



**JUZGADO SESENTA Y UNO (61) ADMINISTRATIVO DEL
CIRCUITO DE BOGOTÁ
SENTENCIA No. 70**

Bogotá D.C., veintisiete (27) de julio de dos mil veintidós (2022)

M. DE CONTROL: Reparación Directa
RADICACIÓN: 11001-3343-061-2019-00096-00
DEMANDANTE: Andrea Viviana Roncancio Martínez y Otros
DEMANDADO: Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

1. ASUNTO

Aldemar Pacheco Camargo y Andrea Viviana Roncancio Martínez quien actúa en nombre propio y en representación de los menores Juan Esteban Pacheco Roncancio y Nixson Stip Amado Roncancio; Libardo Armando Roncancio Bustos y Liliana Maritza Roncancio Martínez, por intermedio de apoderado judicial, interpusieron demanda en ejercicio del medio de control de reparación directa contra la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., con la pretensión de obtener una declaratoria de responsabilidad patrimonial y la condena a la accionada por los perjuicios materiales y morales que les fueron causados a los demandados como consecuencia de la muerte del menor SPR el 25 de enero de 2018.

2. TEMA PRINCIPAL TRATADO

Responsabilidad patrimonial por una presunta falla en atención médica que llevó a la muerte de un neonato (aspiración de meconio y neumonía).

3. ANTECEDENTES

3.1. Pretensiones de la demanda

La demanda se presentó el 23 de abril de 2019, a través de apoderado judicial con las siguientes pretensiones:

“ ...

Primera.- Declarar administrativa y extracontractualmente responsable al DISTRITO CAPITAL DE BOGOTÁ y a la entidad SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., de la totalidad de los perjuicios causados a los solicitantes con motivo de la muerte del menor SAMUEL PACHECO RONCANCIO, ocurrida con fecha 25 de Enero de 2018, en la ciudad de Bogotá D.C., Departamento de Cundinamarca, como consecuencia de la falla en el servicio médico por la negligencia y omisión Médica por esta institución prestadora del servicio. Por lo cual se solicita se condene al pago de los siguientes perjuicios:

Segunda. - Condenar al Distrito Capital de Bogotá y SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., a pagar a cada uno de los convocantes, las siguientes Sumas, por concepto de PERJUICIOS MORALES:

2.1- Para ALDEMAR PACHECO CAMARGO, la cantidad de 100 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, en su condición de padre de la víctima.

2.2 Para ANDREA VIVIANA RONCANCIO, la cantidad de 100 Salarios mínimos Legales Mensuales Vigentes, en su condición de madre de la víctima.

2.-3 Para JUAN ESTEBAN PACHECO RONCANCIO, la cantidad de 50 Salarios mínimos Legales Mensuales Vigentes, en su condición de hermano de la víctima.

2.4. Para NIXSON STIP AMADO RONCANCIO, la cantidad de 50 Salarios mínimos Legales Mensuales Vigentes, en su condición de hermano de la víctima.

- 2.5. Para LIBARDO ARMANDO RONCANCIO BUSTOS, la cantidad de 50 Salarios mínimos Legales Mensuales Vigentes, en su condición de abuelo materno de la víctima.
- 2.6. Para LILIANA MARITZA RONCANCIO MARTÍNEZ, la cantidad de 35 Salarios mínimos Legales Mensuales Vigentes, en su condición de tía de la víctima.

PERJUICIOS MATERIALES:

3.- Condenar al DISTRITO CAPITAL DE BOGOTA - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, a pagar a favor de ALDEMAR PACHECO CAMARGO y ANDREA VIVIANA RONCANCIO MARTÍNEZ, los perjuicios materiales sufridos con motivo de la muerte de su hijo SAMUEL PACHECO RONCANCIO, así:

3.1. Por concepto de daño emergente la suma de setecientos mil pesos MCTE (\$700.000), por concepto gastos en exequias del fallecido SAMUEL PACHECO RONCANCIO, cantidad que se deberá pagar debidamente ajustada e indexada a favor de ALDEMAR PACHECO CAMARGO.

3.2. Por concepto de daño emergente la suma de \$2.800.000, representados en los gastos fúnebres, sumas que se deberán pagar a favor de los progenitores del menor.

3.3. Por concepto de lucro cesante el equivalente a la suma \$521.000 MCTE correspondiente a lo que dejó de percibir la señora ANDREA VIVIANA RONCANCIO por el tiempo que mantuvo al cuidado del menor en el centro hospitalario.

4.- Que las sumas antes reclamadas sean indexadas hasta fecha del pago como consecuencia de la sentencia condenatoria.

5.- Que el pago de los dineros se efectué dentro del término establecido en el CPACA Artículo 192.

...

a. Hechos relevantes de la demanda:

El sustento fáctico relevante que origina el estudio del presente asunto y que se plasmó en la demanda es el siguiente:

El 8 de enero de 2018 a las 0:39 Andrea Viviana Roncancio Martínez ingresó al centro hospitalario – USS Suba a consulta de urgencias de ginecología y en el resumen de la historia se registró:

- Como diagnóstico inicial paciente de 35 años con 37 2/7 de semanas de gestación, en trabajo de parto fase latente, feto vivo.
- A las 10:47 “se obtiene recién nacido vivo, sexo masculino, peso 3090 gr, talla 51 cm, buen tono, llanto fuerte activo, reactivo”
- A las 11:51 “con buen tono, buen esfuerzo respiratorio, se realiza estímulo y secado, se pinza y se corta cordón umbilical a los 60 segundos, previos ceses de pulsaciones, se le muestra a la madre, se le explica la condición del neonato, auxiliar de salas coloca manilla de identificación en miembro inferior izquierdo, la cual es verificada por la madre, se traslada a la sala de adaptación neonatal” “... Bajo lámpara de calor radicante, se posiciona, con buen tono, llanto fuerte, adaptación espontánea, se realiza profilaxis ocular, umbilical y se aplica 1 MG vitamina k im en cara anterolateral del muslo derecho, se verifican 20 cc de solución salina hasta obtener liquido claro. Simultáneamente se motorizan signos vitales: fc 149 lpm, fr 20 rmpm, temp.36,5 grados centígrados, sat 02:95% oxígeno a flujo libre, pulsos simétricos... Neonato quien posterior a la adaptación presenta Silverman 7/10 dado por quejido audible, retracciones xifoideas, dilatación nasal y tirajes, se inicia manejo con oxígeno a flujo libre, sin embargo, persiste con sintomatología. Se inicia manejo con cámara de Hood 50% para iniciar desescalonamiento del mismo según progresión clínica de dificultad respiratoria del paciente, posterior a 10 minutos con Hood 50%, paciente persiste con dificultad respiratoria y quejido, sin mejora del Silverman respecto a clínica anterior, razón

por la cual se comenta con pediatra de turno quien indica hospitalizar en unidad de cuidados intensivos neonatales para manejo y realización de estudio posterior...”

- A las 17:57 la médico general Laura Catalina Bohórquez Piñeros dejó nota aclaratoria: “fecha de nacimiento 0’8 de enero de 2018 Paciente no necesitó lavado gástrico dado que liquido era claro, no meconio. Error en diligenciamiento de la historia clínica”.
- En la historia clínica quedó plasmado que el recién nacido continuaba con taquipnea transitoria. Cuyo plan de manejo se determinó hospitalizar en unidad de cuidados intensivos-neonatales Nada vía oral sonda orogástrica a drenaje Dad 10% pasar a 11,3 cc cada hora...
- En la historia clínica a folio 27 a 55 se registró: “Resumen de atención: Fecha 09/01/2018 14:29

Evolución - CONS MEDICINA GENERAL

Subjetivo: NOTA RESPIRATORIA

HORA 14 + 29

PACIENTE DE 25 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE:

POP CESAREA DE LAS 12 + 29 HR 09/01/2018

CESAREA POR TRABAJO DE ESTADO FETAL INSATISFACTORIO

MALFORMACIÓN CONGÉNITA DEL RECIÉN NACIDO (GASTROCLISIS)

PUERPERIO INMEDIATORECIEN NACIDO BAJO PESO PARA EDAD

GESTACIONAL

RN SEXO MASCULINO

G1C1V1

RIESGO ROMBOEMBOLICO INTERMEDIO

RIESGO PSICOSOCIAL ALTO: AUSENCIA DE CONTROLES PRENATALES

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON ADECUADA EVOLUCIÓN

PUERPERAL AL EXAMEN FISICO AFEBRIL, NO TAQUICARDIA,

CARDIOPULMONARMENTE ESTABLE, CIFRAS TENSIONALES, DENTRO DE

LOS LIMITES NORMALES, ASITNOMÁTICA PARA VASOESPASMO, UTERO

TONICO, SANGRADO GENITAL ESCASO NO FETIDO, ADECUADO CONTROL

DEL DOLOR, NO ORTOSTATISMO, DIURESIS POSITIVA CLARA PO RSONA

VESICAL, TROMBOPROFILXIS, SE RALIZA ASESORÍA DE PLANIFICACIÓN

FAMILIAR, SOBRE METODOS MASCULINOS (VASECTOMIA), FEMENINOS

(DIU, HORMONALES, SUBDERMICO, LIGADURA DE TUBARICA), DENTRO DE

SUS DERECHOS FUNDAMENTALES Y POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN

PACIENTE DESEA DE MANERA VOLUTNARIA CONSULTARLO CON SU

PAREJA PARA DECIDIR EL METODO DE PALNIFICACIÓN, POR EL MOMENTO

RECHAZA OPCIONES DENTRO DE LA ASESORIA MÉDICA, SE SOLICITA

VALORACIÓN EN FÍSICO PO RTRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGÍA, PACIENTE

IMIGRANTE EN CONDICIÓN DE CALLE NO CLARO, SE INDICA RETIRO DE

SONDA VESICAL Y TRASLADO A PISOS DE GINECOLOGÍA PARA

CONTINUAR MANEJO MÉDICO INSTAURADO Y VIGILANCIA CLÍNICA

ESTRICTA, SE DEJA CONTROL DE PERFIL INFECCIOSO DE CONTROL; SE

EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR”

“FECHA 029/01/2019 15 28 NOTA ANTERIOR NO CORRESPONDE A

PACIENTA, FIRMADO POR FELIPE ERNESTO ROMERO CON MEDICINA

GENERAL”

- Nota enfermería del 08 de enero de 2018 hora 10:47 conforme con seguimiento de enfermería al recién nacido queda consignado lo siguiente “Se coloca oxígeno por cámara cefálica en fio 2 del 50% por presentan(sic) dificultad respiratoria marcada, dada por tirajes intercostales y quejido respiratorio audible, se ubica en incubadora de transporte se traslada a la unidad de recién nacidos, en compañía de médico de adaptación...”

