CADA 12 HS
Fluconazol 200 mg/100 ml Solución Inyectable		60 MG IV CADA 24 HS (D0)

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Sodio	1	
Potasio	1	



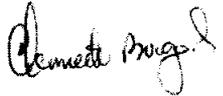
Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/11 12:51 Entorno: UCI Pediatría

Indicaciones

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Radiografía De Torax (P.A. Ó A.P Y Lateral, Decubito Lateral, Oblicuas Ó Lateral Con Bario)	1	



Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/12 07:00 Entorno: UCI Pediatría

- Indicaciones**
1. UCIP
 2. LECHE MATERNIZADA 90 CC CADA 2 HORAS
 3. ION K JARABE: 1.8 CC EN CADA TOMA DE FORMULA.
 4. SONDA NASOGASTRICA.
 5. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
 6. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
 7. ATI

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja		
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD		
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad:	3	años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo:	Femenino

Orden Medica

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Merone 1g Polvo Para Reconstituir		293 MG IV CADA 8 HS
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg		150 MG CADA 24 HS
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml		150 MG CADA 24 HS
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml		15 MG IV CADA 12 HS
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml		10 MG IV CADA 12 HS
Fluconazol 200 mg/100 ml Solución Inyectable		60 MG IV CADA 24 HS (D1)

Luis Fuentes Granados
 CC 88253963 T. Prof 2296

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/12 09:39 **Entorno:** UCI Pediatría

- Indicaciones**
1. FUROSEMIDA ,5MG, IV , C/12H
 2. RESTO IGUAL
 3. O2 X CAMARA DE H. 40%
 4. GLUCOMETRIA C/12H
 5. EPTAVIS NIÑOS SOBRES , DAR 500MG ,C/12H
 6. LAGRIMAS ARTIFICIALES 2GOTAS C/OJO , C/4H
 7. MNB. CON ADRENALINA ,C/6H

Alberto Lozada Mantilla
 CC 7476788 T. Prof 1461

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/13 07:00 **Entorno:** UCI Pediatría

- Indicaciones**
1. UCIP
 2. LECHE MATERNIZADA 90 CC CADA 2 HORAS
 3. ION K JARABE: 1.8 CC EN CADA TOMA DE FORMULA.
 4. SONDA NASOGASTRICA.
 5. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
 6. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
 7. ATI
 8. GLUCOMETRIA C/12H
 9. SUSPENDER MNB. CON ADRENALINA
 10. EPTAVIS NIÑOS SOBRES , DAR 500MG ,C/12H
 11. LAGRIMAS ARTIFICIALES 2GOTAS C/OJO , C/4H

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Meronem 1g Polvo Para Reconstituir		293 MG IV CADA 8 HS
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg		150 MG CADA 8 HS
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml		150 MG CADA 24 HS
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml		15 MG IV CADA 12 HS
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml		5 MG IV CADA 12 HS


 Alberto Lozada Mantilla
 CC 7476788 T. Prof 1461
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/13 12:11 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Ultrasonografia De Abdomen Total: Hgado, Pancreas, Vesicula, Vias Biliares, Riñones, Bazo, Grandes Vasos, Pelvis Y Flancos	1	


 Luis Galindo Gutierrez
 CC 8667500 T. Prof 1212
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/14 07:20 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones

1. UCIP
2. LECHE MATERNIZADA 90 CC CADA 2 HORAS
3. ION K JARABE: 1.8 CC EN CADA TOMA DE FORMULA.
4. SONDA NASOGASTRICA.
5. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
6. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
7. ATI
8. GLUCOMETRIA C/12H
- 9- EPTAVIS NIÑOS SOBRES , DAR 500MG ,C/12H
10. LAGRIMAS ARTIFICIALES 2GOTAS C/OJO , C/4H

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Meronem 1g Polvo Para Reconstituir	293 MG IV CADA 8 HS	
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg	150 MG CADA 8 HS	
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml	150 MG CADA 24 HS	
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml	15 MG IV CADA 12 HS	
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml	5 MG IV CADA 12 HS	


 Luis Galindo Gutierrez
 CC 8667500 T. Prof 1212
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/15 07:16 **Entorno:** UCI Pediatrica

- Indicaciones**
1. UCIP
 2. LECHE MATERNIZADA 100 CC CADA 2 HORAS
 3. ION K JARABE: 1.8 CC EN CADA TOMA DE FORMULA.
 4. SONTA NASOGASTRICA.
 5. BALANCE HIDRICO - PESO DIARIO
 6. MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
 7. ATI
 8. CAMARA CEFALICA FIO2 40%
 9. VIGILAR TRAMPA DE AGUA
 10. GLUCOMETRIA CADA 12 HORAS
 11. REPONER, PERDIDAS CCXCC CON HARTMAN C/4H
 - 12- EPTAVIS NIÑOS SOBRES , DAR 500MG ,C/12H
 13. LAGRIMAS ARTIFICIALES 2GOTAS C/OJO , C/4H

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Meronem 1g Polvo Para Reconstituir	293 MG IV CADA 8 HS	
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg	150 MG CADA 24 HS	
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml	200 MG IV CADA 8 HS	
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml	15 MG IV CADA 12 HS	
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml	10 MG IV CADA 12 HS	
Fluconazol 200 mg/100 ml Solución Inyectable	60 MG IV CADA 24 HORAS D4	


 Clemente Borges Salazar
 CC 8640456 T. Prof 725
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja	
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD	
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años	
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo: Femenino

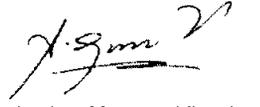
Orden Medica

Fec-Hora: 2010/06/15 10:11 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones 1-TERAPIA FISICA CADA 8 HORAS
2VALORACION POR NUTRICION

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Hemograma Iii [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica] Metodo Automatico	1	
Proteina C Reactiva, Prueba Semicuantitativa	1	
Sodio	1	
Potasio	1	
Albumina	1	
Creatinina Depuracion	1	serica
Nitrogeno Ureico [Bun]	1	
Radiografia De Torax (P.A. Ó A.P Y Lateral, Decubito Lateral, Oblicuas Ó Lateral Con Bario)	1	
Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)	1	
Cultivo Para Microorganismos Anaerobios De Cualquier Muestra Diferente A Medula Osea	1	punta de cateter



Aquileo Manotas Vizcaino
CC 8633222 T. Prof 2623

Médico(a) Especialista
Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/15 20:35 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones 1-SUSPENDER POTASIO ORAL: ION-K



Aquileo Manotas Vizcaino
CC 8633222 T. Prof 2623

Médico(a) Especialista
Pediatría

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Fec-Hora: 2010/06/16 07:00 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones

- 1-UCIP
- 2-MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
- 3-PESO DIARIO+BALANCE HIDRICO
- 4-SNG PARA ALIMENTACION
- 5-LECHE DE FORMULA 100 CC POR SONSA CADA 3 HORAS
- 6-ATI VENOSO
- 7-TERAPIA FISICA CADA 8 HORAS

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Meropenem 1 Gr-Amp		293 mgs iv cada 8 horas
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg		150 mgs iv cada 24 horas
Dipirona + Hioscina Solución Inyectable 5ml		200 mgs iv cada 8 horas
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml		15 mgs iv cada 12 horas
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml		10 mgs iv cada 12 horas
Fluconazol Cápsulas 200 mg		60 mgs iv cada 24 horas (d5)

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Sodio	1	
Potasio	1	
Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)	1	


 Aquileo Manotas Vizcaino
 CC 8633222 T. Prof 2623

Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/16 10:54 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones

- 1.SUSPENDER FUROSEMIDA
- 2 APORTER ENTRAL ,100CC, C/2H
3. PREPARAR PARA RETIRO DE T.T.
4. RESTO IGUAL

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg		150MG, IV. C/6H

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica



Alberto Lozada Mantilla
CC 7476788 T. Prof 1461
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/17 07:00 **Entorno:** UCI Pediatria

Indicaciones

- 1-UCIP
- 2-MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
- 3-PESO DIARIO+BALANCE HIDRICO
- 4-SNG PARA ALIMENTACION
- 5-LECHE DE FORMULA 100 CC POR SONSA CADA 3 HORAS
- 6-ATI VENOSO
- 7-TERAPIA FISICA CADA 8 HORAS
8. RX TORAX CONTROL
- 9.HEMOGRAMA

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Meropenem 1 Gr-Amp		293 mgs iv cada 8 horas
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg		150 mgs iv cada 6 horas
Dipirona + Hioscina Solución Inyectable 5ml		200 mgs iv cada 8 horas
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml		15 mgs iv cada 12 horas
Furosemida Solución Inyectable 20 mg/2 ml		SUSPENDIDA

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Sodio	1	
Potasio	1	
Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)	1	



Alberto Lozada Mantilla
CC 7476788 T. Prof 1461
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/17 09:40 **Entorno:** UCI Pediatria

Indicaciones 1. APORTE ENTERAL: Fla lactea 150 cc cada 3 hs (120 cc/k)

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Fluconazol 200 mg/100 ml Solución Inyectable		60 MG IV CADA 24 H

**FIEL COPIA DE S
ORIGINAL**

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/17 15:37 **Entorno:** UCI Pediatrica

Indicaciones

Medicamentos

<i>Nombre</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Indicaciones</i>
Vancomicina clorhidrato Polvo Inyeccion 500 mg		SUSPENDER
Meropenem 1g Polvo Para Reconstituir		SUSPENDER

Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/18 06:53 **Entorno:** UCI Pediatrica

- Indicaciones**
- 1-UCIP
 - 2-MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
 - 3-PESO DIARIO+BALANCE HIDRICO
 - 4-SNG PARA ALIMENTACION
 - 5-LECHE DE FORMULA 150 CC POR Sonda CADA 3 HORAS
 - 6-ATI VENOSO
 - 7-TERAPIA FISICA CADA 8 HORAS

Medicamentos

<i>Nombre</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Indicaciones</i>
Fluconazol 200 mg/100 ml Solución Inyectable		60 MG IV CADA 24 HS
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml		200 MG IV CADA 8 HS
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml		15 MG IV CADA 12 HS

Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/18 09:20 **Entorno:** UCI Pediatrica

- Indicaciones**
- 1-TRANSLADO A PISO

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

109

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No. RC 1048284126

Paciente: Yorley Pacheco Siibaja

Identificación: RC 1048284126

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD

Fecha Nac: 12/07/2008

Est. Civil:

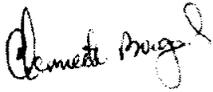
Edad: 3 años

Dirección: CALLE 16 Nº 1A - 120

Teléfono: 320 5564713

Sexo: Femenino

Orden Medica



Clemente Borges Salazar

CC 8640456 T. Prof 725

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/19 07:00

Entorno: UCI Pediatría

Indicaciones

- 1-Hospitalizar
- 2-MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
- 3-PESO DIARIO+BALANCE HIDRICO
- 4-SNG PARA ALIMENTACION
- 5-LECHE DE FORMULA 150 CC POR Sonda CADA 3 HORAS
- 6-ATI VENOSO
- 7-TERAPIA FISICA CADA 8 HORAS

Medicamentos

Nombre

Cantidad Indicaciones

Fluconazol 200 mg/100 ml Solución Inyectable

60 mg iv cada 24 horas

Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml

200 mg IV cada 8 horas

Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml

15 mg IV cada 12 horas

Luis Fuentes Granados
CC 88253963 T. Prof 2296

Médico(a) Especialista

Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/20 07:00

Entorno: UCI Pediatría

Indicaciones

- 1-Hospitalizar
- 2-MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
- 3-PESO DIARIO+BALANCE HIDRICO
- 4-SNG PARA ALIMENTACION
- 5-LECHE DE FORMULA 150 CC POR Sonda CADA 3 HORAS
- 6-ATI VENOSO
- 7-TERAPIA FISICA CADA 8 HORAS

Medicamentos

Nombre

Cantidad Indicaciones

Fluconazol 200 mg/100 ml Solución Inyectable

60 mg iv cada 24 horas

Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml

200 mg IV cada 8 horas

Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml

15 mg IV cada 12 horas

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE			
HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica



Alberto Lozada Mantilla
 CC 7476788 T. Prof 1461
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/21 07:00 **Entorno:** UCI Pediatrica

- Indicaciones**
- 1-ucip
 - 2-MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
 - 3-PESO DIARIO+BALANCE HIDRICO
 - 4-SNG PARA ALIMENTACION
 - 5-LECHE DE FORMULA 150 CC POR SONDA CADA 3 HORAS
 - 6-ATI VENOSO
 - 7-TERAPIA FISICA CADA 8 HORAS

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Fluconazol 200 mg/100 ml Solución Inyectable		60 mg iv cada 24 horas
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml		200 mg IV cada 8 horas
Ranitidina Solución Inyectable 50 mg/2 ml		15 mg IV cada 12 horas



Luis Galindo Gutierrez
 CC 8667500 T. Prof 1212
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/21 09:17 **Entorno:** Hospitalizacion

- Indicaciones**
- 1-PEDIATRIA
 - 2-MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO
 - 3-PESO DIARIO+BALANCE HIDRICO
 - 4-SNG PARA ALIMENTACION
 - 5-LECHE DE FORMULA 150 CC POR SONDA CADA 3 HORAS
 - 6-ATI VENOSO
 - 7-TERAPIA FISICA CADA 8 HORAS
 - 8- KOH EN ORINA

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Fluconazol 200 mg/100 ml Solución Inyectable		60 MG IV CADA 24 HORAS

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Uroanálisis Con Sedimento Y Densidad Urinaria	1	
Urocultivo [Antibiograma Mic Automático] (112)	1	

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica



Clemente Borges Salazar
CC 8640456 T. Prof 725
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/22 11:35 **Entorno:** Hospitalizacion

Indicaciones

1. SNG: leche maternizada 150 cc cada 3 horas + complementaria para la edad. Estimular succión.
2. Tapón venoso.
3. Balance hídrico.
4. Control de signos vitales y avisar cambios.

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Fluconazol 200 mg/100 ml Solución Inyectable		60 MG IV CADA 24 HORAS
Dipirona Solución Inyectable 1g/2 ml		200 mg iv cad 8 horas PRN.

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Terapia Fisica Integral Sod (198) (295)	3	1 cada 8 horas



Yazmin Etel Mercado Diaz
CC 32851686 T. Prof 283003
Médico(a) General

Fec-Hora: 2010/06/23 11:15 **Entorno:** Hospitalizacion

Indicaciones

1. SNG: leche maternizada 150 cc cada 3 horas + complementaria para la edad. Estimular succión/deglucion
2. Control de signos vitales y avisar cambios.
- 3 -koh en orina

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Sulfato Ferroso Jarabe 5.3g/100m		30 mgr diario vo lejos de la comida

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Terapia Fisica Integral Sod (198) (295)	3	1 cada 8 horas
Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)	1	
Proteina C Reactiva, Prueba Semicuantitativa	1	

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Martin Balza Ohlsen
 CC 8722036 T. Prof 3645
 Médico(a) Especialista
 Neonatología

Fec-Hora: 2010/06/24 11:48 **Entorno:** Hospitalización

- Indicaciones**
1. Aporte enteral por SNG: leche maternizada 150 cc cada 3 horas + complementaria para la edad.
 2. Estimular succión/deglucion
 3. Control de signos vitales y avisar cambios.

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Sulfato Ferroso Jarabe 5.3g/100m		30 mg cada 24 horas, lejos de la comida.
Acetaminofen Jarabe 150 Mg		5 cc cada 6 horas

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Terapia Fisica Integral Sod (198) (295)	3	1 cada 8 horas
Tomografia Axial Computada De Craneo Simple	1	INCLUIR CEREBELO
Radiografia De Torax (P.A. Ó A.P Y Lateral, Decubito Lateral, Oblicuas Ó Lateral Con Bario)	1	
Terapia Respiratoria Integral Sod (198) (298)	3	1 cada 8 horas con B2

Luis Vega Vega Rodriguez
 CC 72095413 T. Prof 6987/90
 Médico(a) Especialista
 Pediatría

Fec-Hora: 2010/06/25 08:26 **Entorno:** Hospitalización

- Indicaciones**
1. Aporte enteral por SNG: leche maternizada 150 cc cada 3 horas + complementaria para la edad.
 2. Estimular succión/deglucion
 3. Control de signos vitales y avisar cambios.
 4. Pendiente reporte de TAC cerebral control.
 5. Valoración por neurocirugía.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Orden Medica

Fec-Hora: 2010/06/27 11:29 **Entorno: Hospitalizacion**

Indicaciones

1. Aporte enteral por SNG: leche maternizada 150 cc cada 3 horas + complementaria para la edad.
2. Estimular succión/deglucion
3. Control de signos vitales y avisar cambios.

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Sulfato Ferroso Jarabe 5.3g/100m		30 mg cada 24 horas, lejos de la comida.
Acetaminofen Jarabe 150 Mg		5 cc cada 6 horas

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Terapia Fisica Integral Sod (198) (295)	3	1 cada 6 horas
Terapia Respiratoria Integral Sod (198) (298)	3	1 cada 8 horas con B2



Luis Galindo Gutierrez
CC 8667500 T. Prof 1212
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/28 12:35 **Entorno: Hospitalizacion**

Indicaciones

1. Aporte enteral por SNG: leche maternizada 150 cc cada 3 horas + complementaria para la edad.
2. Estimular succión/deglucion
3. Control de signos vitales y avisar cambios.

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Sulfato Ferroso Jarabe 5.3g/100m		30 mg cada 24 horas, lejos de la comida.
Acetaminofen Jarabe 150 Mg		5 cc cada 6 horas

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Terapia Fisica Integral Sod (198) (295)	3	1 cada 6 horas
Terapia Respiratoria Integral Sod (198) (298)	4	1 cada 6 horas con B2, aspiración de secreciones PRN.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja		
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD		
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad:	3	años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo:	Femenino

Orden Medica



Clemente Borges Salazar
CC 8640456 T. Prof 725
Médico(a) Especialista
Pediatria

Fec-Hora: 2010/06/29 11:23 **Entorno: Hospitalizacion**

Indicaciones

1. Aporte enteral por SNG: leche maternizada 150 cc cada 3 horas + complementaria para la edad.
2. Estimular succión/deglución
3. Control de signos vitales y avisar cambios.

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Sulfato Ferroso Jarabe 5.3g/100m		30 mg cada 24 horas, lejos de la comida.
Acetaminofen Jarabe 150 Mg		5 cc cada 6 horas

Procedimientos

Nombre	Cantidad	Indicaciones
Terapia Fisica Integral Sod (198) (295)	3	1 cada 6 horas
Terapia Respiratoria Integral Sod (198) (298)	4	1 cada 6 horas con B2, aspiración de secreciones PRN.



Yazmin Etel Mercado Diaz
CC 32851686 T. Prof 283003
Médico(a) General

Fec-Hora: 2010/06/30 10:50 **Entorno: Hospitalizacion**

Indicaciones Egreso institucional.



Alberto Lozada Mantilla
CC 7476788 T. Prof 1461
Médico(a) Especialista
Pediatria

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

PH 7.490
 PCO2 30,9 mmHg
 PO2 77,4 mmHg

MEDIDO A 37 °C

PH 7.475
 PCO2 32,3 mmHg
 PO2 82,6 mmHg

DATOS CALCULADOS

HCO3 act 23,3 mmol/L
 HcO3 std 24,9 mmol/L
 BE(efc) -0,3 mmol/L
 BE(B) 0,5 mmol/l
 CtCO2 24.2 mmol/L

O2 SAT 96,8 %

Po2/fio2 2,36
 Po2 (A - a) (T) 130,0 mmHg

Hemoclasificacion Grupo Abo Y Factor Rh

GRUPO SANGUINEO "O"
 FACTOR RH POSITIVO

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

IMPRESO EN MEDIO FISICO

Nitrogeno Ureico [Bun]

7,6 mg/dl VALOR NORMAL: 7 - 18

Potasio

2,45 mEq/L VALOR NORMAL: 3,5 - 5,3

Proteina C Reactiva, Prueba Semicuantitativa

48 UI/ML VALOR NORMAL: NEGATIVA MENOR DE 6

Sodio

136 mEq/L VALOR NORMAL: 135 - 145

Tiempo De Protrombina [Pt]

15.5 SEGUNDOS CONTROL: 17,8 SEGUNDOS

Tiempo De Tromboplastina Parcial [Ptt]

38,0 SEGUNDOS CONTROL: 41,6 SEGUNDOS



Dumarlys Iglesias Teran
 CC 32849752 T. Prof 957

Bacteriologo

FIJARSE EN ESTE ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713
		Sexo:	Femenino

Resultado Exámenes

Fec-Hora: 2010/05/24 18:57

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Uroanálisis Con Sedimento Y Densidad Urinaria

UROANALISIS EXAMEN FISICO QUÍMICO

COLOR.....AMARILLO
ASPECTO..... TURBIO +++
PH..... 7,5
DENSIDAD..... 1.010
PROTEINAS..... 100 mg/dl
GLUCOSA..... NEGATIVO
BILIRRUBINA NEGATIVO
UROBILINOGENO,.... NEGATIVO
SANGRE..... TRAZAS
CETONAS..... NEGATIVO
LEUCOCITOS..... NEGATIVO
NITRITOS..... NEGATIVO

EXAMEN MICROSCOPICO

CELULAS EPITELIALES..... +
BACTERIAS..... +
LEUCOCITOS 6-8 /CAMPO
HEMATIES..... 2 - 4 /CAMPO
MOCO..... ++
CELULAS RENALES..... ++
CILINDROS GRANULOSOS..... 0 - 2 / CAMPO
CRISTALES..... NO



Dumarlys Iglesias Teran
CC 32849752 T. Prof 957

Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/05/25 10:14

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Calcio Ionico

CALCIO IONICO:
RESULTADO: 1,14 mmol/L VALOR NORMAL: 1,19 - 1,39

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO A 36.5 °C

PH 7.545
PCO2 25,1 mmHg
PO2 76,3 mmHg

MEDIDO A 37 °C

**FIEL COPIA DE SU
ORIGINAL**

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

PH 7.529
 PCO2 26.2 mmHg
 PO2 81.5 mmHg

DATOS CALCULADOS

HC03 act 21.4 mmol/l
 Hc03 std 24.7 mmol/L
 BE(efc) -1.4 mmol/L
 BE(B) 0.2 mmol/l
 CtCO2 22.2 mmol/L

O2 SAT 97.2 %

Po2/fio2 1,25
 Po2 (A - a) (T) 350,6 mmmHg
 Po2 (a/A) (T) 0,18

Potasio

POTACIO:
 RESULTADO: 3,28 mEq/L VALOR NORMAL: 3,5 - 5,3

Sodio

SODIO:
 RESULTADO: 136 mEq/L VALOR NORMAL: 135 - 145

Dumarlys Iglesias Teran
 CC 32849752 T. Prof 957
 Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/05/25 18:59

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

RESULTADO : NEGATIVOS A LAS 24 HORAS DE INCUBACION

FECHA DE TOMA DE MUESTRA MAYO 24-2010
 FECHA DE INFORME : MAYO 25-2010

Dumarlys Iglesias Teran
 CC 32849752 T. Prof 957
 Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/05/25 23:35

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

Líquido Cefalorraquídeo [Lcr, Examen Físico Y Citoquímico Con Glucosa, Proteínas, Morfología De Eritrocitos Y Diferencial De Leucocitos]

ESTUDIO DE LIQUIDO PLEURAL

EXAMEN FISICO:

COLOR.....AMARILLO
ASPECTO.....TURBIO +++

EXAMEN CITOLOGICO:

HEMATIES..... 10 CEL/mm3
LEUCOCITOS..... INCONTABLES

EXAMEN QUIMICO:

GLUCOSA..... 7,9 mg/dl
PROTEINAS..... 406 mg/dl

GRAM:

COCOS GRAM POSITIVOS +++
RESPUESTA LEUCOCITARIA TIPO POLIMORFONUCLEAR ABUNDANTE

Katya De la Hoz Mendoza
CC 32854345 T. Prof 1108
Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/05/26 10:03

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Calcio Ionico

CALCIO IONICO:
RESULTADO: 1.25 mmol / L VALOR NORMAL 1.19 - 1.39

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO A 36.0 °C

PH 7.493
PCO2 26.2 mmHg
PO2 74.2 mmHg

MEDIDO A 37 °C

PH 7.478
PCO2 27.4 mmHg
PO2 79.3 mmHg

DATOS CALCULADOS

HC03 act 19.9 mmol/l
Hc03 std 22.7 mmol/L
BE(efc) -3.7 mmol/L
BE(B) -2.1 mmol/l
CIC02 20.7 mmol/L

FICHA ORIGINAL DE SU

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

02 SAT 96.6 %

Po2/fio2 3.77
 Po2 (A - a) (T) 41.2 mmHg
 Po2 (a/A) (T) 0.64

Potasio

POTASIO:
 RESULTADO: 3.75 mEq / L VALOR NORMAL 3.5 - 5.3

Sodio

SODIO:
 RESULTADO: 137 mEq/ L VALOR NORMAL : 135 - 145



Dumarlys Iglesias Teran
 CC 32849752 T. Prof 957
 Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/05/28 10:11

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Adenosin deaminasa [ada] *

PASTEUR
 LABORATORIOS CLINICOS DE COLOMBIA S.A.

INMUNOLOGIA
 ADENOSIN DEAMINASA 129.4 U/L SUERO: HASTA 17 U/L
 L. ASCITICO: HASTA 36 U/I
 L.C.R.: HASTA 5 U/L
 L. PERICARDIO: HASTA 90 U/L
 L. PLEURAL: HASTA 32 U/L



Carmen Cecilia Caballero Navarro
 CC 32851600 T. Prof 08576/2003
 Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/05/28 13:20

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Albumina

ALBUMINA:
 RESULTADO: 1,88 gr% VALOR NORMAL: 3,5 - 5,5 gr%

Creatinina En Suero, Orina U Otros

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

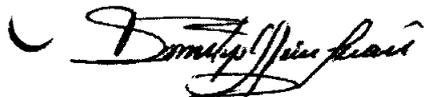
CREATININA:
RESULTADO: 0,87 mg/dl **V,NORMAL:** 0,5 - 1,2

Nitrogeno Ureico [Bun]

BUN:
RESULTADO: 19,7 mg/dl **V,NORMAL:** 7,0 - 18

Proteinas Totales En Suero Y Otros Fluidos

PROTEINA TOTAL:
RESULTADO: 3,95 gr% **VALOR TOTAL:** 6,3 - 8,7 gr%



Dumarlys Iglesias Teran
 CC 32849752 T. Prof 957
 Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/05/28 16:12

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Proteina C Reactiva, Prueba Semicuantitativa

PCR:
RESULTADO: 96 UI/ml **VALOR NORMAL:** ES NEGATIVA MENOR DE 6



Dumarlys Iglesias Teran
 CC 32849752 T. Prof 957
 Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/05/28 19:36

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

HEMCULTIVO X 2
NEGATIVO A LAS 24 HORAS DE INCUBACION

FECHA DE TOMA DE MUESTRA MAYO 24-2010
FECHA DE INFORME: MAYO 25-2010
HEMCULTIVO X 2
NEGATIVO A LAS 48 HORAS DE INCUBACION.

FECHA DE TOMA DE MUESTRA MAYO 24-2010
FECHA DE INFORME MAYO 26-2010
HEMCULTIVO X 2
NEGATIVOS A LOS 72 HORAS DE INCUBACION

FECHA DE TOMA DE MUESTRA MAYO 24-2010
FECHA DE INFORME MAYO 27-2010

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE			
HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

HEMOCULTIVO NEGATIVO A LOS 4 DIAS DE INCUBACION

FECHA DE TOMA DE MUESTRA MAYO 24-2010
FECHA DE INFORME : MAYO 28-2010

Dumarys Iglesias Teran
CC 32849752 T. Prof 957
Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/05/31 13:14

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Creatinina En Suero, Orina U Otros

CREATININA:
RESULTADO: 1,33 mg/dl VALOR NORMAL: 0,5 - 1,2

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

RESULTADO IMPRESO EN MEDIO FISICO.

Nitrogeno Ureico [Bun]

BUN:
RESULTADO: 28 mg/dl VALOR NORMAL: 7 - 18

Potasio

POTASIO:
RESULTADO: 3,78 mEq/L VALOR NORMAL: 3,5 - 5,3

Proteina C Reactiva, Prueba Semicuantitativa

PCR:
RESULTADO: 96 UI/ML VALOR NORMAL: ES NEGATIVA MENOR DE 6

Sodio

SODIO:
RESULTADO: 129 mEq/L VALOR NORMAL: 135 - 145

Carmen Cecilia Caballero Navarro
CC 32851600 T. Prof 08576/2003
Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/05/31 17:29

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Uroanalisis Con Sedimento Y Densidad Urinaria
UROANALISIS

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

EXAMEN FISICO QUÍMICO

COLOR ----- AMARRILLO
 ASPECTO----- TURBIO +
 PH..... 6,0
 DENSIDAD..... 1.015
 PROTEINAS..... 30 mg/dl
 GLUCOSA..... NEGATIVO
 BILIRRUBINA NEGATIVO
 UROBILIOMGENO,.... NEGATIVO
 SANGRE..... NEGATIVO
 CETONAS..... NEGATIVO
 LEUCOCITOS..... NEGATIVO
 NITRITOS..... NEGATIVO

EXAMEN MICROSCOPICO

CELULAS EPITELIALES..... +
 BACTERIAS..... ++
 MOCO ++
 LEUCOCITOS 4 - 6/ CAMPO
 CRISTALES DE FOSFATO AMORFO ++++
 HEMATIES 1 - 2 X / CAMPO
 CILINDROS HALINOS +

Carmen Cecilia Caballero Navarro
 CC 32851600 T. Prof 08576/2003
 Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/01 12:19

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Albumina

ALBUMINA:
 RESULTADO: 2,6 mg/dl VALOR NORMAL: 3,5 - 5,5

Amilasa

AMILASA:
 RESUKTADO: 80 UA/dl VALOR NORMAL: HASTA 120

Coloracion Acido Alcohol Resistente [Zielh-Nielsen] Y Lectura O Baciloscopia

BK DE JUGO GASTRICO Nº 1

CELULAS EPITELIALES: ESCASAS
 POLIMORFOS NUCLEARES..... ESCASOS
 NEGATIVO PARA BAAR

Creatinina En Suero, Orina U Otros

CREATININA:
 RESULTADO: 2,9 mg/dl VALOR NORMAL: 0,5 - 1,2

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO 36.4 °C

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

pH 7.510
 pCO2 18.8 mmHg
 PO2 116.9 mmHg

MEDIDO A 37 °C
 pH 7.495
 pCO2 19.6 mmHg
 PO2 123.0 mmHg

DATOS CALCULADOS
 HCO3 act 14.8 mmol/L
 HCO3 std 19.9 mmol/L
 BE(ecf) -8.5 mmol/L
 BE(B) -5.7 mmol/L
 ctCO2 15.4 mmol/L

O2 SAT 98.8 %
 Po2/FIO2
 PO2(A-a) (T) 7.7 mmHg
 Po2(a/A) (T) 0.94

Nitrogeno Ureico [Bun]

BUN:
 RESULTADO: 34,1 mg/d/ VALOR NORMAL: 4,67 - 23,3

Potasio

POTASIO:
 RESULTADO: 3,80 mEq/L VALOR NORMAL: 3,5 - 5,3

Sodio

SODIO:
 RESULTADO: 128 mEq/L VALOR NORMAL: 135 - 145

Tiempo De Protrombina [Pt]

PT:
 RESULTADO: 16,4 SEGUNDOS CONTROL: 12,8 SEGUNDOS

Tiempo De Tromboplastina Parcial [Ptt]

PTT:
 RESULTADO: 29,7 SEGUNDOS CONTROL: 29,7 SEGUNDOS

Transaminasa Glutamico Oxalacetica O Aspartato Amino Transferasa [Tgo-Ast]