- A las 17:14 del 08/01/2018 se consignó análisis: NEUROLÓGICO FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA, HIPOTONO PARA EDAD, REACTIVO ESTÍMULO EXTERNO SIN MOVIMIENTOS ANORMALES REFLEJOS PRIMITIVOS PRESENTES.
- ANÁLISIS: RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE DE 35 AÑOS DE EDAD, G3P3C3COAO CUATRO CONTROLES PRENATALES, ADAPTACIÓN NEONATAL EXPONTÁNEA, APGAR 8/9/) QUINE POSTERIORMENTE PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA PROGRESIVA REQUERIENDO OXÍGENO SUPLENTARIO EN CAMARA CDE HOOD A ALTO FLUJO. EVOLUCIÓN TORPIDA QUE A PERSISTIDO CON DIFICULTAD RESPITARIOIA E INCREMENTO DE FLO2, POR LO CUAL SE DECIDE INICIAR VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA CON LOS SIGUIENTES PARÁMTEROS PIM 19, PEE, FR 25, FLO 2 505, SATO 2 99%, EMODINAMICANTE (SIC) ESTABLE, SIN APOYO DE VASOMOTOR, SE REVISAX RX DE TORAX... MALA TECNICA ROTADA APARENTE VOLUMEN PULMONAR CONSERVADO BILTAERAMENTE SIN OPACIDADES, CONSOLIDACIONES, DERRAMES PLEURALES, NEUMOTORAX Y/O ATELECTASIAS, SILUETA CARDIOTIMICA NORMAL PERDIDA DE LA CONTINUIDAD OSEA EN EL TERCIO MEDIO DE LA CLAVICULA DERECHA. OTRAS ESTRUCTURAS OSEAS SIN DEFORMIDAD SOG EN CAMARA GASTRICA, PENDIENTE REPORTE OFICIAL DE RADIOLOGIA, GASES VENOSOS CON ADECUADO EQUILIBRIO ACIDO – BASICO. POR HORAS SE CONTINUA IGUAL MANJEO INSTAURADO, SE AJUSTA APORTE HIDRICO A 75 CC/GC SE VIGILAR+A PATRON RESTPIRATORIA. SE ORDENÓ DOSIS ÚNICA D EOPIACEO PARA ANALGÉSICA. SE INFORMÓ A LOS PADRES SOBRE EL ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE QUIENES ENTIENDEN YA CEPTAN.
- A las 12:40: valoración por pediatría: describe Silverman 7/10 cianótico (morado falta de O2) con signos de dificultad respiratoria, requiriendo oxígeno con cámara de concentración del 50%. (la concentración de O2 al medio ambiente es de 21%)
- El 20/55 11:51: Nota de adaptación neonatal, describe succión de secreciones scon meconio diluido (meconio es la materia fecal del neonato). Se realizó lavado gástrico con solución salina e inmediatamente después presenta SILVERMAN 7/10 (es una clasificación dada por los signos de dificultad respiratoria del neonato)
- 1,2 y 3/1007: 12:40: valoración por pediatría: describe silverman 7/10, cianótico (morado por la falta de O2) con signos de dificultad respiratoria, requiriendo oxígeno por cámara de concentración del 50% (la concentración de =2 al medio ambiente es de 21%)
- 16/1007: 20:15: evolución de pediatría: disminuyó dificultad respiratoria, persisten tirajes intercostales, requiriendo concentración de O2 al 50%.
- 31/1007: el 9/01/2018 3:10 am; evolución de pediatría, registra severa dificultad respiratoria, requiriendo entubación traqueal, después de varios intentos hasta las 3:45
- 36/1007 4:10 nota de terapia respiratoria: por orden de pediatra se intenta entubar varias veces. Intubación difícil.
- 822/1007 “11:45 ingresa a UCI con dificultad respiratoria por tirajes y quejido. En regular estado general y riesgo de muerte. Mariluz Martínez Rincón”.
- 834/1007 16:36 en espera de radiografía de tórax, 15:34 se aumenta concentración de O2 al 50% al 100% sin mejoría de la dificultad respiratoria. Yolanda Bohórquez Gómez.
- 835/1007 17:00: por resultado de la radiografía se inicia ventilación mecánica no invasiva con O2 al 50%.
- 838/1007 00:39: aumenta la dificultad respiratoria con tirajes y quejido aumentando la concentración O2 (FIO2) al 80% y se informa al médico de turno. Mary Luz Cárdenas Bernal.

- 00:445 paciente tiende a la hipotensión, valorado por pediatría que inicia dopamina”
- “839/1007 2:07: Pero estado general con mayor dificultad respiratoria con aumento de los tirajes, siendo informado el médico de turno quien ordena aumentar la FIO al 100%”
- A folio 36/10007: “plan de manejo paciente: paciente que continua consigno de dificultad severos, por lo cual y por orden de pediatría de turno se realiza varios intentos de intubación con tubo oro-traqueal...” Firmado por DIAN ALUICA PEREZ BURGOS, terapia respiratoria.
- 31/1007: “recibo llamado de enfermería a las 3:10 horas pacientes con aumento progresivo con dificultad respiratoria, encuentro paciente con dificultad respiratoria severa dada por tirajes universales, desbalance torácico abdominal, por lo cual se decide intubación oro-traqueal a las 3:465 bajo efecto sedativo con morfina a dosis de 0.2 MCG/K y varios intentos (pacientes de difícil intubación) se realiza oro-traqueal con tubo 3,5 en cual se fija a comisura oral en 9 cm. Y se adapta ventilador en modo simv con los siguientes parámetros pim 16 peep 5, fr 35, ti 0.40, fio2 100% sato2 97% Se ordena rx de tórax posintubación.
- 840/1007 3:10 llamada al médico de turno por aumento de los signos de dificultad para respirar y se prepara todo para intubar. Mary Luz Cárdenas”
- “03:30: llamado a anestesióloga de turno por dificultad para intubar (Dra. Medina) quien lo intuba al primer intento”
- A folio 41/1007 se observa de fecha 09/01/2018 8:40 “radioterapia de tórax tubo oro-traqueal alto con neumomediastino neumotórax anterior derecho. Previa sedación se pasa a yelco No. 11 en 2 ied línea medio clavicular no hay drenaje...” “... ante deterioro evolución tórpida se decide iniciar manejo antibiótico de primera línea se tomarán evocultivos” se tomará radiología de control”
- lo entuba al primer intento; 8:40 ante deterioro evolución tórpida inician manejo de antibiótico.
- A folio 35/1007 a las 14:12: “resumen de atención: soap: paciente en mal estado general, lábil a la manipulación, con ventilación mecánica invasiva en modo simv, con parámetros ventilatorias altos desacoplado a la ventilación mecánica, con amplitud de tórax normal y expansibilidad torácica simétrica. A la auscultación presenta murmullo vesicular sin agregados pulmonares. Plan de manejo: a las 9:00 am se realiza terapia respiratoria con drenaje postural, vibración, aceleración de flujo y aspiración por tot con sistema de succión cerrada # 8 y por boca, obteniendo moderada secreción muco amarilla por tot y mucosangineolenta por boca. Paciente queda estable”.
- A folio 302 de la historia clínica aparece la siguiente nota: “reclamado luego del nacimiento del recién nacido a término que presenta neumonía congénita con compromiso multibolar, sepsis presentó falla ventilatoria severa presencia de neumotórax. Se han administrado tres dosis de surfactante (última 12/01), continua en ventilación mecánica se deja con relajación por vecuronio. Extremadamente lábil a manipulación, con desaturación profunda de difícil recuperación, requiere presión positiva con mascara autoinflable y aumento de parámetros ventilatorios a niveles altos para recuperar algo de la oximetría que por ahora está entre 75 y 80. Presenta choque mixto refractorio a las catecolaminas por lo que se inicia por lo que se inicia corticoide sistémico, se mantiene norepinefrina, con respuesta irregular, las presiones medias continua en promedios de e40.45- El ecardiograma muestra hipertensión pulmonar severa suprasistémica psvd de 73 mmhg, se intentó alta frecuencia, pero no tuvo respuesta, se inició frecuencia, pero no tuvo respuesta, se inició óxido nítrico en 300 ppm ya se está bajando a 15ppm. Continua con vasopresina, sildenafil, milrinone...”