GOT:
 RESULTADO: 26 U/I VALOR NORMAL: HASTA 32

Transaminasa Glutamicopiruvica O Alanino Amino Transferasa [Tgp-Alt]

GPT:
 RESULTADO: 28 U/I VALOR NORMAL: HASTA 31



Carmen Cecilia Caballero Navarro
 CC 32851600 T. Prof 08576/2003

Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/02 14:02

Entorno: UCI Pediatrica

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

Resultados

Creatinina En Suero, Orina U Otros

CREATININA:
 RESULTADO: 3,1 mg/dl VALOR NORMAL: 0,5 - 1,2

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO 36.4 °C
 pH 7.433
 pCO2 26.9 mmHg
 PO2 98.4 mmHg

MEDIDO A 37 °C
 pH 7.433
 pCO2 26.9 mmHg
 PO2 98.4 mmHg

DATOS CALCULADOS

HCO3 act 17.6 mmol/L
 HCO3 std 20.5 mmol/L
 BE(ecf) -6.7 mmol/L
 BE(B) -4.9 mmol/L
 ctCO2 18.4 mmol/L

O2 SAT 97.7 %
 Po2/FIO2
 PO2(A-a) (T) mmHg
 Po2(a/A) (T)

Nitrogeno Ureico [Bun]

BUN:
 RESULTADO: 35,5 mg/dl VALOR NORMAL: 4,67 - 23,3

Potasio

POTASIO:
 RESULTADO: 3,24 mEq/L VALOR NORMAL: 3,5 - 5,3

Sodio

SODIO:
 RESULTADO: 132 mEq/L VALOR NORMAL: 135 - 145



Carmen Cecilia Caballero Navarro
 CC 32851600 T. Prof 08576/2003

Bacteriologo

--

Fec-Hora: 2010/06/02 22:11

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Calcio Ionico

0,98 MMOL/L V/REFERENCIA 1,19-1,39

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE			
HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

CORREGIDO 36.2°C
 pH 7.381
 pCO2 25,8 mmHg
 PO2 90,6 mmHg

MEDIDO A 37 °C
 pH 7.381
 pCO2 25,8 mmHg
 PO2 90,6 mmHg

DATOS CALCULADOS
 HCO3 act 14,9 mmol/L
 HCO3 std 17,9 mmol/L
 BE(ecf) -10,2 mmol/L
 BE(B) -8,2 mmol/L
 ctCO2 15,7 mmol/L

O2 SAT 97,0 %
 Po2/FIO2
 PO2(A-a) (T) mmHg
 Po2(a/A) (T)

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

VER ANEXOS..

Nitrogeno Ureico [Bun]

BUN:
 RESULTADO: 37,3 mg/dl V. NORMAL: 4,67 - 23,3

Potasio

POTASIO:
 RESULTADO: 7,17 mEq/L V. NORMAL: 3,5 - 5,3

Sodio

SODIO:
 RESULTADO: 130 mEq/L V. NORMAL: 135 - 145



Carmen Cecilia Caballero Navarro
 CC 32851600 T. Prof 08576/2003

Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/04 12:10

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Creatinina En Suero, Orina U Otros

CREATININA:
 RESULTADO: 2,4 mg/dl V. NORMAL: 0,5 - 1,2

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma,

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

SODIO:
 RESULTADO: 134 mEq/L V. NORMAL: 135 - 145



Carmen Cecilia Caballero Navarro
 CC 32851600 T. Prof 08576/2003
 Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/04 19:12 **Entorno:** UCI Pediatrica

Resultados

Potasio

POTASIO:
 RESULTADO: 2,20 mEq/L V. NORMAL: 3,5 - 5,3

Sodio

SODIO:
 RESULTADO: 138 mEq/L V. NORMAL: 135 - 145



Carmen Cecilia Caballero Navarro
 CC 32851600 T. Prof 08576/2003
 Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/05 10:20 **Entorno:** UCI Pediatrica

Resultados

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO A 37.0 °C

PH 7.466
 PCO2 24,0 mmg
 PO2 164,8 mmHg

MEDIDO AÇ 37 °C

PH 7.466
 PCO2 24,0 mmg
 PO2 164,8 mmHg

DATOS CALCULADOS

HCO3 act 16,9 mmol/l
 Hc03 std 20,7 mmol/L
 BE(efc) -6,8 mmol/L
 BE(B) -4,7 mmol/L

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

CtCO2 17,6 mmol/L

O2 SAT 99,2 %

Po2/fio2

Po2 (A - a) (T) mmHg

Po2 (a/A) (T)

Potasio

POTASIO:

RESULTADO: 2,99 mEq/L

V. NORMAL: 3,5 - 5,3

Sodio

SODIO:

RESULTADO: 137 mEq/L

V. NORMAL: 135 - 145

Carmen Cecilia Caballero Navarro
CC 32851600 T. Prof 08576/2003

Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/05 11:51

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

VER ANEXOS..

Carmen Cecilia Caballero Navarro
CC 32851600 T. Prof 08576/2003

Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/06 10:40

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO 36.5 °C

pH 7.435

Pco2 29,2 mmHg

PO2 121,7 mmHg

MEDIDO A 37 °C

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja		
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD		
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad:	3	años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo:	Femenino

Resultado Exámenes

PH 7.429
 PCO2 29,7 mmHg
 PO2 124,2 mmHg

DATOS CALCULADOS

HC03 act 19,2 mmol/l
 Hc03 std 21,4 mmol/L
 BE(efc) -5,1 mmol/L
 BE(B) -3,7 mmol/L
 CtCO2 20,1 mmol/l

O2 SAT 98.6%

Po2/fio2 3,10
 Po2 (A - a) (T) 123,5 mmHg
 Po2 (a/A) (T) 0,50

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

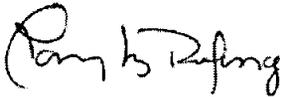
VER ANEXOS

Potasio

RESULTADO : 2,61 mEq / L V. NORMAL : 3,5 - 5,3

Sodio

RESULTADO: 136 mEq / L V. NORMAL : 135 - 145



Mary Luz Rolong Caballero
 CC 32851413 T. Prof 1053

Bacteriologo

--

Fec-Hora: 2010/06/07 11:04

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Calcio Ionico

1,23 mEq/L V. NORMAL:

Creatinina En Suero, Orina U Otros

0,96 mg/dl V. NORMAL: 0,5 - 1,2

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO 36,5 °C
 pH 7.491
 Pco2 25,3 mmHg
 PO2 141,5 mmHg

MEDIDO A 37 °C

ORIGINAL
 FIEL COPIA DE SU

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

PH 7.483
 PCO2 25,9 mmHg
 PO2 144,5 mmHg

DATOS CALCULADOS

HC03 act 19,0 mmol/L
 Hc03 std 22,3 mmol/L
 BE(efc) -4,5 mmol/L
 BE(B) -2,7 mmol/L
 CtCO2 19,8 mmol/L

02 SAT 99,0 %

Po2/fio2 3,61
 Po2 (A - a) (T) 108,5 mmHg
 Po2 (a/A) (T) 0,57

Nitrogeno Ureico [Bun]

44,1 mg/dl V. NORMAL: 4,67 - 23,3

Potasio

3,77 mEq/L V. NORMAL: 3,5 - 5,3

Sodio

133 mEq/L V. NORMAL:

Katya De la Hoz Mendoza
 CC 32854345 T. Prof 1108

Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/07 17:42

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

ver anexo.

Katya De la Hoz Mendoza
 CC 32854345 T. Prof 1108

Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/10 14:40

Entorno: UCI Pediatrica

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

Resultados

Creatinina En Suero, Orina U Otros

CREATININA:
 RESULTADO: 1,0 mg/dl V. NORMAL: 0,5 - 1,2

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO 36.5°C
 pH 7.512
 Pco2 34.7 mmHg
 PO2 170.6 mmHg

MEDIDO A 37 °C

pH 7.512
 Pco2 34.7 mmHg
 PO2 170.6 mmHg

DATOS CALCULADOS

HCO3 act 27.1 mmol/L
 HcO3 std 28.5 mmol/L
 BE(efc) 4.1 mmol/L
 BE(B) 4.4 mmol/L
 CtCO2 28.2 mmol/L

O2 SAT 99.3 %

Po2/fio2
 Po2 (A - a) (T) mmHg
 Po2 (a/A) (T)

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

VER ANEXOS....

Nitrogeno Ureico [Bun]

BUN:
 RESULTADO: 21 mg/dl V. NORMAL: 4,67 - 23,3

Potasio

POTASIO:
 RESULTADO: 2,50 mEq/L V. NORMAL: 3,5 - 5,3

Proteina C Reactiva, Prueba Semicuantitativa

PCR:
 RESULTADO: 48 UI/ML V. NORMAL: ES NEGATIVA MENOR DE 6 UI/ML

Sodio

SODIO:
 RESULTADO: 140 mEq/L V. NORMAL: 135 -145

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

Dumarlys Iglesias Teran
 CC 32849752 T. Prof 957
 Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/10 20:46

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Uroanalysis Con Sedimento Y Densidad Urinaria

UROANALISIS

EXAMEN FISICO QUÍMICO

COLOR.....AMARILLO
 ASPECTOTURBIO ++
 PH.....6,5
 DENSIDAD.....1015
 PROTEINAS..... 30 mg/dl
 GLUCOSA..... NEGATIVO
 BILIRRUBINAS..... NEGATIVO
 CETONAS..... NEGATIVO
 UROBILINOGENO..... NEGATIVO
 SANGRE..... NEGATIVO
 NITRITOS.....NEGATIVO
 LEUCOCITOS NEGATIVO

EXAMEN MICROSCOPICO

CELULAS EPITELIALES +
 MOCO ++
 BACTERIAS++
 LEUCOCITOS 12 - 15 / CAMPO
 HEMATIES0 - 2 / CAMPO
 CRISTALES..... NO
 CILINDROS GRANULOSOS..... 2 - 4/CAMPO
 PSEUDOMICELIOS..... ++
 LEVADURAS EN GEMACION..... ++

Mary Luz Rolong Caballero
 CC 32851413 T. Prof 1053
 Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/11 03:54

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Examen Directo Para Hongos [Koh]
 RESULTADO

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

KOH EN ORINA : POSITIVO

Mary Luz Rolong Caballero
CC 32851413 T. Prof 1053
Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/11 10:17

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

HEMOCULTIVO

RESULTADO NEGATIVO A LAS 24 HORAS DE INCUBACION

FECHA DE TOMA DE MUESTRA JUNIO 10-2010
FECHA DE INFORME JUNIO 11-2010

Potasio

POTASIO:
RESULTADO: 3,22 mEq/L V. NORMAL: 3,5 - 5,3

Sodio

SODIO:
RESULTADO: 139 mEq/L V. NORMAL: 135 - 145

Dumarlys Iglesias Teran
CC 32849752 T. Prof 957
Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/13 17:07

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

HEMOCULTIVO

RESULTADO : NEGATIVO A LOS 3 DIAS DE INCUBACION

FECHA DE INGRESO : JUNIO - 10 - 2010
FECHA DE INFORME : JUNIO 13 - 2010

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

Katya De la Hoz Mendoza
 CC 32854345 T. Prof 1108
 Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/14 12:30 **Entorno:** UCI Pediatrica

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)
 HEMOCULTIVO X 1
 RESULTADO : NEGATIVOS ALOS 4 DIAS DE INCUBACION.
 F.INGRESO : JUNIO 10 -10
 F.REPORTE : JUNIO 14-10

Carmen Cecilia Caballero Navarro
 CC 32851600 T. Prof 08576/2003
 Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/15 18:19 **Entorno:** UCI Pediatrica

Resultados

Creatinina En Suero, Orina U Otros
 CREATININA:
 RESULTADO: 0,64 mg/dl V. NORMAL: 0,5 - 1,2

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)
 VER ANEXOS....

Nitrogeno Ureico [Bun]
 BUN:
 RESULTADO: 9,8 mg/dl V. NORMAL: 4,67 - 23,3

Potasio
 POTASIO:
 RESULTADO: 6,5 mEq/L V. NORMAL: 3,5 - 5,3

NOTA: SE SUGIERE MUESTRA PARA CONFIRMAR POTASIO, LIGERAMENTE HEMOLIZADA.
 Proteina C Reactiva, Prueba Semicuantitativa
 PCR:
 RESULTADO: 24 UI/ML V. NORMAL: ES NEGATIVA MENOR DE 6 UI/ML

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

Sodio

SODIO:
 RESULTADO: 133 mEq/L V. NORMAL: 135 - 145



Carmen Cecilia Caballero Navarro
 CC 32851600 T. Prof 08576/2003

Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/16 08:05 **Entorno:** UCI Pediatrica

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)
 RESULTADO : NEGATIVO A LAS 24 HORAS DE INCUBACION.

F.INGRESO : 15-06-010
 F.REPORTE : 16-06-010



Carmen Cecilia Caballero Navarro
 CC 32851600 T. Prof 08576/2003

Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/17 09:39 **Entorno:** UCI Pediatrica

Resultados

Urocultivo [Antibiograma Mic Automatico] (112)

PASTEUR
 LABORATORIOS CLINICOS DE COLOMBIA S.A.

Apellidos : PACHECO SIBAJA
 Nombres : YORLEY 104828412-705954
 Edad : Entregar en : 16
 Sexo : F ID : PRINCIPAL BQLLA Sede : CRA 50 NO. 79 - 172
 Medico : San Rafael Clinica Pagina No : 1/1

RESULTADOS UNIDADES VALORES DE REFERENCIA
 MICROBIOLOGIA
 CULTIVO DE ORINA CON ATB
 EX. EN FRESCO
 EX. POR COLORACION (GRAM)
 Germen1 Candida albicans
 Recuento de Colonias 70000 UFC/ml
 ANTIBIOGRAMA

Nota : La interpretación de los exámenes de laboratorio corresponde exclusivamente al médico.
 ESTE EXAMEN HA SIDO REVISADO Y FIRMADO ELECTRONICA M E N T E . Licencia No.0153 - Dasalud

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

Carmen Cecilia Caballero Navarro
 CC 32851600 T. Prof 08576/2003
 Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/17 14:26

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Gases Arteriales (En Reposo O En Ejercicio)

GASES ARTERIALES

CORREGIDO A 37.0 °C

PH 7.483
 PCO2 27,0 mmHg
 PO2 83,1 mmHg

MEDIDO A 37 °C

PH 7.483
 PCO2 27,0 mmHg
 PO2 83,1 mmHg

DATOS CALCULADOS

HC03 act 19,8 mmol/L
 Hc03 std 22,8 mmol/l
 BE(efc) -3,6 mmol/L
 BE(B) -2,0 mmol/l
 CtC02 20,6 mmol/L

O2 SAT 97,0 %

Po2/fio2
 Po2 (A - a) (T) mmHg
 Po2 (a/A) (T)

Potasio

RESULTADO

POTASIO : 3,70 mEq/L V,NORMAL : 3,5 - 5,3

Sodio

RESULTADO

SODIO : 138 mEq/L V,NORMAL : 135 - 145

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 Nº 1A - 120	Telefono:	320 5564713 Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

Carmen Cecilia Caballero Navarro
 CC 32851600 T. Prof 08576/2003
 Bacteriologo

--

Fec-Hora: 2010/06/17 15:33

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

VER ANEXOS

Carmen Cecilia Caballero Navarro
 CC 32851600 T. Prof 08576/2003
 Bacteriologo

--

Fec-Hora: 2010/06/18 07:37

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)
 RESULTADO : NEGATIVO A LAS 48 HORAS DE INCUBACION.

F.INGRESO : 15-06-010
 F.REPORTE : 17-06-010

Carmen Cecilia Caballero Navarro
 CC 32851600 T. Prof 08576/2003
 Bacteriologo

--

Fec-Hora: 2010/06/18 07:38

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)
 RESULTADO : NEGATIVO A LAS 72 HORAS DE INCUBACION.

F.INGRESO : 15-06-010

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja	
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD	
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años	
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo: Femenino

Resultado Exámenes

F.REPORTE : 18-06-010

Carmen Cecilia Caballero Navarro

CC 32851600 T. Prof 08576/2003

Bacteriologo

--

Fec-Hora: 2010/06/18 15:21

Entorno: UCI Pediatrica

Resultados

Cultivo Para Microorganismos Anaerobios De Cualquier Muestra Diferente A Medula Osea

PASTEUR
LABORATORIOS CLINICOS DE COLOMBIA S.A.

Apellidos : PACHECO SIBAJA Fecha de Ingreso : 16/06/2010

Nombres : YORLEY 104828412-906800 Fecha de Entrega : 18/06/2010

Edad : Entregar en : 16

Sexo : F ID : PRINCIPAL BQLLA Sede : CRA 50 NO. 79 - 172

Medico : San Rafael Clinica Pagina No : 1/1

RESULTADOS UNIDADES VALORES DE

REFERENCIA

MICROBIOLOGIA

CULTIVO Y ATB DE DIVERSAS MUES

Muestra : PUNTA DE CATETER

EX. EN FRESCO

EX. POR COLORACION (GRAM)

CULTIVO - GERMEN(ES) AISLADO(S) En medios selectivos y periodos de incubación establecidos, según el caso, no se

aislaron

germenes patógenos.

ANTIBIOGRAMA

Nota : La interpretación de los exámenes de laboratorio corresponde exclusivamente al médico.

ESTE EXAMEN HA SIDO REVISADO Y FIRMADO ELECTRONICA M E N T E . Licencia No.0153 - Dasalud

Carmen Cecilia Caballero Navarro

CC 32851600 T. Prof 08576/2003

Bacteriologo

--

Fec-Hora: 2010/06/19 14:57

Entorno: Hospitalizacion

Resultados

Hemocultivo Anaerobio Por Metodo Automatico (111)

HEMOCULTIVO POR UNO

RESULTADO: NEGATIVO A LOS 4 DIAS DE INCUBACION.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad: 3 años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713
		Sexo:	Femenino

Resultado Exámenes

LEUCOCITOS 10 - 12 / CAMPO
 BACTERIAS +
 HEMATIES NO
 CELULAS RENALES..... ++



Dumarlys Iglesias Teran
 CC 32849752 T. Prof 957

Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/23 14:38

Entorno: Hospitalizacion

Resultados

Examen Directo Para Hongos [Koh]
 NEGATIVO

Hemograma Iv [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento De Eritrocitos, Indices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento De Plaquetas, Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma] Metodo Automatico (233)

VER ANEXOS...

Proteina C Reactiva, Prueba Semicuantitativa

PCR:
 RESULTADO: 48 UI/ML V. NORMAL: ES NEGATIVA MENOR DE 6 UI/ML



Dumarlys Iglesias Teran
 CC 32849752 T. Prof 957

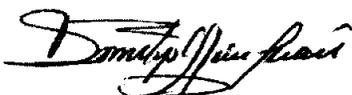
Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/06/24 08:38

Entorno: Hospitalizacion

Resultados

Urocultivo [Antibiograma Mic Automatico] (112)
 VER ANEXOS.....,



Dumarlys Iglesias Teran
 CC 32849752 T. Prof 957

Bacteriologo

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Clínica San Rafael

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

HC No.	RC 1048284126	Paciente:	Yorley Pacheco Siibaja		
Identificación:	RC 1048284126	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARAD		
Fecha Nac:	12/07/2008	Est. Civil:	Edad:	3	años
Dirección:	CALLE 16 N° 1A - 120	Telefono:	320 5564713	Sexo:	Femenino

Resultado Exámenes

Fec-Hora: 2010/07/02 09:56

Entorno: UCI Pediátrica

Resultados

Tiempo De Protrombina [Pt]

PT:
RESULTADO: 16.6 SEG CONTROL: 13,1 SEG

Tiempo De Tromboplastina Parcial [Ptt]

PTT:
RESULTADO: 34.4 SEG CONTROL: 31,0 SEG



Carmen Cecilia Caballero Navarro
CC 32851600 T. Prof 08576/2003
Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/08/04 16:13

Entorno: UCI Pediátrica

Resultados

Cultivo Para Microorganismos Anaerobios De Cualquier Muestra Diferente A Medula Osea
VER ANEXOS.....



Carmen Cecilia Caballero Navarro
CC 32851600 T. Prof 08576/2003
Bacteriologo

Fec-Hora: 2010/08/09 16:51

Entorno: UCI Pediátrica

Resultados

Antígeno Bacteriano en L.C.R, Sangre u otra muestra, prueba directa (polivalente para Meningitis)

PASTEUR
LABORATORIOS CLINICOS DE COLOMBIA S.A.

ANTIGENOS BACTERIANOS

Muestra : LIQUIDO PLEURAL
Streptococcus Pneumoniae Negativo
Hemophilus Influenza tipo b Negativo
Streptococcus grupo B Negativo
N. Meningitidis grupo ACY o M135 Negativo
N. Meningitidis B/E. coli K1 Negativo

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Esta es la clínica de todos...
...con servicios para todos!

Laboratorio Clínico San Rafael

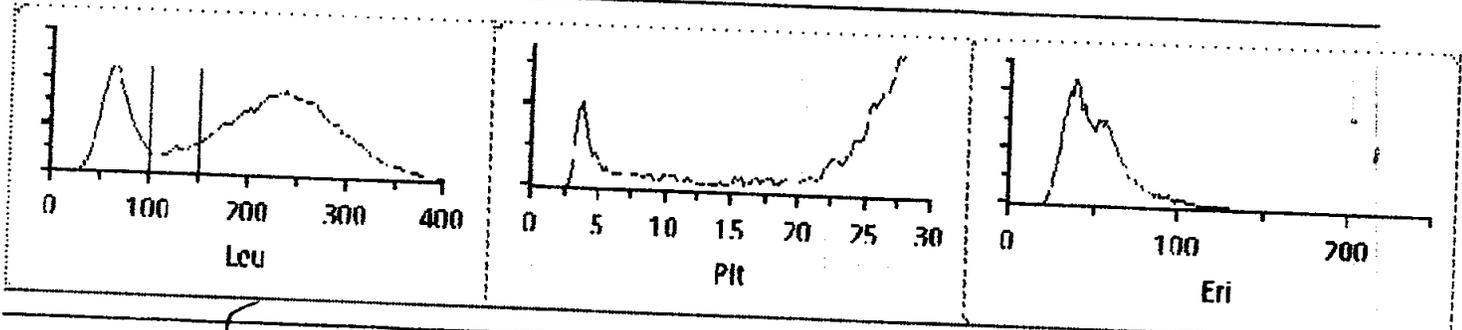
Fecha Impresión 31-may-10
Nombres PACHECO SIIBAJA YORLEY
Edad 1 Años
Documento 1048284126
Procesado por: Bacteriologo

Hora 12:37:26 p. **Empresa** SSA
Telefono
Grupo Edad NIÑO
Genero F

Fecha Resultado 31-may-10

Resultado Paciente 2

ERI : 4.48	10 ⁶ /mm ³	(4.60 - 5.04) #	LEU	22.7	10 ³ /mm ³	(5.50 - 10.00) #
HB : 10.2 L	g/dl	(11.40 - 13.50) #	DIFF :			
HTC : 30.6 L	%	(30.30 - 41.00)	%LYM :	21.0	%	(50.00 - 63.00) #
VCM : 68 L	u/m ³	(79.00 - 91.00) #	%MON :	4.6	%	(1.00 - 5.00)
HCM : 22.8 L	pg	(25.00 - 30.00) #	%GRA :	74.4	%	(30.00 - 39.00) #
CHCM : 33.4	g/dl	(30.00 - 35.00)	#LYM :	4.7 H	10 ³ /mm ³	(0.00 - 0.00) #
RDW : 21.4 H	%	(11.50 - 14.50) #	#MON :	1.0 H	10 ³ /mm ³	(0.00 - 0.00) #
PLT : 99 L	10 ³ /mm ³	(150.00 - 450.00) #	#GRA :	17.0 H	10 ³ /mm ³	(0.00 - 0.00) #
VPM : 8.4	um ³	(7.40 - 10.40)				
IDP : 0.4 L	%	(0.00 - 0.00) #				
PTC : .063 L	%	(0.01 - 15.00)				



Formula Manual

Anisocitosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neutrófilos	75 %	Metamielocitos	_____
Hipocromia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfocitos	22 %	Mielocitos	_____
Policromia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monocitos	_____	Promielocitos	_____
Poiquilocitosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eosinófilos	2 %	Blastos	_____
Microcitosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bazófilos	_____	Normoblastos	_____
Macrocitosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bandas	_____	Total (100%)	_____
Agregados Plaquetarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Eritrosedimentación	_____

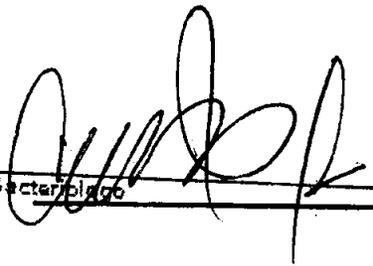
Observaciones RECUENTO MANUAL DE PALQUETAS : 155.900 m³.

PCR (96)

Coctail 1,33

7mm 1mm 1/2

Na = 129
K = 3,98



FIEL COPIA DE SU ORIGINAL



Esta es la clínica de todos...
... con servicios para todos!

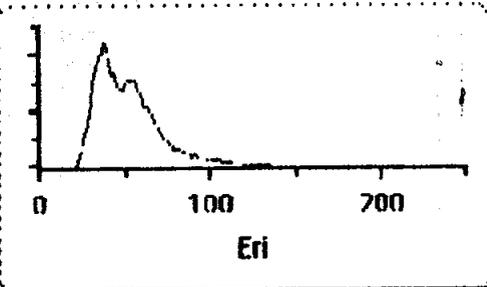
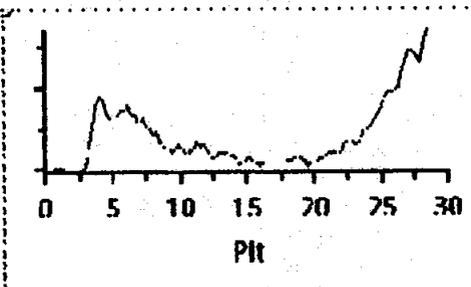
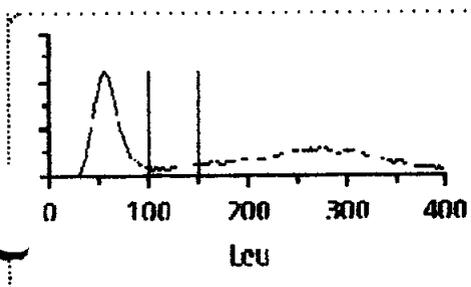
Laboratorio Clínico San Rafael

Fecha Impresión 24-may-10
 Nombres PACHECO SIIBAJA YORLEY
 Edad 1 Años
 Documento 1048284126
 Procesado por: Bacteriologo

Hora 03:06:35 p. Empresa SSA
 Telefono
 Grupo Edad NIÑO
 Genero F
 Fecha Resultado 24-may-10

Resultado Paciente 1

ERI : 4.97	10 ⁶ /mm ³	(4.60 - 5.04)	LEU : 6.7	10 ³ /mm ³	(5.50 - 10.00)
HB : 11.3	g/dl	(11.40 - 13.50) #	DIFF :		
ITC : 34.5 L %		(30.30 - 41.00)	%LYM : 39.6 %		(50.00 - 63.00) #
VCM : 69 L u/m ³		(79.00 - 91.00) #	%MON : 3.1 L %		(1.00 - 5.00)
HCM : 22.8 L pg		(25.00 - 30.00) #	%GRA : 57.3 %		(30.00 - 39.00) #
CHCM : 32.8 g/dl		(30.00 - 35.00)	#LYM : 2.6	10 ³ /mm ³	(0.00 - 0.00) #
RDW : 22.0 H %		(11.50 - 14.50) #	#MON : 0.2 L	10 ³ /mm ³	(0.00 - 0.00) #
PLT : 194	10 ³ /mm ³	(150.00 - 450.00)	#GRA : 3.9	10 ³ /mm ³	(0.00 - 0.00) #
VPM : 7.7	um ³	(7.40 - 10.40)			
TD : 2.3 L %		(0.00 - 0.00) #			
TC : .150 %		(0.01 - 15.00)			



Formula Manual

	+	++	+++			
Anisocitosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neutrófilos	60%	Metamielocitos
Hipocromia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfocitos	40%	Mielocitos
Policromia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monocitos	_____	Promielocitos
Poiquilocitosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eosinófilos	_____	Blastos
Microcitosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Basófilos	_____	Normoblastos
Macrocitosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bandas	_____	Total (100%)
Agregados Plaquetarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Eritrosedimentación

Observaciones
 BACTERIOLOGO
 U.P. # 28-2663
 UNIVERSIDAD METROPOLITANA
 SUCURSAL ATLANTICO

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

HEMANNAR

Laboratorio Clínico San Rafael

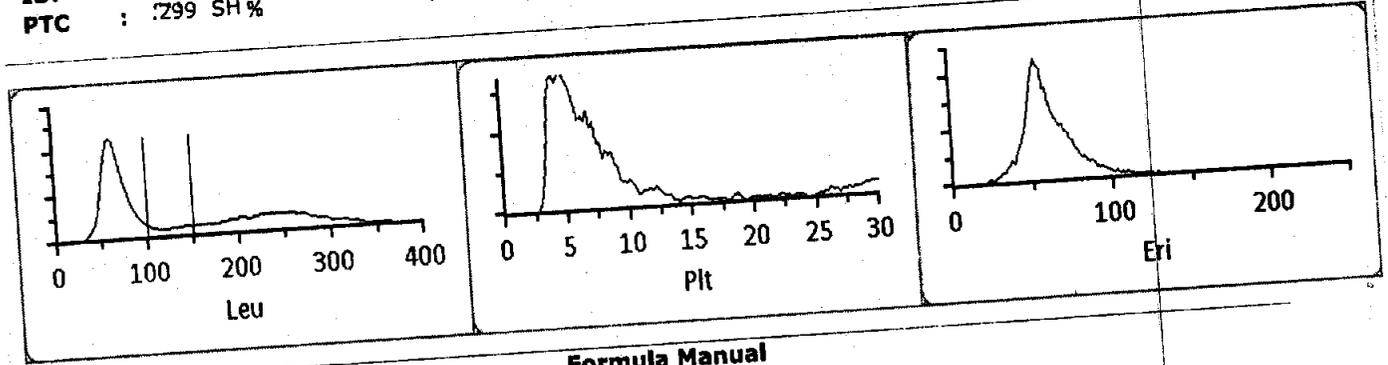
Fecha Impresion 23-jun-10
 Nombres PACHECO SIIBAJA YORLEY
 Edad 1 Años
 Documento 1048284126
 Procesado por: Bacteriologo

Hora 12:32:24 p. Empresa SSA
 Telefono
 Grupo Edad NIÑO
 Genero F

Fecha Resultado 23-jun-10

Resultado Paciente 12

ERI : 3.49 L $10^6/mm^3$	(4.60 - 5.04) #	LEU : 14.1 H $10^3/mm^3$	(5.50 - 10.00) #
HB : 9.7 L g/dl	(11.40 - 13.50) #	DIFF :	(50.00 - 63.00) #
HTC : 28.4 L %	(30.30 - 41.00) #	%LYM : 49.3 H %	(1.00 - 5.00) #
VCM : 81 u/ m^3	(79.00 - 91.00) #	%MON : 6.8 %	(30.00 - 39.00) #
HCM : 27.7 pg	(25.00 - 30.00)	%GRA : 43.9 %	
CHCM : 34.0 g/dl	(30.00 - 35.00)	#LYM : 6.9 H $10^3/mm^3$	(0.00 - 0.00) #
RDW : 13.7 %	(11.50 - 14.50)	#MON : 0.9 H $10^3/mm^3$	(0.00 - 0.00) #
		#GRA : 6.3 $10^3/mm^3$	(0.00 - 0.00) #
PLT : 458 SH $10^3/mm^3$	(150.00 - 450.00) #		
VPM : 6.5 SH um^3	(7.40 - 10.40) #		
IDP : 11.1 %	(0.00 - 0.00) #		
PTC : 299 SH %	(0.01 - 15.00)		



Formula Manual

Anisocitosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neutrófilos	48 %	Metamielocitos	_____
Hipocromía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfocitos	50 %	Mielocitos	_____
Policromía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monocitos	_____	Promielocitos	_____
Poiquilocitosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eosinófilos	2 %	Blastos	_____
Microcitosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Basófilos	_____	Normoblastos	_____
Macrocitosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bandas	_____	Total (100%)	_____
Agregados Plaquetarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Eritrosedimentación	_____

Observaciones

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Firma Bacteriologo

Annar Diagnostica Import Ltda

Encefalopatía anoxo-isquémica posterior al paro cardiorrespiratorio

José Fidencio Mata-Vicente

RESUMEN

La encefalopatía anoxo-isquémica es el síndrome producido por el desequilibrio entre la disminución del aporte de oxígeno y del flujo sanguíneo cerebral. Entre las causas de este fenómeno están: la hipoxemia sistémica (asfíxia, insuficiencia respiratoria), alteraciones en el transporte de oxígeno (anemia aguda, intoxicación por monóxido de carbono) y la reducción global del flujo sanguíneo cerebral, como es el caso del paro cardíaco. Esta revisión considera como modelo el paro cardiorrespiratorio porque es la causa más frecuente de encefalopatía anoxo-isquémica en la práctica clínica del adulto.