- A folio 309: “en el momento de la toma de gases y manipulación de la noche se presenta desaturación hasta 50 requerimiento de presión positivo para recuperación hasta de 70 del a oximetría...”
- A folio 722 nota: respuesta desfavorable y de tendencia a deterioro. Ha sido transfundido con diversos componentes sanguíneos o por sus patologías. En la mañana se suspende la norepinefrina. Mantiene inicialmente tensiones aceptables, pero en la tarde está mostrando gran disociación de la tensión con caída de la diastólica, por lo que se reiniciará la norepinefrina, continua, pero persiste en anasarca. Se transfundió gre y plaquetas sin complicaciones. Drenajes por la sonda. Persiste cuncho de café. En manejo con caspofungina, por sospecha de infección micótica. Policultivo por hora negativos. Pendiente hoy 2 dokoh...”
- A folio 1006, en notas de enfermería fecha calendada 24 de enero de 2018 a las 21:03: paciente de 16 días, género masculino en hospitalización Nota: bebe inestable en mal estado general inicia con sangrado masivo por por tubo orotraqueal, con bradicarida y de saturación, sostenida hasta de 64x min y desaturación hasta 20% pediatra de turno inicia RCP, se administra 2 dosis de un miligramo de adrenalina por tubo de orotraqueal según orden medica se pasa 5 mg dilución para reanimación, bebe sin respuesta al manejo. Se llama a laboratorios de(sic) solicitan de carácter urgente glóbulos rojos y plaquetas, se espera que traigan hemocentro, en el momento sin reserva en la institución, pediatría de turno inicia vafo con parámetros elevados sin embargo persiste desaturación profunda 15-20% y bradicardia sostenida pediatría de turno llama los padres y se les pide que se acerca con carácter prioritario. Paciente en punto de no retorno con alto riesgo de fallecer en la próxima hora...” Firmado por CLAUDIA PATRICIA CARDENAS CABRERA, ENFERMERÍA.
- El 25 de enero de 2018 hora 00:32 Nota de seguimiento enfermera Paciente de 27 días género masculino de 16 días de hospitalización. Nota: 23:03 regresan padre sin registro civil, se lo entrega mañana refiere la madre, sin embargo, el padre solicita que se le haga una autopsia para aclarar diagnóstico y causa de fallecimiento, por tanto, pediatra de turno anula con número consecutivo #71715501-9 no se firma el certificado de defunción, se le explica el procedimiento a los padres y refieren entender y aceptar. Firmado por CLAUDIA PATRICIA CARDENAS CABRERA, ENFERMERÍA.

b. Actuación Procesal:

- a. La demanda se presentó el 23 de abril de 2019 (fol. 48 c.1.) ante la Oficina de Apoyo de los Juzgados Administrativos – reparto, siendo asignado a este despacho.
- b. Por auto del 2 de julio de 2019 se inadmitió la demanda (fl. 50).
- c. La demanda fue subsanada el 18 de julio de 2019 (fls. 53-67 c.1).
- d. El 12 de agosto de 2019 se admitió la demanda (fl. 69-70).
- e. El 14 de agosto de 2019 se notificó personalmente a la demandada (fl. 71).
- f. El 9 de septiembre de 2019 se entregó los traslados de la demanda (fl. 82 c.1).
- g. La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. no contestó la demanda (fl. 99 c.1).
- h. El 20 de octubre de 2020 se realizó audiencia inicial que trata el artículo 180 de la Ley 1437 de 2011 (doc. 013 del C02).
- i. El 27 de enero de 2021 se celebró audiencia de pruebas que trata el artículo 181 de la Ley 1437 de 2011 se recaudaron los testimonios de Laura Catalina Bohórquez Piñeros y Mariluz Martínez Rincón, se realizó la contradicción al dictamen y se corrió traslado para alegar de conclusión (doc. 014 C02).
- j. El 4 de febrero de 2021 la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. alegó de conclusión (doc. 021 y 022 C02).

- k. El 9 de febrero de 2021 la parte demandante alegó de conclusión (doc. 023 y 024 CC02)
- l. El Ministerio Público no conceptuó.

c. Argumentos de las Partes

Parte demandante: El apoderado de la parte demandante esgrimió en su demanda la responsabilidad estaba en cabeza de la demandada derivada de una falla del servicio.

Indicó que:

- Pasó una hora desde la presencia de dificultad respiratoria del neonato y la valoración especializada, a pesar de haber ingresado a la UCI donde debería estar el especialista.
- Pasaron 5 horas para iniciar la ventilación mecánica no invasiva, a pesar de su dificultad respiratoria marcada.
- Pasaron 15 horas desde el inicio del cuadro de estrés respiratorio y la decisión de la intubación y la ventilación mecánica invasiva y 10 horas desde que se inició la ventilación no invasiva a pesar de estar documentado, en las notas de enfermería y terapia respiratoria la persistencia de signos de dificultad para respirar.
- A pesar del esfuerzo de enfermería de advertir el deterioro en la madrugada no hubo acompañamiento permanente del médico pediatra de turno, ya que lo debieron estar llamando cada hora y de estas valoraciones no existe nota del especialista en la historia
- Si bien existe una nota aclaratoria que no se hizo lavado gástrico ni existió meconio, diciendo que fue un error, es relevante comparar esto con la autopsia.

Agregó que, según el informe de patología se confirmó la neumonía in útero, pero también recalcó la aspiración de líquido amniótico y de meconio. Se preguntó ¿entonces, hubo o no meconio? Indicó que con la patología es claro que sí, pero también se preguntó ¿Pero entonces, por qué hacer una nota diciendo lo contrario?

Adujo que si en la adaptación se evidenció el meconio y se realizó el lavado gástrico este líquido infundido a través de una sonda insertada por la boca supuestamente al estómago, esto pudo haber quedado en la vía respiratoria y llevar tanto el líquido amniótico y el meconio a los bronquios (bronco aspiración) si no fue esto, entonces la aspiración de líquido amniótico y de meconio, simplemente no fue advertida en la atención del parto ni en la adaptación del neonato, los dos hechos por médicos generales, citó en fundamentos de Derecho la RESOLUCIÓN 2003 DE 2014.

Señaló en relación con la causa de la muerte que el Neonato desde su nacimiento presentó cuadro de dificultad respiratoria y que requirió hospitalización, se realizó presunción diagnóstica de neumonía intrauterina, evolucionando al deterioro incluyendo compromiso de la función respiratoria, hepática, renal, hematológica. Con el examen de necropsia macro y microscópica se encontró además de los diagnósticos planteados una aspiración del líquido amniótico meconial. Firma el medico patólogo ARBEY HERNAN MEDIONA ROCHA RM: 194061138.

Infirió que el menor falleció por omisión en la ejecución de los procedimientos y protocolos por parte del funcionario competente que, para el caso, corresponde realizarlo al médico

pediatra, con el fin de combatir las causas que el menor a Inacer presentaba como claramente lo establece la Resolución 2003 de 2014 hoja 124.

“RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 del Ministerio de Salud: Hoja No. 124

Grupo: Internación Servicio: Cuidado intensivo neonatal descripción del Servicio: La terapia intensiva neonatal es un servicio para la atención de pacientes recién nacidos críticamente enfermos, hasta los 30 días de vida o 44 semanas de edad corregida. Se desarrolla evaluación médica y de enfermería permanente y actividades precisas de monitorización y manejo de pacientes cuya condición clínica, pone en peligro la vida en forma inminente. Necesitan soporte para la inestabilidad neurológica, hemodinámica, respiratoria, gastrointestinal, renal, endocrina, hematológica y metabólicas o después de una cirugía mayor.

Procesos Prioritarios Adicional a lo exigido para unidad de cuidado intermedio neonatal cuenta con guías o protocolos para: 1. síndrome de dificultad respiratoria (Enfermedad de membrana hialina y síndromes aspirativos). 2. hipertensión pulmonar. 3. cardiopatías congénitas. 4. Asfixia perinatal. 5. Shock...”

Señaló que:

- Hubo descuido por parte médica en especial a medianoche, en tanto no se cumplió con la guía del Ministerio, postergando innecesariamente la decisión de intubar y ventilar al bebé.
- La autopsia confirmó la broncoaspiración de líquido amniótico y meconio que se intentó ocultar con la nota aclaratoria.
- De los hechos acaecidos y la actuación omisiva por parte de las personas calificadas y especializadas que debían haber actuado en forma diligente y oportuna en dicho establecimiento médico, desencadenó la muerte del menor de edad recién nacido, generando sin discusión alguna una responsabilidad y un daño antijurídico, al no tener que soportar el menor fallecido ni su familia dicho perjuicio como fue la lesión de un bien tutelado como es la salud y la vida.

Citó jurisprudencia.

Parte demandada: Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.:

- No contestó

d. Alegatos de conclusión y concepto del Ministerio Público

A. Parte demandante

El 9 de febrero de 2021 alegó de conclusión, señaló que se probó que:

- Según descrito en historia clínica ingresa la paciente Viviana Andrea Roncancio Martínez el 8 de enero de 2018 hora 00:39, al servicio de obstetricia del Centro Hospitalario Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E., donde se plasmó en las notas medica el estado de saludo normal de la paciente y en trabajo de parto y estable, conforme con las notas medicas obrantes a folios 5, 8 y 14 registradas en la historia clínica de la madre.
- El nacimiento del niño Samuel Pacheco Roncancio el 8 de enero de 2018 hora 10:47, conforme con la historia clínica de la madre, y procedimiento realizado en la salade parto, con el correspondiente traslado del recién nacido a pediatría. Se refiere el estado de salud estable, sin complicaciones del neonato.
- La historia clínica (obranste a folio 21de 55), señaló:

“... SUCCIÓN DE SECRECIONES CON MECONIO DILUIDO, SE REALIZA LAVADO GÁSTRICO CON 20 CC DE SOLUCIÓN SALINA HASTA OBTENER LÍQUIDO CLARO. SIMULTÁNEAMENTE SE MONITORIZAN SIGNOS VITALES: FC 149 LPM, FR 50 RPM, TEMP 36. 5 GRADOS CENTÍGRADOS, SAT O2: 95 % OXÍGENO A FLUJO LIBRE, PULSOS SIMÉTRICOS. ANTROPOMETRÍA: PESO: 3090 GRAMOS, TALLA 51 CM, PC 34, 5 CM, PT 33 CM, PA 32CM, APGAR 8-9-10 SEXO MASCULINO, SILVERMAN 0/10, BALLARD PARA 40 SEMANAS NEONATO QUIEN POSTERIOR A LA ADAPTACIÓN PRESENTA SILVERMAN 7/10 DADO POR QUEJIDO AUDIBLE, RETRACCIONES XIFOIDEAS, DILATACIÓN NASAL Y TIRAJES, SE INICIA MANEJO CON OXÍGENO A FLUJO LIBRE, SIN EMBARGO, PERSISTE CON SINTOMATOLOGÍA. SE INICIA MANEJO CON CÁMARA DE HOOD 50% PARA INICIAR DESESCALONAMIENTO DEL MISMO SEGÚN PROGRESIÓN CLÍNICA DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL PACIENTE, POSTERIOR A 10 MINUTOS CON HOOD 50% PACIENTE PERSISTENTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA Y QUEJIDO, SIN MEJORÍA DE SILVERMAN RESPECTO A CLÍNICA ANTERIOR, RAZÓN POR LO CUAL SE COMENTA CON PEDIATRA DE TURNO QUIEN INDICA HOSPITALIZAR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES PARA MANEJO Y REALIZACIÓN DE ESTUDIOS POSTERIORES...”

Alegó que era clara la existencia del meconio en el organismo del neonato y el lavado gástrico con 20 c/c de solución salina hasta obtener líquido claro, nota firmada por la médica general.

Resaltó apartes de la historia clínica.

Señaló que posterior a los síntomas experimentados en la humanidad del menor minutos después del nacimiento los que se fueron agudizando, llevándolo a la muerte, aparece nota aclaratoria de la misma médica general que suscribió el estado del menor con taquipnea transitoria aduciendo que fue error en el diligenciamiento el menor no presentó meconio y no se realizó lavado gástrico.

Agregó que de tales contradicciones señaladas en las notas médicas surge el interrogante: Si fue cierto que no presentó meconio y no se realizó lavado gástrico, entonces cómo se explica que dentro de los hallazgos en la Necropsia Clínica Autopsia No. 06-2018 practicada al menor Samuel Pacheco Roncancio como hallazgos principales.

Recalcó la conclusión de la necropsia de la causa de la muerte: Neonato de 17 días quien presenta cuadro de neumonía y aspiración de líquido amniótico que le está llevando a compromiso de función respiratoria y cuadro icterico severo que en conjunto le llevan a una disfunción multisistémica.

Explicó la importancia de la Guía Manual adoptado por la Resolución 2003 de 2014, la cual es de obligatorio cumplimiento por las entidades que prestan el servicio de salud el cual debe ser de calidad y efectivo, para lograr garantizar al paciente el mínimo riesgo en su vida y salud.

Manifestó que las circunstancias de tiempo modo y lugar a la luz del acervo probatorio incluido también al dictamen pericial rendido, que demuestran el conocimiento médico sobre lo acaecido con el servicio de salud prestado al menor.

Concluyó que el cuadro clínico de deterioro del estado de respiratorio se debió a una neumonía in útero, confirmada en la autopsia, patología que resulta grave y con alta

letalidad, sin embargo también se confirmó la broncoaspiración de líquido amniótico y de meconio, lo que se contradice con la nota aclaratoria, respecto a negar la presencia de meconio y la realización de lavado gástrico cuyo principal riesgo es que la sonda con la que se instila la solución para el lavado sea introducida de forma inadvertida en la vía respiratoria o que parte de los aspirado o introducido migre accidentalmente del sistema digestivo al árbol respiratorio.

Criticó haber tardado 5 horas en decidir ventilación mecánica bien invasiva o no invasiva, pero que ante los signos de marcada dificultad respiratoria sin mejoría en a primera hora con medidas conservadoras se debió haber instaurado sin esperar la radiografía o los gases arteriales, es decir de forma inmediata, en coherencia con las recomendaciones Ministerio de Salud y Colciencias.

Dijo que la muerte hubiera sido evitable al cursar con una neumonía in. Útero, pero sí que faltó oportunidad en la intervención para intentar afectar positivamente en el pronóstico.

B. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Señaló el 4 de febrero de 2021 que se concluye ausencia de responsabilidad de la demandada pues, la parte actora no cumplió con su carga de demostrar culpa alguna respecto del daño alegado.

Reseñó que:

- ANDREA VIVIANA RONCANCIO MARTÍNEZ se presentó el 08 de enero de 2018 a la Unidad Suba de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., en trabajo de parto con tan solo CUATRO (4) controles prenatales aproximadamente.
- En la misma fecha dio a luz al menor SAMUEL PACHECO RONCANCIO, quien en el período de adaptación del recién nacido presentó síndrome de dificultad respiratoria.
- A pesar de los esfuerzos del personal médico, el menor falleció el 25 de enero de 2018. El dictamen de Necropsia Clínica practicada por mi defendida al cuerpo del menor concluyó lo siguiente:

“Caso de neonato quien desde su nacimiento presenta cuadro de dificultad respiratoria y que requirió hospitalización, se realiza presunción diagnóstica de neumonía intrauterina, evolucionando al deterioro incluyendo compromiso de la función respiratoria, hepática, renal, hematológica. Con el examen de necropsia macro y microscópica se encuentra además de los diagnósticos planteados una aspiración de líquido amniótico meconiado”.

- Existe en la historia clínica una nota registrada por la Médica General que atendió inicialmente el parto, donde se anuncia “meconio” y “lavado gastico”, la cual fue aclarada con posterioridad, ya que se trató de un error de digitación al utilizar una misma plantilla que venía de un caso anterior al del menor en cuestión.
- Conforme la declaración de la doctora LAURA CATALINA BOHORQUEZ PIÑEROS quedó suficientemente probado que el profesional especializado de la unidad realizó a la paciente un procedimiento denominado “AMNIOTOMÍA” que sirve para identificar si debido al trabajo de parto, existe o no sufrimiento fetal, siendo el “MECONIO” (primera deposición del nasciturus en el claustro materno), una de las causas frecuentes; resultado que arrojó que el líquido

estaba totalmente claro. Para el efecto citó textualmente lo consignado en la Historia Clínica materna.

- No había presencia de “MECONIO”. De igual forma, la nota aclarada del alumbramiento respecto a la presencia o no de meconio es completamente fehaciente si el Despacho analiza que una vez se da el nacimiento, el neonato debe aprobar el período de adaptación tal como lo narró la profesional; y en dicho lapso, es IMPOSIBLE verificar si el recién nacido tiene “LÍQUIDO AMNIOTICO MECONIADO” en el pulmón como lo registra el dictamen de patología, pues distinto es si el “MECONIO” se presenta en la parte gástrica, que naturalmente ingresa por la boca, para lo cual a través de sonda gástrica se verifica y se realiza el correspondiente lavado.
- Frente al hallazgo de patología “pulmón: ...Aspiración de Líquido Amniótico y Meconio...”, no existe examen que pudiera haber practicado en la fase de adaptación del menor, precisamente porque no podría introducirse la sonda o cualquier otro elemento a los pulmones. Que al no encontrarse “MECONIO” en el tracto gástrico del menor por parte del patólogo, se confirma la afirmación de la Médica General que sin lugar a equívocos manifestó que no hubo “MECONIO” gástrico, es decir, no ingresó por la boca del neonato.
- Quedó la duda respecto de la forma como se llegó al “MECONIO” al pulmón del menor, y solo merece una opinión de la defensa que es completamente contrastable con la realidad clínica de la paciente (madre), que dada su negligencia en la realización de los controles prenatales sugeridos por la ciencia médica, pudo entre el momento de la ejecución de la “AMNIOTOMÍA” esto es, las 09:30 am y las 10:47 am, iniciarse un período de sufrimiento fetal donde el nasciturus hubiera defecado dentro al interior del claustro materno y al momento del alumbramiento se hubiere ingresado por las vías respiratorias y no gástricas, amén de su causa de muerte, que demostrado quedó, nada tiene que ver con la atención que se le dispensó.
- En consecuencia, hay una verdadera causa extraña frente al hallazgo del meconio en el pulmón del menor, que bajo ninguna égida puede ser atribuible a mi defendida, ya que se trata de un asunto con el que nació el menor.
- La auditoría médica no fue realizada por un profesional de la salud que cuente con la cualificación y menos autoridad científica para soportar sus aseveraciones. Además, obra un error en la segunda parte de su conclusión. El inexperto auditor no supo ni siquiera leer la historia clínica y deja mucho que desear su afirmación, pues tiene de presente por cuanto es médico general antes que abogado, que los registros en la historia clínica son consignados por el profesional que atiende al paciente y de forma concomitante con los actos que se van ejecutando; de suerte que si en la nota dice que los pediatras y neonatólogos tratantes intentaron intubar sin éxito al paciente, el auditor no puede atribuir dicho acto a otro profesional.
- Agregó que quedó probado que la madre resultó positiva para “ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO BEMOLITICO A Y B”, con el examen de “FROTIS RECTAL” que se ejecutó posterior al parto y que pudo ser una de las causas de la “Neumonía Intrauterina” que provocó el deceso del menor, empero las causas intrauterinas de la NEUMONÍA son diversas.
- La patología que generó el trágico desenlace surgió intrauterinamente, es decir, antes de nacer y en vista que la madre no se realizó los controles prenatales,

ningún centro asistencial en el mundo podría haber identificado la dificultad del menor y menos contrarrestarla para así cambiar el rumbo de las cosas a un estado de salvaguarda de la vida. Dicho lo anterior, las pretensiones que exigen la declaratoria de responsabilidad por el fallecimiento del menor no están llamadas a prosperar.

Concepto del Ministerio Público: No conceptuó.