Palabras clave: mortalidad, pronóstico, predictores, encefalopatía, paro cardíaco.

ABSTRACT

Anoxo-ischemic encephalopathy is a syndrome caused by an imbalance between two factors: the supply of oxygen (O_2) and the decreased cerebral blood flow (CBF). Causes that determine this phenomenon include: systemic hypoxia (asphyxia, respiratory failure), changes in the transport of O_2 (anemia, acute carbon monoxide poisoning) or a global reduction of cerebral blood flow, such as cardiac arrest. This paper reviews the model of the cardiopulmonary arrest since it is the most common cause of anoxo-ischemic encephalopathy in clinical practice in adults.

Key words: mortality, prognosis, predictors, encephalopathy, cardiac arrest.

La encefalopatía anoxo-isquémica es el síndrome producido por el desequilibrio entre dos factores: la disminución del aporte de oxígeno y la disminución del flujo sanguíneo cerebral. Entre las causas de este fenómeno están: hipoxemia sistémica (asfíxia, insuficiencia respiratoria), alteraciones en el transporte de oxígeno (anemia aguda, intoxicación por monóxido de carbono)

o reducción global del flujo sanguíneo cerebral, como es el caso del paro cardíaco.

La disminución en la presión arterial media provoca baja en el flujo de la presión de perfusión tisular, con la consiguiente disminución de la presión arterial de oxígeno y acidosis metabólica. Este conjunto de factores condiciona disminución de la contractilidad miocárdica que redundará en menor perfusión tisular, con lo que se crea un círculo vicioso difícil de romper. Otras situaciones son la hipoxia intracelular debida a la intoxicación por cianuro (hipoxia histotóxica) y la insuficiencia placentaria en la asfíxia perinatal.¹⁻⁴

Esta revisión toma como modelo el paro cardiorrespiratorio porque es la causa más frecuente de encefalopatía anoxo-isquémica en la práctica clínica del adulto.

Unidad de Terapia Intensiva, Hospital de la Fundación Clínica Médica Sur, México, DF.

Correspondencia: Dr. José Fidencio Mata Vicente. Unidad de Terapia Intensiva, Hospital de la Fundación Clínica Médica Sur. Primer piso de Hospitalización. Puente de Piedra 150, México 14050 DF; gamma2001mx@yahoo.com.mx

Recibido: 6 de febrero 2013.
Aceptado: abril 2013.

Este artículo debe citarse como: Mata-Vicente JF. Encefalopatía anoxo-isquémica posterior al paro cardiorrespiratorio. Med Int Mex 2013;29:388-398.

EPIDEMIOLOGÍA

Si bien en nuestro medio no existen datos estadísticos al respecto, la tendencia es el incremento de la supervivencia de pacientes con paro cardiorrespiratorio. Aun en las mejo-

res condiciones, la mortalidad inmediata de los pacientes con paro cardiorrespiratorio es, incluso, de 50%. De este porcentaje que sobrevive, cerca de 65% fallece antes del alta hospitalaria. Sólo alrededor de 15% de los pacientes que sufren un paro cardiorrespiratorio dentro del hospital son dados de alta. De éstos, 20% fallece a los seis meses y sólo 10% de los supervivientes, es decir, 1.4% de los que sufren un paro cardiorrespiratorio intrahospitalario, puede reasumir su estilo de vida previo.⁵ Otras series informan cifras de 20 a 30%.^{3,6} Si las maniobras de reanimación se inician antes de cuatro minutos, la probabilidad de supervivencia (si ésta se toma como alta hospitalaria) se duplica, con más posibilidades de éxito cuando el inicio del paro cardiorrespiratorio es observado por un testigo y es originado por fibrilación ventricular^{6,7} y se logra corregir el fenómeno que desencadenó esta última (trastorno de electrolitos, hipoxia, ácido-base, etcétera).

FISIOPATOLOGÍA

El encéfalo constituye aproximadamente 2% del peso corporal total; sin embargo, consume incluso 20% del gasto cardíaco, 60% de la glucosa y 20% del oxígeno. Asimismo, las células de la corteza cerebral (que representan 20% de la masa encefálica) consumen 75% de los requerimientos metabólicos encefálicos. Además, la capacidad para extraer más oxígeno (reserva de extracción) es sólo de 40%, comparado con 80% de otros tejidos. La simple maniobra de detener el flujo sanguíneo cerebral durante más de seis a ocho segundos provoca pérdida inmediata de la conciencia. Si el flujo sanguíneo cerebral se restablece rápidamente, la conciencia se recupera en segundos a minutos.⁸

En un adulto sano el flujo sanguíneo cerebral es de 60 mL/min/100 g de tejido.⁹ Cuando es menor de 20-25 mL/min/100 g el electroencefalograma se lentifica gradualmente. Entre 18 y 20 mL/min/100 g las descargas espontáneas neuronales desaparecen. Entre 16 y 18 mL/min/100 g se produce insuficiencia eléctrica, que consiste en la desaparición de las respuestas eléctricas evocadas (fenómeno de la “onda de despolarización propagada), es decir, despolarizaciones celulares espontáneas que causan aplanamiento eléctrico y cambios en el flujo sanguíneo regional y aumentan el área de penumbra isquémica por daño de membrana añadido. Si el flujo sanguíneo cerebral es menor de 6 a 8 mL/min/100 g se altera la homeostasia iónica, la insuficiencia del potencial de membrana y la liberación masiva de potasio, en ese

momento la viabilidad neuronal desaparece (umbral de la insuficiencia de membrana). Cuando es menor de 20 mL/min/100 g aparecen síntomas neurológicos clínicamente detectables.¹⁰

Las alteraciones metabólicas en la producción de energía resultan en incremento en la producción de radicales libres y cambios del pH. Todos estos cambios son nocivos para los componentes (ácidos grasos poliinsaturados) de la membrana celular. La liberación de ácido araquidónico incrementa su metabolismo, lo que aumenta la producción de prostaglandinas y leucotrienos y lesiona la membrana de los capilares, lo que a su vez produce más radicales libres. La despolarización de la membrana celular libera neurotransmisores (catecolaminas, 5HT, glutamato, gaba y opioides endógenos) que en altas concentraciones también son citotóxicos y abren más canales de calcio.^{10,11}

El flujo sanguíneo cerebral depende de la presión de perfusión cerebral, que puede calcularse restando la presión intracraneana a la presión arterial media sistémica. Sin embargo, en la clínica esto no es tan sencillo, porque la presión de perfusión cerebral depende de gran cantidad de factores, entre los que destacan los cambios en el diámetro de las arterias y arteriolas y de la longitud de las mismas. Además, estas estructuras responden a cambios en las concentraciones de pH, neurotransmisores, iones, etc. El reto de calcular la presión de perfusión cerebral se torna muy difícil, tomemos el ejemplo la concentración de CO₂ arterial, la hipercapnia (hipoventilación) se relaciona con vasodilatación, mientras que la hipocapnia (hiperventilación) se relaciona con vasoconstricción; esta reactividad se atribuye a la respuesta del músculo liso a los cambios en la concentración de hidrogeniones (pH), lo que incrementa el diámetro del vaso (vasodilatación) y disminuye la resistencia vascular cerebral con mayor flujo sanguíneo cerebral. Si la hipoperfusión se mantiene durante más de cinco minutos, se produce daño neuronal en las estructuras más sensibles.¹²

Desde el punto de vista tisular, se han descrito tres fases en el cambio del flujo sanguíneo cerebral de pacientes que han sufrido un paro cardiorrespiratorio:

Fase 1: inicia al momento del paro circulatorio y se extiende hasta 20 minutos después de las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Durante este periodo se observa la liberación intravascular de óxido nítrico. Esto resulta en hiperemia moderada no uniforme con daño endotelial secundario a la reperfusión, exposición de fos-

folípidos de membrana y generación de radicales libres que aumentan el daño endotelial y celular difuso.

Fase 2: sobreviene entre 2 y 12 horas después del paro cardiorrespiratorio. Es una “fase de hipoperfusión tardía”, durante la que ocurre vasoespasmo y edema tisular, que disminuyen incluso 50% el flujo sanguíneo cerebral normal.

Fase 3: durante ésta el flujo sanguíneo cerebral puede tomar uno de dos caminos: volver a valores normales o disminuir a un flujo mínimo.^{1-3,13}

Desde el punto de vista microscópico, se observa microvacuolización y eosinofilia citoplasmática neuronal a tan sólo una hora de haber sufrido un paro cardiorrespiratorio. En los pacientes supervivientes se reporta gliosis en reemplazo de las neuronas muertas.²⁻¹⁹ Los resultados de autopsias de este grupo de pacientes que han evolucionado a estado vegetativo persistente describen una extensa necrosis cortical laminar y múltiples microinfartos.²⁻²⁰ En el Cuadro 1 se enumeran los principales patrones de daño neuropatológico.

EVALUACIÓN CLÍNICA

La mayoría de los pacientes que sufrieron un paro cardiorrespiratorio padecen una enfermedad subyacente,

por lo que hay que considerar los antecedentes y la causa del paro cardiorrespiratorio. En la evaluación inicial es importante determinar las características y calidad de la reanimación, los medicamentos administrados durante la reanimación y las características de la misma, en especial si se administraron fármacos sedantes o ciclopléjicos. En estos pacientes es indispensable realizar un examen minucioso neurológico y clínico porque ciertos signos orientarán acerca del padecimiento y el pronóstico.

Nivel de conciencia: debe hacerse una adecuada descripción evitando términos ambiguos o confusos, debemos apoyarnos en escalas diseñadas para tal fin, como la escala de coma de Glasgow (Cuadro 2).

Reflejos del tronco encefálico: deben examinarse los reflejos corneal, oculocefálicos, oculo vestibulares y fotomotor. El reflejo fotomotor inmediatamente después de la recuperación de un paro cardiorrespiratorio es un dato de buen pronóstico; sin embargo, su ausencia no necesariamente es dato patológico (posparo inmediato). Si persiste la ausencia del reflejo fotomotor doce horas después del paro cardiorrespiratorio se considera un signo de mal pronóstico.

Respuesta motora: deben describirse y diferenciarse las respuestas motoras: localiza, retira, flexiona, hiperextiende, así como la ausencia de respuesta.

Cuadro 1. Grados del electroencefalograma en pacientes con encefalopatía anoxo-isquémica

Grado I	Ritmo dominante alfa, con algo de actividad theta-delta, reactivo
Grado II	Actividad theta-delta con algo de actividad alfa normal, reactivo
Grado III	Actividad theta-delta predominante sin actividad alfa normal
Grado IV	Actividad delta de bajo voltaje, no reactiva. Coma alfa (actividad alfa generalizada no reactiva). Patrón de paroxismo-supresión
Grado V	Isoeléctrico

Modificado de la referencia 41.

Cuadro 2. Escala de resultados del sistema de puntuación de Glasgow

Puntos	Definición
1	Muerte
2	Estado vegetativo: despierto, pero no consciente, no tiene interacción cognitiva con el medio ambiente, no fija o sigue con los ojos, conserva las funciones vegetativas
3	Discapacidad severa, capaz de cumplir órdenes, pero no puede vivir de forma independiente; requiere apoyo a las actividades de la vida diaria
4	Moderada discapacidad, puede participar en las actividades de la vida diaria, pero el trabajo y la vida social están en peligro debido a la discapacidad física o mental
5	Buena recuperación, puede volver al trabajo o a la escuela

Modificado de la referencia 53.

Movimientos involuntarios: debe buscarse activamente la existencia de parpadeo, deglución, tos, etc. (tallo encefálico). Las mioclonías y el nistagmo sugieren un estado epiléptico no convulsivo.^{21,22}

SÍNDROMES CLÍNICOS

Todos los pacientes con paro cardiorrespiratorio tienen una evolución clínica variable, que se distingue por la aparición de diferentes síndromes, que se describen a continuación.

Déficit neurológico leve o transitorio

Los episodios breves de hipoxia-isquemia pueden provocar encefalopatía transitoria, generalmente precedida de coma de pocas horas de duración (< 12 horas). Pueden persistir algunos síntomas residuales, como confusión y amnesia. La amnesia habitualmente dura horas a días, aunque puede prolongarse semejando psicosis de Korsakoff, es decir, amnesia anterógrada con confabulación. Su base anatomopatológica es el daño permanente del hipocampo y afecta a quienes han persistido en coma durante más de 24 horas.²³

Daño encefálico difuso

Si la anoxia es prolongada, mueren todas las neuronas, lo que provoca la muerte encefálica. Alrededor de 5% de los pacientes recuperados de un paro cardiorrespiratorio avanzan a un estado de muerte encefálica.

Coma por lesión del tallo cerebral: por lo general, el paciente no es capaz de ventilar espontáneamente y su patrón de respuesta motora no es mejor que en casos de decorticación o descerebración. Su pronóstico es malo porque el paciente fallece o avanza a un estado vegetativo persistente.

Coma por lesión bihemisférica: se refiere a un paciente en coma con reflejos de tallo conservados e, incluso, hiperexaltados. Su respuesta motora es indiferente o de descerebración. En los casos más graves, puede producirse una necrosis cortical laminar, que clínicamente se asocia con desviación vertical ascendente y forzada de la mirada. No obstante, es habitual que este tipo de coma evolucione a niveles menores de daño cuantitativo de la conciencia y pase a sopor profundo o superficial. En estos casos pueden observarse respuestas motoras de retirada o localización e, incluso, movimientos voluntarios. El 20% de estos enfermos evoluciona a un estado vegetativo y aproximadamente 1% a estado vegetativo persistente.^{24,25}

Daño cerebral focal

Infarto limítrofe anterior: se produce en pacientes que han sufrido hipotensión arterial intensa y prolongada, habitualmente asociada con estenosis carotídea significativa. Los infartos se localizan en los territorios limítrofes entre las arterias cerebrales medias y cerebrales anteriores. Las áreas del hemículo motor más afectadas son los hombros y los brazos. Desde el punto de vista clínico, se manifiesta por paraparesia bibráquial proximal, o síndrome del “hombre en el barril”, en el que los pacientes son incapaces de mover los hombros, con movilidad conservada de los antebrazos y las manos. La asimetría en el grado de enfermedad carotídea y las lesiones vasculares previas pueden explicar las variantes clínicas de este síndrome.²⁶

Infarto limítrofe posterior: igualmente se observa en pacientes que han sufrido hipotensión arterial intensa y prolongada, afecta el territorio limítrofe entre las arterias cerebrales medias y posteriores. Se ha sugerido que esta zona es la más sensible a la hipotensión arterial debido a su mayor lejanía del corazón. En términos fisiopatológicos, se produce una desconexión de la corteza visual primaria (lóbulo occipital), de centros anteriores que controlan la oculomotilidad. Desde el punto de vista clínico, se manifiesta por síndrome de Balint, que se distingue por la incapacidad de reconocer dos objetos mostrados simultáneamente (asimultagnosia), incoordinación ojo-mano (ataxia óptica) y la incapacidad de dirigir la mirada hacia donde se desea (apraxia de la mirada). También se ha descrito ceguera cortical secundaria a un extenso infarto de ambos lóbulos occipitales. Es frecuente la confusión mental.

Mioclonías postanoxia: se observan generalmente en pacientes con daño encefálico global y se clasifican en tres grupos:

1. Estado epiléptico mioclónico: consiste en mioclonías multifocales y sostenidas, frecuentemente existe una correlación con el electroencefalograma (EEG) de brote-supresión. Aparecen en un paciente en coma durante las primeras horas del paro cardiorrespiratorio. Pueden ser evocadas con estímulos táctiles, dolorosos o auditivos. Su persistencia durante más de 30 minutos es de mal pronóstico, con mortalidad reportada incluso de 100% en las series de Young y Wijdicks.^{27,28}
2. Mioclonías multifocales: son de menor amplitud que las causadas por el estado epiléptico miocló-

nico, son multifocales y no tienen correlación con el electroencefalograma. Se han vinculado con inestabilidad hemodinámica e hipotensión arterial con reducción de la presión de perfusión cerebral. Su pronóstico también es ominoso.

3. *Mioclonías de Lance-Adams*: aparecen días después del paro cardiorrespiratorio, se evocan al solicitar una postura al paciente, por ejemplo, mantener elevadas ambas extremidades superiores. Frecuentemente se acompañan de ataxia de la marcha. Su pronóstico es variable, pueden desaparecer en días a meses o invalidar al paciente.

Coma posanóxico tardío: es una condición infrecuente, desde el punto de vista histopatológico, corresponde a una leucoencefalopatía retardada. Generalmente afecta a pacientes jóvenes que han sufrido intoxicación por monóxido de carbono o han sido estrangulados. Desde el punto de vista clínico, se distingue por la recuperación de la conciencia en forma transitoria y luego de algunos días (4 a 14) vuelven a padecer afectación progresiva de la conciencia, pueden llegar al coma o fallecer. Su fisiopatología se desconoce, se le ha vinculado con deficiencia de la enzima arilsulfatasa A, lo que hace a estos pacientes más vulnerables a desmielinización tardía desencadenada por hipoxia.²⁹

Otros: en pacientes que han sufrido intoxicación por monóxido de carbono se ha descrito un síndrome extrapiramidal similar al parkinsonismo, que puede observarse aislado o asociado con otras secuelas neurológicas; se ha reportado buena respuesta a la levodopa.³⁰

EXÁMENES DE APOYO

El patrón de referencia para el diagnóstico es la adecuada anamnesis y la exploración física y neurológica exhaustiva, los estudios radiológicos y de laboratorio contribuyen a afinar el diagnóstico, pero lo más importante es que orienta para ajustar el tratamiento y establecer el pronóstico.

Estudios de imagen

TAC

La tomografía computada de cráneo es poco sensible durante la fase aguda de la encefalopatía anoxo-isquémica (menos de 24 horas), excepto en los casos catastróficos. El hallazgo temprano más habitual es el borramiento de

surcos debido a edema cerebral. A las 48 horas pueden evidenciarse hipodensidades en la corteza cerebral, cerebelosa y en los ganglios basales. Días después pueden hacerse evidentes infartos limítrofes y atrofia cerebral.^{31,32}

Resonancia magnética

La resonancia magnética es más sensible en la detección de infartos y edema cerebral.³³ Permite observar lesiones desde muy temprano en secuencias T1, T2 y FLAIR, que son compatibles con necrosis laminar cortical.^{33,34} La difusión con resonancia magnética (d-RM) es muy sensible en las etapas tempranas de la encefalopatía anoxo-isquémica. Estudios seriados con esta técnica evidencian alteraciones en la sustancia gris durante el periodo agudo, alteraciones en la sustancia blanca durante el periodo subagudo y retorno a la normalidad durante la fase crónica. Al parecer, la difusión con resonancia magnética participa en la evaluación pronóstica de estos enfermos.^{35,36} Otros estudios, como la espectroscopia por resonancia magnética, la disminución de la espiga de N-acetilaspártato (NAA), como indicador de pérdida neuronal, pueden contribuir a emitir un pronóstico.

La tomografía computada por emisión de fotón único (SPECT) puede mostrar cambios en el flujo sanguíneo cerebral después de un paro cardiorrespiratorio; sin embargo, estos cambios son inespecíficos.

Doppler transcraneal

Las características de la circulación sanguínea cerebral pueden estudiarse de forma no invasiva mediante los espectros del doppler transcraneal de las arterias del polígono de Willis que se obtienen a través de las diferentes ventanas acústicas craneales. Las imágenes se registran mediante máquinas de ultrasonido que están disponibles en cualquier hospital (doppler) y pueden llevarse fácilmente a la cabecera del paciente. El doppler transcraneal mide en cada latido de las arterias cerebrales la velocidad del flujo sanguíneo sistólica (VS) y diastólica (VD), y calcula la velocidad media ($V_m = [VS + 2VD]/3$) y el índice de pulsatilidad ($IP = [VS-VD]/V_m$).³⁷ Con la combinación de las velocidades medias y los índices de pulsatilidad registrados pueden identificarse cinco patrones de velocidad de flujo, que representan otras tantas posibilidades hemodinámicas, como se muestra en la Figura 1.³⁷⁻³⁹

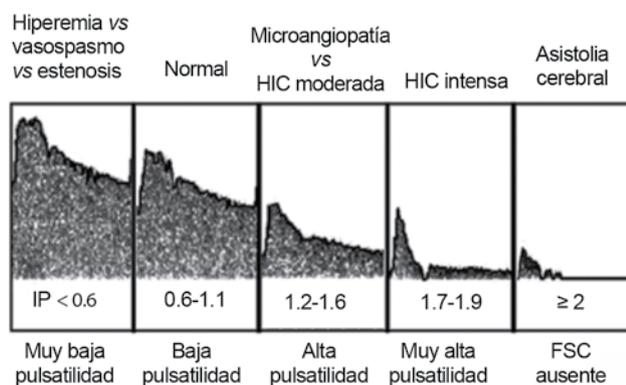


Figura 1. Posibilidades de espectros de velocidad del flujo sanguíneo cerebral con el doppler transcraneal. HIC: hipertensión intracraneal; IP: índice de pulsatilidad de Gosling y King; FSC: flujo sanguíneo cerebral. Modificada de: Álvarez-Fernández JA. Doppler transcraneal en el coma tras parada cardíaca. *Rev Neurol* 2011;55:545-554.

Electroencefalograma

Es un método tan sensible para la evaluación de pacientes con encefalopatía anoxo-isquémica que se ha utilizado en forma de monitoreo continuo. No obstante, su especificidad se ve afectada por la acción de fármacos, particularmente benzodiazepinas y barbitúricos. La clasificación del electroencefalograma en pacientes con encefalopatía anoxo-isquémica se muestra en el Cuadro 1. El grado I es de buen pronóstico, los grados IV y V se asocian consistentemente con mal pronóstico y los grados II y III carecen de valor pronóstico. Sin embargo, se han reportado casos de pacientes con grados IV y V que se han recuperado, por lo que la utilidad del electroencefalograma en el pronóstico es un tema en constante revisión. El electroencefalograma puede detectar actividad epiléptica concomitante, aun cuando su tratamiento no cambia el pronóstico del paciente.⁴⁰⁻⁴²

Potenciales evocados

Los potenciales evocados pueden dar información de la ubicación y gravedad de una disfunción en los trayectos sensitivos del sistema nervioso central. La mayor parte de los estudios utiliza los potenciales evocados somatosensitivos (PESS) de nervio mediano.⁴³⁻⁴⁵ Existe consenso en que el valor pronóstico de las respuestas de latencia tardía (N70), que representan la actividad de interacciones córtico-corticales, es mayor al de la medición de respuestas de latencia corta (N13, N19), que provienen de

la corteza somatosensitiva (Figura 2).^{44,45} Los estudios con pacientes con isquemia cerebral global apuntan a que si la respuesta somatosensitiva cortical bilateral está ausente en las primeras ocho horas de ocurrido el evento, la tasa de mortalidad es cercana a 98%.

Marcadores bioquímicos

La muerte neuronal es seguida de un incremento en el torrente de enzimas citosólicas al intersticio encefálico y de éste al líquido cefalorraquídeo. Recientemente, y con la intención de mejorar la evaluación pronóstica de los pacientes con encefalopatía anoxo-isquémica, se estudiaron diversas proteínas en el líquido cefalorraquídeo y plasma como marcadores bioquímicos de daño neuronal.

El valor predictivo positivo entre el incremento de la isoenzima creatincinasa cerebral (CK-BB) en el líquido

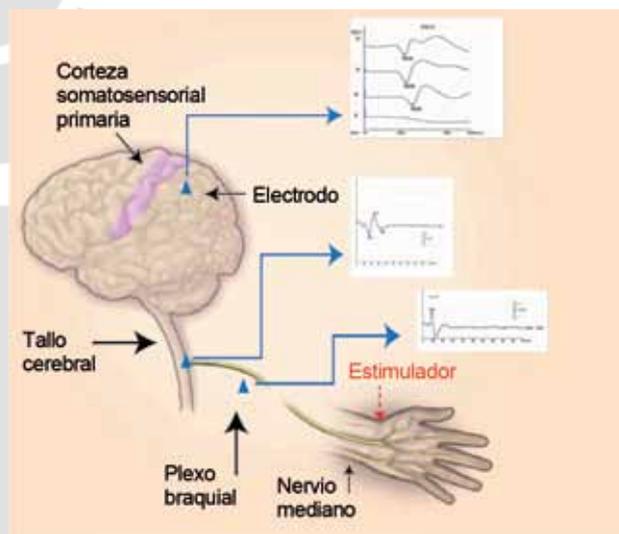


Figura 2. Respuesta evocada a la estimulación somatosensitiva del nervio mediano.

La medición de los potenciales evocados somatosensitivos predice la evolución de los pacientes con encefalopatía anoxo-isquémica. La directriz pico es la respuesta N20 de la corteza somatosensitiva primaria que se evalúa en 20 milisegundos después de la estimulación eléctrica del nervio mediano en la muñeca. La colocación de un electrodo sobre las columnas posteriores da un alto número de resultados de la médula espinal cervical en el pico asociado N13, mientras que la colocación de un electrodo sobre el plexo braquial (el punto de Erb) resulta en las respuestas asociadas N9/10. N20 es la respuesta de la zona sensorial primaria y es la señal de interés. Cuando N20 está ausente, no hay arriba deflexión a 20 ± 2 ms de tiempo de los estímulos. Para asegurarse de que la vía sensorial en el cerebro está intacta también se registran las respuestas del plexo braquial (N9) y la médula espinal cervical (N13).

cefalorraquídeo y la persistencia del coma es cercano a 93%.⁴⁶ Esto correlaciona con daño histológico en la autopsia. Asimismo, las concentraciones de enolasa neuronal específica en el líquido cefalorraquídeo mayores de 24 ng/mL se correlacionan en 100% con coma prolongado y muerte.⁴⁷ Sin embargo, al realizarse una evaluación regresiva y multivariada no mostró ser un factor independiente en la evaluación pronóstica.⁴⁰ La elevación plasmática de la proteína S-100 de más de 0.2 mg/dL, en el segundo día del evento, se correlacionó con 100% de mortalidad; en cambio, si la concentración es inferior, la supervivencia alcanza 89%.⁴⁸ Por último, Böttinger y su grupo mostraron que la elevación de la proteína S-100 es de valor pronóstico desde los primeros 30 minutos después del paro cardíaco.⁴⁹ Si bien la utilización de estos marcadores parece promisoría, aún no se han incorporado a la práctica clínica habitual.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Muerte y muerte cerebral son equivalentes en la mayor parte de los países y su diagnóstico significa que las medidas de apoyo a la vida pueden suspenderse. Sin embargo, es necesario actuar con precaución en los pacientes con encefalopatía anoxo-isquémica, mal pronóstico y que no cumplen con los criterios de muerte cerebral. En Estados Unidos, la Autodeterminación del Paciente (Ley de 1991) reconoce el derecho de éste a dejar instrucciones anticipadas con respecto a la reanimación cardiopulmonar o la limitación de los niveles de atención. En México la Ley de Voluntad Anticipada, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 7 de enero de 2008,⁵⁰ representa una función similar. Sin embargo, en la mayoría de los casos la decisión queda en manos de un familiar que en ocasiones actúa de forma contraria a la voluntad del paciente; además, esta ley no está vigente en todo el país, por tanto, desde el principio los miembros del equipo de salud deben identificar y reunirse con la persona encargada de la toma de decisiones para explicar el proceso con el que se evalúa al paciente y discutir el pronóstico y recomendaciones, incluido el retiro de los cuidados, según sea el caso.

Áreas de incertidumbre

Aun cuando el efecto de la hipotermia tiene un valor predictivo positivo en la supervivencia de los pacientes, las diversas evaluaciones siguen siendo inciertas. Los datos

disponibles son limitados, aunque sugieren que este tratamiento reduce el riesgo de muerte y mejora el pronóstico.⁵¹ No está claro si los hallazgos del electroencefalograma son de utilidad clínica para predecir un pronóstico malo, sobre todo en los grados II-IV,^{52,53} porque no son capaces de predecir la posibilidad de crisis convulsivas (estado epiléptico no convulsivo o mal epiléptico), situación frecuente en pacientes con daño anóxico-isquémico.^{54,55} Sin embargo, las convulsiones no excluyen un resultado favorable. Los reportes de estudios de electroencefalograma no examinan subcategorías específicas, como la supresión completa de la actividad cortical, que puede ser sumamente predictiva de un resultado adverso. Debe continuarse con el monitoreo con electroencefalograma cuando sea posible, incluso durante la hipotermia terapéutica, porque pueden observarse convulsiones en pacientes farmacológicamente paralizados. Este monitoreo ayudará a reconocer y tratar de forma oportuna y apropiada estos casos.⁵⁶⁻⁵⁹ Los movimientos intencionales, como el contacto con los ojos y ejecutar órdenes durante los primeros días posteriores al evento, proporcionan resultados alentadores. Los pacientes con reactividad en el electroencefalograma (cambios en los ritmos y amplitudes en respuesta a estímulos) evolucionan mejor que los que no tienen una respuesta.⁵³

Las respuestas evocadas distintas a la N20 y eventos relacionados con estas respuestas (las respuestas cerebrales a estímulos que requieren funciones discriminativas del cerebro) pueden ser de valor en predecir la recuperación de la conciencia.⁵⁴ Sin embargo, estos datos no se han estudiado lo suficiente. Los cambios relacionados con un evento novedoso de respuesta eléctrica durante la exploración de los potenciales evocados somatosensoriales, conocidos como “falta de coincidencia con negatividad”, en la que no hay respuesta negativa del cerebro en relación con un estímulo novedoso, predicen mejor resultado entre los pacientes en estado de coma con traumatismo craneal.^{58,60} En el estudio de Wijnen y colaboradores, en el que participaron 10 pacientes inicialmente comatosos después de un paro cardíaco, se evaluó la falta de respuesta o la intensidad de la misma en el área somatosensorial primaria y se encontró que con la recuperación de la conciencia se incrementó también la amplitud de la respuesta. Esto podría indicar la consolidación de las redes neurales que subyacen a la comunicación abierta, por lo que se sugiere que este tipo de estudios puede ser de utilidad para identificar la capacidad de recuperarse de un estado vegetativo.⁶¹ Aunque se han

hecho grandes progresos en la predicción de resultados favorables, las medidas que se utilizan hoy en día para la predicción no son lo suficientemente precisas ni concluyentes para poder aplicarse a todos los pacientes y deben valorarse en el paciente individual. Evaluar la función cerebral de los pacientes comatosos es aún más difícil. No obstante, los estudios de neuroimagen funcional pueden demostrar asociación entre el metabolismo de ciertas áreas del cerebro y el grado de conciencia, lo que puede

proporcionar mayor comprensión de la función cerebral en el paciente comatoso.⁶²

GUÍA CLÍNICA

En 2006, la Academia Americana de Neurología publicó un algoritmo para facilitar la determinación del pronóstico en las primeras 24 horas en pacientes que recibieron reanimación cardiopulmonar (Figura 3).⁵² Sin embargo,