3.6. Pruebas obrantes en el proceso

3.6.1. A continuación se hace relación de los elementos probatorios más relevantes allegados al plenario los siguientes documentales:

- 1. Copia simple del registro civil de nacimiento de Samuel Pacheco Roncancio fl. 22
- 2. Copia simple del registro civil de nacimiento de Andrea Viviana Roncancio Martínez fl. 23
- 3. Copia simple del registro civil de nacimiento de Aldemar Pacheco Camargo fl. 24
- 4. Copia simple del registro civil de nacimiento de Juan Esteban Pacheco Roncancio fl. 25
- 5. Copia simple del registro civil de nacimiento de Nixson Stip Amado Roncancio fl. 26
- 6. Copia simple del registro civil de nacimiento de Liliana Maritza Roncancio Martínez fl. 27
- 7. Copia simple de la cédula de ciudadanía número 1.019.034.619 de Liliana Maritza Roncancio Martínez fl. 28
- 8. Copia simple del registro civil de nacimiento de Libardo Armando Roncancio Bustos fl. 29
- 9. Copia simple de la cédula de ciudadanía número 19.377.552 de Libardo Armando Roncancio Bustos fl. 30
- 10. Copia auténtica del registro civil de defunción de Samuel Pacheco Roncancio fl. 31
- 11. Copia simple oficio del 23 de marzo de 2018 radicado No. 20182000061751 del Gerente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. para Andrea Viviana Roncancio Martínez fl. 32
- 12. Copia simple autopsia No. 06 – 2018 del 26 de enero de 2018 fl. 33 a 35
- 13. Copia simple acta de declaración juramentada No. 8064 del 26 de julio de 2018 de Aldemar Pacheco Camargo y Andrea Viviana Roncancio Martínez ante la Notaría 59 del Círculo de Bogotá fl. 36
- 14. Copia en medio magnético de Historia Clínica Samuel Pacheco Roncancio fl. 37
- 15. Copia en medio magnético de la historia clínica Andrea Viviana Roncancio fl. 38A
- 16. Copia simple Factura de Venta No. 244913 del 27 de enero de 2018 por valor de 700.000 pesos de Consorcio Exequial S.A.S. fl. 38B

3.6.2. Testimonios

Nombre	Síntesis
LAURA CATALINA BOHORQUEZ PIÑEROS, edad: 30, profesión u oficio médico general, médica de hospitalización pediátrica en Suba y en las tardes estoy en tele consulta en Colsanitas, domicilio: como quedo en vídeo, nivel educativo: pregrado en la Universidad de Ciencias	Samuel nació en el hospital de Suba el 9/01/2018, yo en ese momento era médico de adaptación natal, el niño nació estable, durante minutos estuvo estable, después tuvo deterioro respiratorio, yo atendí ese deterioro con una auxiliar con bajo flujo, pero luego hice manejo con cámara de Hood, me comunicó con neonatólogo de turno para que sea trasladado. Yo acompañé el paciente hasta que estuvo en la unidad de cuidado intensivos, el neonatólogo se hizo a cargo del paciente.

Aplicadas y Ambientales – 22/07/2017, estado civil: soltera relación con las partes:		Cuál era el diagnóstico del paciente: nacido a término, con una taquipnea transitoria del recién nacido: esto es que tiene respiración más normal de lo normal y asumimos que sea va a pasar; un síndrome de dificultad respiratoria secundaria a la taquipnea, esto quiere decir que le costaba respirar.	
Demandantes:		Causas frecuentes: Se asocia a un trabajo de parto prolongado, a razones propias del recién nacido, a veces mal pujo, a veces a que es prematuro el bebé, a veces la adaptación les causa a los niños, puede ser también por neumonía, virus y bacteria.	
Aldemar Pacheco Camargo	No lo conozco	El despacho procedió a realizar más preguntas a la testigo.	
Andrea Viviana Roncancio Martínez	No lo conozco	Realizó lavado por meconio gástrico desconoce por qué existía meconio en vía aérea.	
Juan Esteban Pacheco Roncancio (menor)	Bebé el recién nacido del caso	El efecto de aspirar meconio podría llevar a una neumonía.	
Nixson Stip Amado Roncancio (menor)	No lo conozco	Desconoce si hay algún tipo de examen para saber si el meconio se aspiró.	
Libardo Armando Roncancio Bustos	No lo conozco	No sabe si es normal que a las 54 horas se le coloque al paciente la respiración mecánica.	
Liliana Maritza Roncancio Martínez	No lo conozco	Se le concede el uso de la palabra al apoderado de la parte demandante quien procedió a preguntar a la testigo lo pertinente como quedó registrado en medio magnético:	
Demandadas:		Le pregunta por una nota en historia. Contestó: Aparece una nota que dice que el niño decía que tenía meconio, pero fue un error de digitación como se dice en nota aclaratoria dentro de la misma historia clínica, ese mismo día en la tarde me di cuenta del error e hice la anotación en la que dice que ese niño no tenía meconio.	
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	Actualmente trabajo con ellos, lo vengo haciendo desde el 1/01/2018	Pregunta: es decir que se le practicó un lavado gástrico el menor. Contestó: siempre pasó una sonda al estómago al paciente, este no tenía meconio y no se le practicó el lavado gástrico, no se le hizo.	
		Pregunta: qué tiempo transcurrió desde el momento en que se conocen los síntomas del menor hasta la remisión al pabellón de recién nacidos. Contestó: 10 minutos, que es cuando el paciente presenta dificultad respiratoria.	
		Pregunta: la nota que usted suscribe fue expedida el mismo día, pero a las 5.17 minutos, por qué inicialmente se dijo que se había hecho lavado gástrico. Contestó: porque utilice una anterior plantilla, pero en la aclaratoria digo que no tenía meconio y no se hizo lavado gástrico.	
		Pregunta: dentro de su experiencia le puede informar al despacho qué es el meconio y en qué consiste sus efectos al no detectar este elemento en el organismo del menor si lo aspira: es la primera deposición del recién nacido y siempre está en el menor, contesta.	
		Pregunta: esto puede llevar al deceso del menor: contesta que cualquier situación puede llevar a la muerte.	
		Pregunta: Frente a los síntomas que presentó el menor Samuel de taquipnea el procedimiento inmediato que presento se ajustó a las guías médicas que están establecidas para este tipo de casos. Contestó: sí señora, según las guías en 2018.	
		Pregunta: qué guías estaban vigentes. Contestó: no lo tengo presente.	

	<p>Se le concede el uso de la palabra al apoderado de la parte demandada quien procedió a preguntar a la testigo lo pertinente como quedó registrado en medio magnético.</p> <p>Pregunta: en respuesta anterior usted manifiesta que no recuerda las guías a las que les hizo alusión la apoderada de la parte actora, le pido que aclare si no recuerda el documento o el procedimiento. Contestó: el documento.</p> <p>Pregunta: Manifiéstele al Despacho como encontró a la paciente Viviana Roncancio. Contestó: la paciente llegó en trabajo de parto, solo tenía cuatro controles, no tenía paraclínicos necesario al momento de nacimiento del paciente.</p> <p>Pregunta: qué riesgos tiene no realizar esos controles y esos paraclínicos: contestó: no se tienen insumos sobre las condiciones del paciente, esto es tanto para la mamá como para el feto, la ausencia de exámenes nos hace actuar sobre ciego, no tenemos como tener soporte si debemos hacer algo como actuar sobre un virus.</p> <p>Pregunta: existe algún. Contestó: teniendo en cuenta que al paciente se le diagnosticó neumonía, hay un microorganismo que se transmite vía vaginal, que es para detectar el estreptococo, si tuviera un examen que se hace dentro del embarazo se habría conocimiento de ese microorganismo, <u>esta mamá no tenía este examen y por eso no sabíamos si tenía o no el virus.</u> No tengo conocimiento de si la neumonía del niño devino o no del virus, no lo sé, pudo ser muchas razones, una de estas es ese virus.</p> <p>Pregunta: Durante la estancia del paciente en el momento en que nace la atención fue oportuna y pertinente. Contestó: si, no llevaba 15 minutos con vida cuando se le hizo la atención apertura. Yo lo leí, pero solo doy razón de lo que hice. No más. Como médico general las complicaciones no hacían parte de competencia, el resto es de competencia de neonatólogos y pediatras.</p> <p>Pregunta despacho: por qué en la patología aparece meconio. Contestó: <u>no lo sé, la que usted verifica es gástrica y la que encontraron era de vía aérea.</u> No sé por qué en vía aérea. Es posible que el niño aspirara al nacer meconio y este entrara en los pulmones, esto podría llevar a una neumonía.</p> <p>Pregunta Despacho: Hay algún examen que demuestre que se aspiró vía aérea el meconio. Contestó: no lo sé.</p> <p>Pregunta Despacho: Sabe si es normal que pasen cinco horas en el caso del menor para que le hagan ventilación mecánica.</p> <p>Contestó: No lo sé.</p> <p>Preguntó parte actora: cómo entró el meconio a vía aérea.</p> <p>Contestó: no lo sé, no es mi responsabilidad, no puedo enviar una sonda por vía aérea, le haría daño al menor, yo no podría contestar como llegué a esa vía aérea.</p> <p>Preguntó parte accionada: usted sabe si existía guía sobre revisión de meconio en vía aérea. Contestó: no lo sé. No lo realizó porque no hay verificación, solo se hace gastrointestinal.</p> <p>Se deja constancia que el testigo concluyó su intervención en el récord Minuto 1.20.30 dijo estar de acuerdo con el acta.</p>
MARILUZ MARTÍNEZ RINCON, edad: 54, profesión u oficio	Pues tengo entendido que el niño falleció, en el momento se identifica con el nombre de la mamá. Yo recibí ese niño, yo estaba