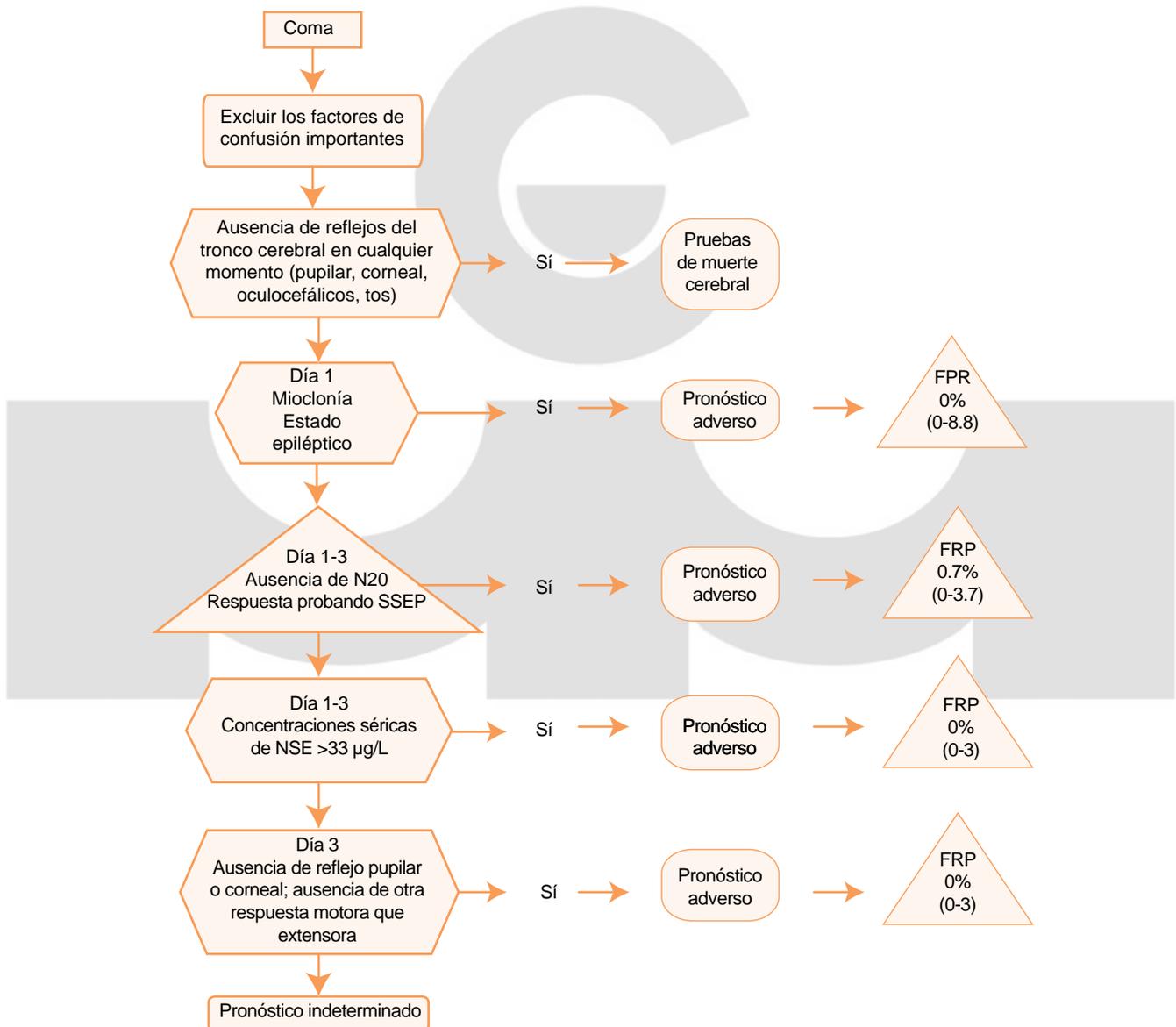


Figura 3. Algoritmo de decisiones para la predicción de resultados en supervivientes comatosos de un paro cardiaco.

el algoritmo puede requerir algunas modificaciones y adaptaciones a medida que la información se acumula en los ensayos que estudian los efectos de la hipotermia y con la validación de otras pruebas para los resultados favorables.

LEY

En 2008 se publicó en el Distrito Federal la Ley de Voluntad Anticipada; sin embargo, esta ley sólo es válida para esta entidad, pero no para el resto del país y, si bien representa un adelanto en materia de derecho, deja grandes huecos en su interpretación.⁵⁰

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIÓN

Si un paciente permanece en estado de coma durante más de 24 horas después de la resucitación de un paro cardíaco o después de la hipotermia terapéutica, deben utilizarse las directrices de pronóstico desarrolladas por la Academia Americana de Neurología. Es probable que las características clínicas que predicen un resultado adverso sean confiables si se utilizó la hipotermia, pero la respuesta motora puede retrasarse incluso seis días o más en los pacientes tratados con hipotermia. Si las respuestas de los potenciales evocados somatosensitivos están ausentes en el día 1, pueden repetirse en el día 3 o después; si la respuesta N20 se pierde, el pronóstico es malo. La medición de suero de NSE, si se dispone inmediatamente, también puede ser útil en la predicción de un resultado adverso, a pesar de que se necesita validación. En los casos en que no puede darse un pronóstico definitivo debe realizarse un nuevo examen días después; si se pretende retirar el apoyo, es éticamente justificable. Los movimientos voluntarios y la reactividad en el electroencefalograma en los tres primeros días después del paro cardíaco sugieren un pronóstico más favorable, pero éstos y otros marcadores disponibles no pueden distinguir con eficacia entre los pacientes con probabilidades de excelente recuperación neurológica y los que son propensos a déficits persistentes.

REFERENCIAS

1. Caplan L. Hypoxic-ischemic encephalopathy and cardiac arrests. In: Caplan L, editors. *Caplan's Stroke*. Boston: Butterworth-Heinemann, 2000;283-294.
2. Maiese K, Caronna J. Coma after cardiac arrest: Clinical features, prognosis, and management. In: Ropper A, editor, *Neurological and neurosurgical intensive Care*. New York: Raven Press, 1993;331-349.
3. Wijdicks EFM. Neurologic complications of cardiac arrest. In: Wijdicks EFM, editor, *Neurologic complications of critical illness*. Oxford: Oxford University Press, 2002;123-142.
4. Young B. Anoxic and ischemic brain injury. In: Young B, Ropper A, Bolton CH, editors. *Coma and impaired consciousness*, New York: McGraw-Hill, 1998;409-456.
5. Wijdicks EFM. Anoxic-ischemic encephalopathy. In: Gilchrist J, editor. *Prognosis in neurology*. Boston: Butterworth-Heinemann, 1998;7-10.
6. Eisenberg M, Mengert T. Cardiac resuscitation. *N Engl J Med* 2001;344:1304-1313.
7. Cummins R, Eisenberg M. Prehospital cardiopulmonary resuscitation: is it effective? *JAMA* 1985;253:2408-2412.
8. Aaslid R, Huber P, Nornes H. Evaluation of cerebrovascular spasm with transcranial Doppler ultrasound. *J Neurosurg* 1984;60:37-41.
9. Gluckman P, Gunn A. Neuroprotection in hypoxic-ischemic encephalopathy. In: Bär P, Beal F, editors. *Neuroprotection in CNS Diseases*. New York: Marcel Dekker, 1997;409-429.
10. Kontos HA, Wei EP, Navari RM, Levasseur JE, et al. Responses of cerebral arteries and arterioles to acute hypotension and hypertension. *Am J Physiol* 1978;234:H371-H383.
11. Astrup J. Cerebrovascular physiology. In: Carter LP, Spetzler RF, editors. *Neurovascular surgery*. New York: McGraw-Hill, 1994.
12. Cruz J, Gennarelli TA, Alves WM. Continuous monitoring of cerebral hemodynamic reserve in acute brain injury: Relationship to changes in brain swelling. *J Trauma* 1992;32:629-635.
13. Sokoloff L. Neurophysiology and neurochemistry of coma. *Exp Biol Med* 1971;4:15-33.
14. Robertson CS, Narayan RK, Gokaslan ZL, Pahwa R, et al. Cerebral arteriovenous oxygen difference as an estimate of cerebral blood flow in comatose patients. *J Neurosurg* 1989;70:222-230.
15. Buunk G, Van der Hoeven J, Meinders A. Cerebrovascular reactivity in comatose patients resuscitated from a cardiac arrest. *Stroke* 1997;28:1569-1573.
16. Petito C, Feldmann E, Pulsinelli W, Plum F. Delayed hippocampal damage in humans following cerebral cardiorespiratory arrest. *Neurology* 1987;37:1281-1286.
17. Miyamoto O, Auer R. Hypoxia, hyperoxia, ischemia and brain necrosis. *Neurology* 2000;54:362-371.
18. Pearigen P, Gwinn R, Simon R. The effects of in vivo hypoxia on brain injury. *Brain Res* 1996;725:184-191.
19. Kogure K, Scheinberg P, Fujishima M, et al. Effects of hypoxia on cerebral autorregulation. *Am J Physiol* 1967;23:183-9.

20. Romijn H. Preferential loss of GABAergic neurons in hypoxia-exposed neocortex slab cultures is attenuated by the NMDA receptor blocker D-2-amino-7-phosphonoheptanoate. *Brain Res* 1989;501:100-104.
21. Dougherty J, Rawlinson D, Levy D, Plum F. Hypoxic-ischemic brain injury and the vegetative state: clinical and neuropathologic correlation. *Neurology* 1981;31:991-997.
22. Ropper A. Ocular dipping in anoxic coma. *Arch Neurol* 1981;38:297-299.
23. Volpe B, Holtzman J, Hirst W. Further characterization of patients with amnesia after cardiac arrest: Preserved recognition memory. *Neurology* 1986;36:408-411.
24. Keane J. Sustained upgaze in coma. *Ann Neurol* 1981;9:409-412.
25. Fisher CM. The neurological examination of the comatose patient. *Acta Neurol Scand* 1969;45:S5-S56.
26. Sage J, Van Uitert R. Man-in-the-barrel syndrome. *Neurology* 1986;36:1102-1113.
27. Young G, Gilbert J, Zochodne D. The significance of myoclonic status epilepticus in postanoxic coma. *Neurology* 1990;40:1843-1844.
28. Wijdicks EFM, Parisi J, Sharbrough F. Prognostic value of myoclonus status in comatose survivors of cardiac arrest. *Ann Neurol* 1994;35:239-243.
29. Gottfried J, Mayer S, Shungu D, Chang Y, Duyn J. Delayed posthypoxic demyelination: association with arylsulfatase-A deficiency and lactic acidosis on proton MR spectroscopy. *Neurology* 1997;49:1400-1404.
30. Ringel S, Klawans H. Carbon monoxide-induced parkinsonism. *J Neurol Sci* 1972;16:245-249.
31. Morimoto Y, Kemmotsu O, Kitami K, Matsubara I, Tedo I. Acute brain swelling after out-of-hospital cardiac arrest: pathogenesis and outcome. *Crit Care Med* 1993;21:104-110.
32. Tippin J, Adams H, Smoker W. Early computed tomographic abnormalities following profound cerebral hypoxia. *Arch Neurol* 1984;41:1098.
33. Takahashi S, Higano S, Ishii K, Sakamoto K, et al. Hypoxic brain damage: cortical laminar and delayed changes in white matter at sequential MR imaging. *Radiology* 1993;189:449-456.
34. Serrano M, Ara J, Fayed N, et al. Encefalopatía hipóxica y necrosis laminar. *Rev Neurol* 2001;32:843-847.
35. Arbelaez A, Castillo M, Mukherji S. Diffusion-weighted MR imaging of global cerebral anoxia. *AJNR* 1999;20:999-1007.
36. Wijdicks EFM, Campeau N, Miller G. MR imaging in comatose survivors of cardiac resuscitation. *AJNR* 2001;22:1561-1565.
37. Gosling RG, King DH. Arterial assessment by Doppler-shift ultrasound. *Proc R Soc Med* 1974;67:447-449.
38. Alexandrov AV, Neumyer MM. Intracranial cerebrovascular ultrasound examination techniques. In: Alexandrov AV, editor. *Cerebrovascular ultrasound in stroke prevention and treatment*. New York: Blackwell Publishing, 2004;17-32.
39. Álvarez-Fernández JA, Lubillo-Motenegro S. Neuromonitorización. In Montejo JC, García de Lorenzo A, Ortiz-Leyba C, Bonet A, editors. *Manual de medicina intensiva*. 3ª ed. Madrid: Elsevier, 2006;86-91.
40. Basetti C, Bomio F, Mathis J, Hess CW. Early prognosis in coma after cardiac arrest: a prospective clinical, electrophysiological and biochemical study of 60 patients. *JNNP* 1996;6:610-615.
41. Chen R, Bolton Ch, Young B. Prediction of outcome in patients with anoxic coma: A clinical electrophysiologic study. *Crit Care Med* 1996;24:672-678.
42. Zandbergen E, de Haan R, Soutenbeek CP, Koelman JH, et al. Systematic review of early prediction of poor outcome in anoxic-ischaemic coma. *Lancet* 1998;352:1808-1812.
43. Levy DE, Caronna JJ, Singer BH, Lapinski RH, et al. Predicting outcome from hypoxic-ischemic coma. *JAMA* 1985;253:1420-1426.
44. Sherman A, Tirschwell D, Micklesen P, Longstreth WT Jr., Robinson LR. Somatosensory potentials, CSF creatine kinase BB activity, and awakening after cardiac arrest. *Neurology* 2000;54:889-94.
45. Madl C, Kramer L, Domanovits H, Woolard RH, et al. Improved outcome prediction in unconscious cardiac arrest survivors with sensory evoked potentials compared with clinical assessment. *Crit Care Med* 2000;28:721-726.
46. Vaagenes P, Kjekshus J, Torvik A. The relationship between cerebrospinal fluid creatine kinase and morphologic changes in the brain after transient cardiac arrest. *Circulation* 1980;61:1194-1199.
47. Roine R, Somer H, Kaste M, Vinikka L, Karonen SL. Neurological outcome after out-of-hospital cardiac arrest: prediction by cerebrospinal fluid enzyme analysis. *Arch Neurol* 1989;46:753-756.
48. Rosen H, Rosengren L, Herlitz J, Blomstrand C. Increased serum levels of the S-100 protein are associated with hypoxic brain damage after cardiac arrest. *Stroke* 1998;29:473-477.
49. Böttinger B, Möbes S, Glätzer R, Bauer H, et al. Astroglial protein S-100 is an early and sensitive marker of hypoxic brain damage and outcome after cardiac arrest in humans. *Circulation* 2001;103:2694-2698.
50. Gaceta oficial del DF el día 07 de enero del 2008.
51. Al Thenayan E, Savard M, Sharpe M, Norton L, Young B. Predictors of poor neurologic outcome after induced mild hypothermia following cardiac arrest. *Neurology* 2008;71:1535-1537.
52. Wijdicks EFM, Hijdra A, Young GB, et al. Practice parameter: prediction of outcome in comatose survivors after cardiopulmonary resuscitation (an evidence based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2006;67:203-10.