Enfermera en el Hospital Suba Sub-Red Norte, domicilio: como quedó en vídeo en la ciudad de Bogotá, nivel educativo: Universitario Enfermera jefe en el 2001 Fundación Universitaria del Área Andina, estado civil: soltera relación con las partes:		en la UCI neonatal, es un niño que ingresó con un diagnóstico médico de dificultad respiratorio, se le atendió de acuerdo con los protocolos y según las ordenes médicas, de acuerdo con el médico.	
Demandantes:		No recuerdo a qué hora lo vio el médico. Se que dio la orden médica y se hizo lo que se debía hacer.	
Aldemar Pacheco Camargo	No lo conozco	Se le concede el uso de la palabra al apoderado de la parte demandante quien procedió a preguntar a la testigo lo pertinente como quedó registrado en medio magnético:	
Andrea Viviana Roncancio Martínez	No lo conozco, pero creo que fue mamá del paciente de este proceso	Preguntó: usted nos podría describir desde qué momento tiene la asistencia del menor Samuel y el desarrollo de las complicaciones de este hasta que el muere. Contestó: no me acuerdo con seguridad, ya que en el hospital ingresan seguido los pacientes y no recuerdo en el caso especial, sé que eso está en la historia.	
Juan Esteban Pacheco Roncancio (menor)	No me acuerdo	Preguntó: Usted sabe cuánto tiempo pasó desde el nacimiento hasta la ventilación mecánica. Contestó: no lo recuerdo, pero sí se hizo fue lo que indicó el médico de acuerdo con la parte clínica del paciente.	
Nixson Stip Amado Roncancio (menor)	No me acuerdo	Preguntó: Infórmele al despacho si el niño estuvo asistido por un pediatra en la UCI. Contestó: si, hay médicos expertos y con mucha experiencia neonatólogos y pediatras y por ellos son atendidos.	
Libardo Armando Roncancio Bustos	No me acuerdo	Preguntó: recuerda usted cuándo el niño entra en colapso y usted llamó al especialista para que se le hiciera la atención, si el médico estaba o no dentro del hospital. Contestó: no recuerdo la nota, pero si cabe aclarar que los médicos estaban dentro de la institución, nunca por teléfono, seguro como ellos se deben desplazar para ver pacientes, estaba desplazándose.	
Liliana Maritza Roncancio Martínez	No me acuerdo	Preguntó: usted estaba en el momento del deceso del menor. Contestó: no me acuerdo.	
Demandadas:		Se le concede el uso de la palabra al apoderado de la parte demandada quien procedió a preguntar a la testigo lo pertinente como quedó registrado en medio magnético. Sin preguntas.	
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	Trabajó ahí desde el 2018, primero de enero, antes trabajaba por un outsourcing desde 2007 para ellos	Se deja constancia que el testigo concluyó su intervención en el récord Minuto 1.43.30 dijo estar de acuerdo con el acta.	
		034:30	

3.6.3. Dictamen Pericial:

A folios 40 a 47 y 54 a 67 del plenario, se anexó dictamen pericial rendido por el Médico y Cirujano General Néstor Andrés Rojas Martínez, allegado junto con sus respectivos anexos.

“Conclusiones:

El cuadro de deterioro del estado respiratorio se debido a neumonía in- útero, confirmada en la autopsia, patología que resulta grave y con alta letalidad, sin embargo también se confirmó la bronco-aspiración de líquido amniótico y de meconio, lo que se contradice con la nota aclaratoria, respecto a negar la presencia de meconio y la realización del lavado gástrico cuyo principal riesgo es que la

sonda con la que se instila la solución para el lavado sea introducida de forma inadvertida en la vía respiratoria o que parte de lo aspirado o introducido migre accidentalmente del sistema digestivo al árbol respiratorio.

En cuanto al manejo médico, resulta criticable haber tardado 5 horas en decidir la ventilación mecánica bien invasiva o no invasiva, pero que ante los signos de marcada dificultad respiratoria sin mejoría en la primera hora con medidas conservadoras se debió haber instaurado sin esperar la radiografía o los gases arteriales, es decir de forma inmediata, en coherencia con las recomendaciones del Ministerio de Salud y Colciencias. Así lo dicho, no se puede concluir que la muerte hubiera sido evitable al cursar con una neumonía in-Útero, pero sí que faltó oportunidad en la intervención para intentar afectar positivamente en el pronóstico”. (fl. 46-47)

Perito	Contradicción
Médico y Cirujano General NÉSTOR ANDRÉS ROJAS MARTÍNEZ , identificado con cédula de ciudadanía número 80.513.388 de Bogotá	<p>PREGUNTÓ: Médico cirujano general de la Juan N Corpas en 1994, especialista en epidemiología clínica de la Juan N Corpas en 1998 y diplomado en auditoria en salud en 2010</p> <p>ACUTALMENTE SOY director médico y auditor de clínica Santa Ana de Facatativá.</p> <p>PREGUNTA: si tiene actualmente algún vínculo laboral o comercial con el demandante o el demandado.</p> <p>Ninguna</p> <p>PREGUNTO; PUBLICACIONES</p> <p>PREGUNTADO: Que experiencia tiene usted como perito de la Rama Judicial</p> <p>Contestó: En juzgados civiles municipales</p> <p>PREGUNTADO: Indíqueme al despacho cuál fue el método utilizado en el dictamen pericial que usted rindió en el presente proceso.</p> <p>Contestó: Primero recibo la historia clínica, hago una lectura completa, la enmarca en la Resolución 1995 de 1994 que habla de la calidad de la historia clínica. La segunda es la auditoria clínica confrontar lo de la historia frente a los guías y protocolos de que trate el caso. El marco normativo es la resolución de habilitación vigente. De ese enfoque procedo a hacer la evaluación de atributos de calidad definidos por la Ley y por el Decreto de Calidad 1011 y con los tres análisis hago conclusión o recomendaciones.</p> <p>PREGUNTADO: ¿La información que refleja la Historia Clínica fue suficiente para la realización del dictamen?</p> <p>Contestó: suficiente.</p> <p>PREGUNTADO: Resumen.</p> <p>En la auditoria de historia clínica existen discrepancias en las evoluciones de la historia médica y en las notas de enfermería. En la historia clínica hay una nota que requiere aclaración que es de adaptación neonatal.</p> <p>En la auditoria clínica me remito a la Resolución 2003 que dice de las condiciones de habilitación mínimas, esa misma norma dice que si hay guías de manejo las instituciones deben acogerlas, si bien son guías y no obligan, cuando uno se sale del camino, se debe soportar, en ese análisis encontré tres momentos de no conformidad.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Adaptación neonatal: donde se registra neonatal sano, con unas calificaciones sin dificultad respiratorio, pero en la que se encuentra meconio, dice esta nota que hacen lavado con solución salina.2. Luego presenta dificultad respiratoria por esa razón se solicita que la vea especialista.

	<p>3. A las 5 se hace una nota que dice que el niño no tiene meconio y no se hizo lavado.</p> <p>4. Una hora después se ingresa a la UCI, hay un lapso de 5 horas sin que haya valoraciones de médico existiendo ingreso con dificultad respiratorio severo y con signos de dificultad como tirajes y quejido.</p> <p>5. Sobre las 5 de la tarde se indica ventilación mecánica, al confrontarlo con la guía de manejo de 2013, dice que una vez el niño presente signos de dificultad respiratorio severo debe dársele ventilación, lo que implica un retraso de cinco horas para darle ventilación a las cinco horas, SEGUNDO MOMENTO DE NO CONFORMIDAD.</p> <p>6. El tercer momento es a la media noche donde se le informa al médico un estado del paciente y solo hasta las tres de la mañana dicen que lo intuban y sin lograrlo llaman a anestesiología y al no existir notas médicas frente a las notas de enfermería.</p> <p>Hace mención del suministro de dopamina al paciente, <u>no existe nota de la orden del medicamento.</u></p> <p>Luego se lee que se ajusta oxígeno al 100% y se comenta con el médico de turno, pero de esos llamados de enfermería no hay registro médico.</p> <p>También hace alusión al cuidado en condiciones del paciente crítico.</p> <p>Menciona la necropsia, para decir que existe la duda frente a la Nota aclaratoria.</p> <p>En la auditoria dice que es difícil determinar si se dio la neumonía dentro del útero o después, por la presencia del meconio en necropsia.</p> <p>Tras pregunta dice que la cardiopatía dice que tiene <u>un crecimiento de cavidades no es congénita, sino es asociada a la dolencia del bebé.</u></p> <p>La autopsia dice que en los bronquios se encuentra el meconio, broncoaspiración de meconios.</p> <p>Según la primera nota se intentó un lavado gástrico, o sea habla del meconio gástrico, luego habla de que no existe el meconio y no se hizo lavado.</p> <p>El lavado gástrico tiene riesgo porque la solución salina no se vaya al estómago sino a las vías respiratorias.</p> <p>Por examen de traqueotomía se puede detectar si hubo meconio por vías aéreas.</p> <p>Si hubo meconio porque no se descartó una broncoaspiración. Porque se descartó la nota.</p> <p>El Despacho le concede el uso de la palabra al apoderado de parte demandante, para que manifieste si tiene algo que interrogar</p> <p>Preguntó: Conforme con su experiencia y conocimiento considera que el procedimiento del tratamiento estuvo enmarcado dentro de las guías y se hizo en forma oportuna o fue tardía.</p> <p>Contestó: yo consideró que <u>haber retrasado la ventilación mecánica no va acorde con las guías y en el cuadro clínico concluyó que no fue oportuno el manejo dado.</u></p> <p>El Despacho le concede el uso de la palabra al apoderado de parte demandante, para que manifieste si tiene algo que interrogar, aclarar, contradecir u objetar del dictamen pericial.</p> <p>Manifestó el perito que era médico y abogado.</p> <p>Pregunta parte accionada: La atención fue sí o no pertinente: Contestó: en el dictamen dice que los exámenes, medicamento y el ingreso a la UCI fueron pertinentes. La impertinencia, lo explicaba yo, <u>en el momento de la intubación y la ventilación mecánica y lo desglosó en el tema de seguridad a la atención al paciente.</u></p>
--	--