53. Wartenberg KE, Patsalides A, Yepes MS. Is magnetic resonance spectroscopy superior to conventional diagnostic tools in hypoxic-ischemic encephalopathy? *J Neuroimaging* 2004;14:180-186.
54. Young GB. The EEG in coma. *J Clin Neurophysiol* 2000;17:473-485.
55. Rossetti AO, Oddo M, Liaudet L, Kaplan PW. Predictors of awakening from postanoxic status epilepticus after therapeutic hypothermia. *Neurology* 2009;72:744-749.
56. Wasterlain CG, Fujikawa DG, Penix L, Sankar R. Pathophysiological mechanisms of brain damage from status epilepticus. *Epilepsia* 1993;34:S37-S53.
57. Bleck TP. Prognostication and management of patients who are comatose after cardiac arrest. *Neurology* 2006;67:556-557.
58. Young GB, Doig G, Ragazzoni A. Anoxic-ischemic encephalopathy: clinical and electrophysiological associations with outcome. *Neurocrit Care* 2005;2:159-164.
59. Hovland A, Nielsen EW, Klüver J, Salvesen R. EEG should be performed during induced hypothermia. *Resuscitation* 2006;68:143-146.
60. Chausson N, Wassouf A, Pegado F, Willer JC, Naccache L. Electrophysiology: mismatch negativity and prognosis of coma. *Rev Neurol (Paris)* 2008;164: F34-F35.
61. Wijnen VJ, van Boxtel GJ, Eilander HJ, de Gelder B. Mismatch negativity predicts recovery from the vegetative state. *Clin Neurophysiol* 2007;118:597-605.
62. Gofton TE, Chouinard PA, Young GB, Sharpe MD, et al. Functional MRI study of the primary somatosensory cortex in comatose survivors of cardiac arrest. *Exp Neurol* 2009; 217:320-327.

LUIS MIGUEL ESPINOSA SAFAR

MEDICO ANESTESIOLOGO



I. INFORMACIÓN PERSONAL

Cédula De Ciudadanía: 8.712.823 Barranquilla.
Fecha de Nacimiento: 1 de Julio de 1961.
Nacido en Montería (Córdoba).
Estado Civil: Casado.
Dirección Residencia: Carrera 50 No 109-33.
Barranquilla – Colombia.
Teléfono: 3004213
Celular: 311- 651195
E-mail: lespinosafar@yahoo.es

II. PERFIL PROFESIONAL

Médico Especialista en Anestesiología.
Médico Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva.
Instructor en Reanimación Cardiocerebropulmonar de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE.
De excelentes relaciones interpersonales y habilidad para trabajar en equipo.
Enfocado en el mejoramiento continuo; con alto grado de compromiso, responsabilidad y de fácil interpretación de las políticas organizacionales.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

Hospital Fundación Universidad del Norte.

Medico Anestesiólogo.
Noviembre del 2006 – hasta la fecha.
Barranquilla- Colombia.

Asociación para el Bienestar de la Familia Colombiana. Profamilia.

Medico Anestesiólogo.

Abril del 2001 - Diciembre de 2015
Barranquilla- Colombia.

Hospital ESE Cari.

Médico Anestesiólogo.
2006 hasta la actualidad
Barranquilla- Colombia.

Hospital Universitario de Barranquilla.

Médico Anestesiólogo.
2001- 2005.
Barranquilla- Colombia.

Hospital José María Penna.

Médico Anestesiólogo.
1999- 2000.
Buenos Aires – Argentina.

Hospital Carlos G Duran.

Médico Anestesiólogo.
1998 – 2000.
Buenos Aires – Argentina.

IV. ESPECIALIZACION

Médico Especialista en Anestesiología.

Ministerio de Salud y Acción Social
Hospital Carlos G. Duran.
Buenos Aires – Argentina.

Médico Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva.

Universidad de Buenos Aires.
Buenos Aires – Argentina.

V. TRABAJOS DE INVESTIGACION

Monografía.

“Terapéutica Transfusional”.
Junio 1999.

Investigación clínica.

“Síndrome Neuroléptico Maligno”

VI. CURSOS – CONGRESOS DE ACTUALIZACION EN ANESTESIA.

V Congreso Regional Caribe

**Manejo Anestésico en el paciente con Trauma
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico SARAT
04 -05 de Noviembre de 2016**

Curso Taller Control Avanzado del sangrado en trauma y Cirugía Mayor CASTYM

**Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. SARAT
11 De Julio de 2015**

**XXXI Congreso Colombiano de Anestesiología y Reanimación
Sociedad Colombiana de Anestesiología y reanimación. SCARE
03- 06 de Junio de 2015
Cali Colombia**

**Taller de Anestesia regional guiada por ultrasonido
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. SARAT
13-14- 15 de Marzo 2015
Barranquilla - Atlántico**

IV Congreso Regional Caribe.

**Primer Congreso Internacional de Dolor. Capítulo Caribe.
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
01-02 de Noviembre del 2014.
Barranquilla- Atlántico.**

Curso Soporte Vital Avanzado.

**Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
04-06 de Octubre del 2014.
Barranquilla- Atlántico.**

Taller Accesos Vasculares guiados por Ecógrafos en Pediatría.

**Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
11 de Octubre del 2014.
Barranquilla- Atlántico.**

Taller de Eventos Críticos en Anestesia.

**Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. "SCARE".
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
30 de Agosto del 2014.
Barranquilla- Atlántico.**

Colapso Materno.

**Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. "SCARE".
16 Agosto del 2014.
Barranquilla- Atlántico.**

Taller de Arritmias.

Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".

26 de Julio del 2014.

Barranquilla- Atlántico.

Taller Manejo de la Vía Aérea.

Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".

16 de Julio del 2014.

Barranquilla- Atlántico.

Jornada de actualización en Neuroanestesia.

Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".

10 de Mayo del 2014.

Barranquilla- Atlántico.

Manejo Anestésico del paciente trasplantado.

Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".

26 de Abril del 2014.

Barranquilla- Atlántico.

IV Congreso "Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".

31 de Octubre. 01-02-03 de Noviembre del 2013.

Barranquilla- Atlántico.

Simposio de actualización de Residentes.

Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".

28-29 de Julio del 2013.

Barranquilla- Atlántico.

XXX Congreso Colombiano de Anestesiología y Reanimación.

I Congreso Glibal de TIVA.

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. "SCARE".

09-10-11-12-13 de mayo del 2013.

Cartagena- Bolívar.

Taller de Anestesia para Cirugía de Tórax.

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. "SCARE".

12 de Mayo del 2013.

Cartagena- Bolívar.

Taller de Inducción Anestésica en niños.

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. "SCARE".

09 de Mayo del 2013.

Cartagena- Bolívar.

Simposio de Actualización en el paciente Oncológico.

Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".

20 de Abril del 2013.
Barranquilla- Atlántico.

Taller de Vía Aérea.
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
11 de abril del 2013.
Barranquilla- Atlántico.

Jornada de Actualización en Anestesia Obstétrica.
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
16 de Febrero del 2013.
Barranquilla- Atlántico.

Taller de Arritmias.
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. "SCARE".
29 de Septiembre del 2012.
Barranquilla- Atlántico.

Taller de Manejo Básico y Avanzado de la vía Aérea Pediátrica.
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
15 de Septiembre del 2012.
Barranquilla- Atlántico.

Jornada de Actualización en Anestesia Geriátrica.
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
25 de Agosto del 2012.
Barranquilla- Atlántico.

Jornada de Anestesia Oftálmica.
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
07 de Julio del 2012.
Barranquilla- Atlántico.

I Congreso Internacional del dolor.
VIII Curso regional de dolor. "ACED"
Asociación Colombiana para el estudio del dolor.
27-28 de Julio del 2012.
Santa Marta- Magdalena.

Curso de Actualización Dolor Postoperatorio. ¿Cómo Lo Hace Usted?
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
25 de Mayo del 2012.
Barranquilla- Atlántico.

Curso de Colapso Materno.
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. "SCARE"
03 de Marzo del 2012.
Barranquilla- Atlántico.

Taller de Vía Aérea.
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
11-12 de Noviembre del 2011.
Barranquilla- Atlántico.

I Taller de Anestesia Balanceada.
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
01 de Octubre del 2011.
Barranquilla- Atlántico.

Curso- Taller de Ventilación Mecánica Perioperatoria.
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
24 de septiembre del 2011.
Barranquilla- Atlántico.

2º Jornada de Actualización en Anestesia. "Anestesia Regional Guiada por Ecografía".
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
Universidad Metropolitana.
02-03 de Septiembre del 2011.
Barranquilla- Atlántico.

Taller de Arritmias.
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. "SCARE"
06 de Agosto del 2011.
Barranquilla- Atlántico.

Primer Taller de Neuroanestesia.
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
09 de Julio del 2011.
Barranquilla- Atlántico.

Taller de Acceso Vascular Guiado por Ultrasonido.
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. "SCARE"
04 de Junio del 2011.
Barranquilla- Atlántico.

Curso de Colapso Materno.
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. "SCARE"
30 de Abril del 2011.
Barranquilla- Atlántico.

2º Curso Interactivo en Ecocardiografía Transesofágica para Anestesiólogos.
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. "SCARE"
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
28-29 de Octubre del 2010.
Barranquilla- Atlántico.

2° Congreso Regional Caribe.
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. "SCARE"
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
30-31 de Octubre del 2010.
Barranquilla- Atlántico.

Jornada Anual de Actualización en Anestesia.
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
05-06-07 de Noviembre del 2009.
Barranquilla- Atlántico.

1° Curso Regional Bloqueadores Neuromusculares.
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
05 de Julio del 2009.
Barranquilla- Atlántico.

XXVIII Congreso Colombiano de Anestesiología de Reanimación.
Camino a la Excelencia.
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación del Atlántico.
"SCARE"
20-21-22 de Marzo del 2009.
Santa fe de Bogotá.

1° er curso de Ecocardiografía Transesofágica.
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. "SCARE"
Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico. "SARAT".
13-14 de Noviembre del 2008.
Barranquilla- Colombia.

Curso de Proveedor ACLS. Según las normas de la American Heart
Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores LTDA.
05-06 de Julio del 2008.
Barranquilla- Atlántico.

Curso de Proveedor BLS. Según las normas de la American Heart
Organización de Capacitación P.L.A. Export Editores LTDA.
04 de Julio del 2008.
Barranquilla- Atlántico.

Simposio Regional. Actualización en Trauma.
Asociación Colombiana de Trauma.
16 de Noviembre del 2007.
Barranquilla- Atlántico.

Jornada Regional en Anestesia.
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE y
Sociedad de Anestesiología de Bolívar.

11 -12 de octubre del 2008.
Cartagena – Colombia.

Primer Taller de Electrocardiografía.
Sociedad de Cardiología del Atlántico. Capítulo Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
10- Mayo de 2008.
Barranquilla-Colombia.

VII. CURSOS - CONGRESOS DE ACTUALIZACION EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADOS INTENSIVOS.

IX Congreso Regional de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo.
Capítulo Costa Atlántica.
"Gestión Clínica en el cuidado del paciente crítico"
30 - 31 de Septiembre de 2012.
Barranquilla-Colombia.

VIII Congreso Regional de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo.
Capítulo Costa Atlántica y Santanderes.
Capítulo Costa Atlántica.
"Seguridad, calidad y estado del arte, en la atención del paciente crítico"
05 - 06 de noviembre de 2010.
Barranquilla-Colombia.

VIII Congreso Regional de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo
"Calidad y Seguridad."
31 de Julio y 01 - 02 de Agosto de 2008.
Barranquilla-Colombia.

VIII. FORMACION ACADEMICA

Estudios Secundarios
Colegio Nacional José María Córdoba.
Montería – Córdoba.

Universitarios
Universidad Libre de Colombia
Médico Cirujano 1987
Barranquilla – Colombia.

Internado Rotatorio
Hospital San Jerónimo
1986-1987
Montería-Córdoba.

Servicio Social Obligatorio

Centro de Salud de Juan José.
Enero-Diciembre 1988
Montelibano – Córdoba.

IX. REFERENCIAS FAMILIARES

Sofía Espinosa Safar
Ingeniera Metalúrgica.
Teléfono: 6614053.
Cel. 300-8162395.

X. REFERENCIAS PERSONALES.

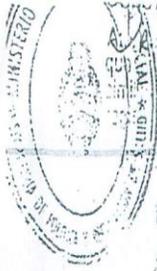
Dr. Luis Arroyo Felizola.
Medico Anestesiólogo de Clínica Regional Caribe. Policía Nacional.
Medico Anestesiólogo Fundación Universidad del Norte.
Teléfono: 3788593
Celular: 3116579003.

Dra. María Isabel Viaña.
Medico Anestesiólogo de Clínica Regional Caribe. Policía Nacional.
Medico Anestesiólogo Fundación Universidad del Norte.
Celular: 3218285103.

LUIS MIGUEL ESPINOSA SAFAR. MD

R.M. N. 01-6518/1989

Certifico que los datos incluidos en mi hoja de vida, son ciertos, (Numeral 1 C.S.T. Art.62) al mismo tiempo autorizo a quien interese verificar los mismos y solicitar certificaciones de lo anteriormente descrito.



El Sr. José María Antonelli
 que en el documento guarda
 la firma que obra en nuestros
 registros.
 03 SET. 1998
 MIRTHA LUNA
 Dpto. GESTIÓN ADMINISTRATIVA



El Ministerio del Interior
 Certifica que la firma que
 en este documento y dice:
 guarda similitud con la que obra en
 nuestros registros.
 Bs. As.

03 SET. 1998

P. MARTIN MELIAN MABBERA
 INTERIO DEL INTERIOR

**Dirección General de Asuntos Consulares
 Departamento de Legalizaciones**



HABILITADO

El Departamento Legalizaciones de la Cancillería
 Argentina, certifica que la firma que aparece en
 este documento y dice: P. Martin M.
Mabbera
 guarda similitud con la que obra en nuestro
 registros.

N.º de Orden: 23142
 Franco: 6.2.3
 Importe: \$ 31
 fecha: 03 SET. 1998

[Handwritten signature]

**R. FRANCISCO LUCERO
 DEPARTAMENTO LEGALIZACIONES
 CANCELLERIA ARGENTINA**

Nº 516.
 El suscrito Cónsul de Colombia
 certifica que la firma que apa
 rece en el presente document
 es auténtica y pertenece al señ:
R. FRANCISCO LUCERO
 quien ejercía en la fecha sili
 expresada las funciones de
Departamento de Legalizaciones
Ministerio de Relaciones Exteriores

El Cónsul no asume resp
 lidad alguna por el contenido
 del documento. 09 SET. 1998
 Bogotá, D.C.

[Handwritten signature]
Ignacio Enrique Ruiz Perea
 Consejero
 Encargado Funciones Consulares
 EXENTO





DIRECCION GENERAL

RESOLUCION N° 00155 DE 19
(09 FEB. 1999)

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior

EL DIRECTOR GENERAL del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

en uso de sus atribuciones legales y en especial las que le
confiere la ley 30 de 1992 y el decreto 2589 de 1993:

C O N S I D E R A N D O :

Que LUIS MIGUEL ESPINOSA SAFAR, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 8.712.823 de Barranquilla (Atl.), presentó ante este Instituto el título de ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA, otorgado el 26 de agosto de 1998, por EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL SECRETARIA DE POLITICA Y REGULACION DE SALUD - Buenos Aires, Argentina para su convalidación, mediante solicitud radicada con el No. 16168/99;

Que además presenta el título de MEDICO Y CIRUJANO, expedido el 24 de julio de 1987, por La Universidad Libre -Seccional Atlántico- con domicilio en Barranquilla, Colombia.

Que la Dirección General del ICFES, mediante comunicación 6079 del 5 de octubre de 1998, dispuso continuar con la utilización de Caso Similar, el cual consiste en la aplicación de conceptos emitidos siempre y cuando correspondan a un título semejante, expedido por la misma institución, con igual duración y cuya evaluación no tenga mas de 5 años de expedida;

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los

09 FEB. 1999

[Handwritten signature]
PATRICIA MARTINEZ BARRIOS

PATRICIA MARTINEZ BARRIOS
Directora General

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a LUIS MIGUEL ESPINOSA SAFAR

Que en un caso similar al considerado en el presente acto administrativo, se convalidó el título mediante Resolución 036 del 29 de enero de 1996: previo concepto de la Pontificia Universidad Javeriana, el cual se considera aplicable en esta oportunidad:

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada:

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia el título de ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA, otorgado el 26 de agosto de 1998, por EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL - SECRETARIA DE POLITICA Y REGULACION DE SALUD -, Buenos Aires, Argentina, a LUIS MIGUEL ESPINOSA SAFAR, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 8.712.823 de Barranquilla (Atl.), como equivalente al título de ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA, que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición interpuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los

09 FEB. 1999

~~PATRICIA MARTINEZ PARRIOS~~

PATRICIA MARTINEZ PARRIOS
Directora General

r. b. Ayman.