	<p>Pregunta parte accionada: de dónde saca que los intentos de intubación al menor los hizo la terapeuta respiratoria.</p> <p>Contestó: la nota de terapia así lo dice. Hay dos notas. A las 3.10 pediatría dice a folio 31. Requiriendo intubación traqueal, requiriendo varios intentos, se logra a las 3.45. Esta es de evolución de pediatría. Folio 36 de la historia del recién nacido. 410 am nota de terapia: por orden de pediatría se intenta intubar varias veces, intubación difícil. En la nota de enfermería se dice que se llama a anestesia.</p> <p>No son excluyentes, la atención del pediatra con la de terapia.</p> <p>Preguntó: si el profesional registra una evolución se entendería que lo acaba de atender o alguien podría darle la orientación para que lo registrara en la historia clínica.</p> <p>Contestó: En el contexto de la respuesta anterior, si el pediatra registra una evolución se entiende que acaba de atender el paciente se entiende que lo acaba de atender o se entiende que alguien más le dijo que lo registrara. Contestó: es una obligación del que lo acaba de atender.</p> <p>Preguntó: manifiéstele al despacho qué tan fácil o difícil puede ser hacer entubación en un neonato como menor Samuel.</p> <p>Contestó: la intubación es complejo, se requiere experticia, con una vía de área difícil, puede darse un procedimiento difícil, todas las intubaciones generan dificultades.</p> <p>Preguntó: manifiéstele al Despacho si el hecho de los controles prenatales que hizo la madre del menor pudo incidir en algo en la patología.</p> <p>Contestó: una posibilidad como causa de neumonía, en el control prenatal un examen es una muestra alrededor de la vagina y el ano, no fue aportado en el control prenatal y solo se entregó y revisó después del parto y eso da lugar a un riesgo, encontrándose positivo.</p> <p>Preguntó: Manifiéstele al despacho, si usted para la realización de su pericia, contestó si el antes hospital de suba tenía guías de manejo para la realización de la imposición de la traqueostomía la menor. Contestó: <u>no se hizo traqueostomía, se hizo una ventilación por Resolución si el Ministerio tiene guías esas deben ser adoptadas por las entidades hospitalarias. Yo consulte solo las guías del Ministerio.</u></p> <p>Preguntó: Manifieste al despacho que norma dice que los hospitales deben acoger esas guías. Contestó: en la página 29 y lee lo pertinente.</p> <p>Preguntó: Para la atención de neonatología debía acogerse en la guía. Contestó: sí y volvió a leer la <u>página 29 y la 124 Resolución 2003 de 2014.</u></p> <p>Preguntó: usted la hace como abogado o como perito. Contestó: como auditor médico.</p> <p>Preguntó: manifieste si durante las cinco horas donde no se le hizo la ventilación el paciente estuvo atendido. Contestó: a las 12.40 valoración por pediatría, lee lo pertinente. Siguiente nota de evolución médica 5.14, folio 6. Evolución tórpida, lee lo pertinente por la que indican que entre 12.40 y 5.14 se hiciera valoración, tampoco la encontré después de nota de enfermería de las 11 se dice por Mariluz Cárdenas que el niño presentaba dificultades, lee lo pertinente.</p> <p>Preguntó: Doctor en su criterio qué hubiera pasado si el paciente es intubado en el tiempo en que usted manifestó en su pericia, es decir esas 5 horas antes. Contestó: Me remito a la guía para decir que dice, entraría en probabilidades, uno revisa la literatura médica dice que si se atiende en debida forma se disminuye la morbilidad. Podríamos manejar 30 por ciento si la neumonía se dio por razones de útero, si es posterior son mejores las posibilidades.</p> <p>Preguntó: Manifieste las razones de neumonía. Contestó: leyendo lo pertinente frente a la pérdida de oportunidad.</p>
--	---

	<p>Preguntó: Qué oportunidad se pudo frustrar al menor. Contestó: un neonato que presenta dificultad respiratoria severa, con taquipnea transitoria, la guía dice que frente a signos se debe ventilar existe perdida de oportunidad segura para el paciente.</p> <p><u>La taquipnea transitoria requiere atención con ventilación mecánica de forma inmediata.</u></p> <p>Apoderado parte actora es su oportunidad para solicitar aclarar, contradecir u objetar del dictamen pericial. Estoy totalmente de acuerdo con el dictamen.</p> <p>Apoderado parte accionada es su oportunidad para solicitar aclarar, contradecir u objetar del dictamen pericial. El suscrito se permite generar objeción frente a la calificación del perito, que no es un par especialista y por ende no puede objetar la atención al menor de parte de personal especializado. Él no es la persona idónea si los pasos fueron si o no. Lo reformuló en el error grave en la interpretación de la pericia rendida porque la interpretación de las normas no es acorde con las realidades o son ambiguas, por ende, no es confiable en ese sentido la pericia rendida y complementando lo anterior se incurriría en un error grave en valorar unas simples conjeturas.</p> <p>En el evento que alguno de los apoderados decida contradecir u objetar del dictamen pericial se debe hacer en la oportunidad procesal.</p> <p>En este estado de la diligencia se da la palabra al señor perito a la objeción del dictamen formulada por el apoderado judicial de la parte accionada. Contestó: yo hago auditoria, solamente frente a requisitos mínimos de habilitación y la historia clínica.</p>
--	--

4. CONSIDERACIONES

4.1 PRESUPUESTOS PROCESALES

4.1.1 Legitimación en la Causa

a. Legitimación en la causa por activa:

El menor SPR, de 22 días de nacido, murió el 25 de enero de 2018 (fl. 31).

Se tienen como legitimados en la causa por activa a:

Aldemar Pacheco Camargo	Padre de la presunta víctima fl. 22
Andrea Viviana Roncancio Martínez	Madre de la presunta víctima fl. 22
Juan Esteban Pacheco Roncancio (menor)	Hermano de la presunta víctima fl. 25 (2014)
Nixson Stip Amado Roncancio (menor)	Hermano de la presunta víctima fl. 26 (18/05/2001)
Libardo Armando Roncancio Bustos 19.377.552	Abuelo fl. 29 y 23
Liliana Maritza Roncancio Martínez	Tía de la presunta víctima fl. 27 y 23

b. Legitimación en la causa por pasiva.

Se tiene por legitimada en la causa por pasiva a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. conforme a las historias clínicas obrantes en el expediente y que fue quien realizó la intervención acusada del daño.

4.1.2 Caducidad de la acción.

No opera el fenómeno de caducidad de 2 años para la interposición de la acción de reparación directa (Art. 136 No. 8 C. C. A.), porque el daño alegado ocurrió el 25 de enero de 2018, teniendo como plazo inicial para demandar el 26 de enero de 2020, término suspendido por la solicitud de conciliación radicada el 21 de noviembre de 2018 y declarada fallida el 28 de diciembre de 2018 (fl. 39 c.1), ya que la demanda fue radicada el 23 de abril de 2019 de esa anualidad (fl. 11 c.1), el medio de control no se encuentra caducado.

4.2. Problema Jurídico

En audiencia inicial se planteó como problema jurídico principal: *“... con fundamento en el caudal probatorio es determinar si es responsables o no patrimonialmente la entidad demandada Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., por los presuntos perjuicios materiales e inmateriales causados a los demandantes como consecuencia del fallecimiento del menor SPR el 25 de enero de 2018.*

¿Se generó un daño antijurídico a causa de ello? ¿Es imputable tanto material como jurídicamente a la demandada?

Una vez resuelto lo anterior, determinar si se configuró una causal exonerativa de responsabilidad.”

4.2.1. Tesis del Despacho

Conforme a la reiterada jurisprudencia del Consejo de Estado se considera que no se dan los presupuestos para una declaratoria de responsabilidad.

Las imputaciones del proceso se basan en las consideraciones del peritazgo, además de la inobservancia de la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud, hoja 124, porque no se intubó y ventiló al bebé SPR, máxime cuando se confirmó la broncoaspiración, tal como lo expuso el auxiliar de la justicia.

Respecto a la observancia de las guías médicas se recuerda que las guías son un paso a paso que pueden ayudar al diagnóstico, pero NO SON una camisa de fuerza ya que la *lex artis* se basa además de la literatura y la evidencia en exámenes clínicos, exámenes diagnósticos, secuencia lógica de pensamiento, tiene todas las consideraciones analíticas y que el Ministerio de salud tiene un manual que indica que las guías son declaraciones que tiene recomendaciones.

Ahora bien, frente al dictamen se encuentra que no existe una razón médica revisadas las guías de práctica de recién nacido que impliquen a las luces de la experiencia relatada en audiencia por la testigo que no se hubiere realizado lo dispuesto en la praxis médica por cuanto como regla general lo que se debe hacer frente al recién nacido es aspirarlo con una sonda de manera superficial en el sistema gástrico, sin ser posible en principio detectar una aspiración del meconio antes o en el momento de nacer.

Ante una taquipnea transitoria del recién nacido, el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y una fractura en la clavícula derecha como diagnóstico de SPR.

Por lo que se observa que la ventilación no invasiva se destacó en la historia clínica cinco horas después, desconociéndose el por qué no se hizo en el lapso de las 12:40 a las 17:14 la ventilación mecánica, que según indicó el perito en la sustentación era crucial.

Ahora bien, aunque fue clara la explicación del médico general auxiliar de la justicia frente a la guía por él referida, lo cierto,

De acuerdo a la guía de práctica clínica del recién nacido con trastorno respiratorio, si al nacer se aspira meconio, esto puede explicar la taquipnea del recién nacido, que generalmente es transitoria y que mejora con el oxígeno, que en este caso incluso más allá de la cánula nasal, fue con Cámara de Hood.

Sí se revisa el momento en que se dispuso el tratamiento ventilatorio no invasivo y aquel en que se aplicó, no se encuentra de acuerdo a la guía de tratamiento del neonato con déficit respiratorio por qué pasar a este, bien sea mediante ventilación mecánica no invasiva o invasiva ANTES del momento en que lo ordenó el pediatra.

Revisado el expediente, existe una justificación para no pasar directamente a ventilación invasiva, sino hasta el momento en que se dio por la sospecha de fractura y por los efectos secundarios de esta praxis en niños.

No se encuentra ninguna razón que permitiera a los médicos hacer una traqueotomía. NO existen razones para dudar de las razones para hacer la corrección en la historia clínica que se hizo.

No se encuentran razones para entender probado el nexo causal entre la muerte del menor y alguna praxis del hospital.

4.2.2. Cuestión previa - de la objeción a los dictámenes periciales

De conformidad con el artículo 220 de la Ley 1437 de 2011 se tiene que el dictamen pericial puede ser objetado por las partes siempre y cuando tenga relación directa con el asunto tratado en el peritaje, teniendo la posibilidad de sustentar su dicho a través de otro dictamen pericial o mediante testimonio técnico.

Al respecto el Consejo de Estado¹ ha manifestado que *“debe tratarse de un error de tal magnitud que, de no haberse presentado, otro hubiera sido el sentido del dictamen rendido por los peritos, por lo cual, el yerro debe ser tan significativo que las conclusiones a las cuales conduzca sean ostensiblemente equivocadas”*.

En el asunto la parte demandada formuló objeción al dictamen por error grave en la interpretación de la pericia porque la interpretación de las normas no es acorde con las realidades o son ambiguas, no es confiable y complementando lo anterior se incurriría en un error grave en valorar unas simples conjeturas.

Como prueba de oficio decretada por el despacho corre traslado de la objeción al perito quien indicó que hace es una auditoria, frente a requisitos mínimos de habilitación y la historia clínica.

Ahora bien, debe indicarse que la mentada objeción pese a haber sido admitida y tramitada, carece de absoluta fundamentación probatoria, ya que para ello solo se contemplan dos medios probatorios para su demostración tales como la presentación o solicitud de otro dictamen pericial y/o la recepción de testimonios técnicos, sin embargo, en el *sub lite* el único sustento es lo manifestado por el mismo apoderado.

Entonces, se entiende que la inconformidad del apoderado no es un error de tal magnitud que, de no haberse presentado, otro hubiera sido el sentido del dictamen, en este caso

¹ Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, C.P. Hernán Andrade Rincón, sentencia del 8 de febrero de 2017, Exp. 08001-23-31-000-1998-00663-01(38432).

ni siquiera es un yerro, se endilga como error la conclusión del perito que observó la misma historia clínica y concluyó algo diferente a lo querido por el apoderado.

Entonces, el objetante no se refirió a errores en el dictamen sino a su inconformismo en las conclusiones, exponiéndose como argumentos de error precisamente la presunta idoneidad del perito, argumentos propios de una tacha; lo expuesto por el apoderado no son argumentos de objeción por error grave, ya que no acusa de omisión de estudio de algún documento, la falta de comparación con alguna literatura o señalar efectivamente la omisión en los dictámenes, que llevaron a conclusiones contrarias a la deseadas por el objetante.

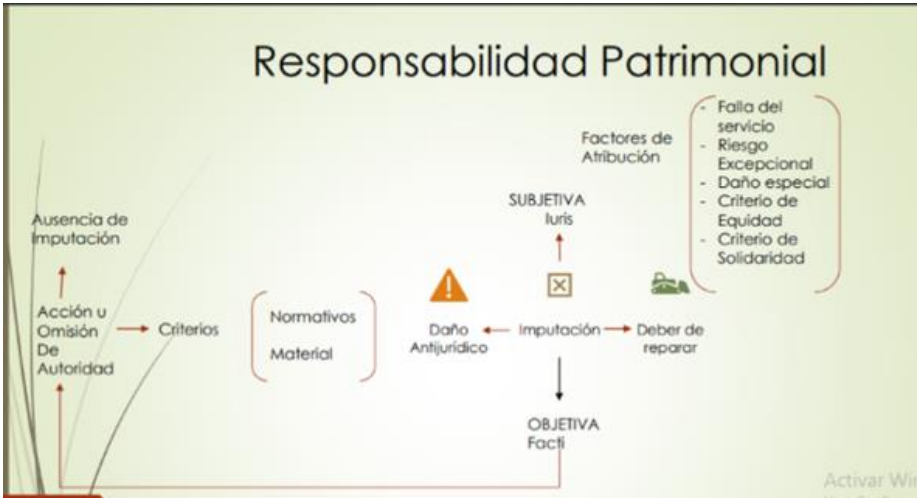
Para esta objeción no se aportó otros medios de prueba más que el mero decir, en este caso el análisis de una misma prueba con conclusiones diferentes no es propiamente un yerro sino un resultado del estudio de profesionales especializados en el tema

Teniendo en cuenta que la objeción se refirió a inconformismo en las conclusiones y que las mismas si fueron aclaradas y corroboradas, además de que no obra material probatorio que permita controvertir los conceptos científicos del perito, por medio de otro dictamen médico o un concepto técnico que soporten la objeción en circunstancias reales y no por interpretación del apoderado de la parte demandada, es de tener en cuenta que la conclusión de los auxiliares de la justicia si no se ajusta a lo querido por el apoderado no quiere decir que sean erróneas, por lo expuesto será negada la objeción, al carecer de fundamento fáctico, encontrándose que la experticia presentada guarda relación con la historia clínica.

Empero, debe entenderse que es el juez el que determina la valoración de la prueba dictamen pericial en el fallo a la luz de la sana crítica y de las demás pruebas y evidencias médicas que reposen en el plenario.

4.3. Régimen de responsabilidad aplicable en el caso.

Según lo dispuesto en el artículo 90 de la Carta Política, la responsabilidad extracontractual tiene como centro de discusión la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado, y la imputación de este en cabeza de la administración pública² tanto por acción, como por omisión. Dicha imputación exige la revisión de la imputabilidad fáctica y jurídica. El esquema lo resume el doctor Enrique Gil Botero así:



² Conforme a lo establecido en el Artículo 90 de la Carta Política Colombiana “los elementos indispensables para imputar la responsabilidad al estado son: a) el daño antijurídico y b) la imputabilidad del Estado”. Ver: Consejo de Estado, Sentencia de 21 de octubre de 1999, Exps.10948-

3. Es, pues “menester, que además de constatar la antijuridicidad del [daño], el juzgador elabore un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico distinto de la simple causalidad material que legitime la decisión; vale decir, ‘la imputatiojuris’ además de la ‘imputatiofacti’”. Ver: Consejo de Estado, Sentencia de 13 de julio de 1993.

En términos de José Ignacio Manrique Niño: *“se supera así, el esquema que se seguía anteriormente para declarar la responsabilidad del Estado, en el cual primero se miraba el hecho, luego se determinaba la culpa de la administración, posteriormente se analizaba la relación de causalidad y finalmente, se establecía el daño. Hoy en día, por el contrario, lo primero que se determina es la existencia del daño, luego se analiza si es o no antijurídico, y posteriormente se precisa qué fue lo que lo originó, lo que conlleva indagar por la causalidad”* (Manrique Niño, 2009).

El daño antijurídico es un concepto que tiene una evolución constante en la jurisprudencia del Consejo de Estado, en cuanto se adecúa y actualiza a la luz de los principios del Estado Social de Derecho y de realidad social, tal como lo ha esgrimido la Corte Constitucional en sentencia C-333 de 1996³.

Este puede ser definido como la *“lesión real y evaluable económicamente de un derecho o de un bien jurídico protegido al interesado o a un grupo de ellos, que no están en el deber jurídico de soportar”* (Ruíz Orejuela, 2010, pág. 3) o como *“el detrimento o demérito que sufre una persona en sus derechos o en sus sentimientos”* (Cubides Camacho, 1999, pág. 193).

El daño tiene un aspecto positivo toda vez que ser efectivo, individualizable y verificable, y uno negativo en cuanto debe concretizarse en una efectiva vulneración que se realice sin justa causa.

En cuanto al principio de imputabilidad⁴, se tiene que solo es dable la indemnización del daño antijurídico por parte del Estado cuando existe el debido sustento fáctico y encaja la atribución jurídica en los hechos narrados en el caso⁵

En la imputación se revisa la conducta estatal y el denominado nexo causal.

Para realizar una introducción de los títulos de imputación, la doctrina ha coincidido en señalar que tiene su fuente principal en la teoría de la culpa (objetivizada)⁶(Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 616) o falla del servicio, que es una responsabilidad directa, consistente en la producción de un daño debido a que una persona pública no ha actuado cuando debía hacerlo, ha actuado mal o ha actuado tardíamente (Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 616).

En este sentido, debe distinguirse entre las omisiones laxas y las omisiones en sentido estricto, refiriéndose las primeras a la negligencia u olvido en los deberes de cuidado, que de haberse cumplido pudieron haber evitado un resultado dañoso previsible; mientras, las segundas se relacionan con el incumplimiento de un deber legal previamente establecido y que el Estado está en la obligación de ejecutar, resultando de su incumplimiento, igualmente, un resultado dañoso (Ojeda Rodríguez & Guerrero Agripino, 2005).

³ Corte Constitucional, Sentencia C-333 de 1996.

⁴ En los términos de Kant, dicha imputación se entiende: “Imputación (imputatio) en sentido moral es el juicio por medio del cual alguien es considerado como autor (causa libera) de una acción, que entonces se llama acto (factum) y está sometida a leyes; si el juicio lleva consigo a la vez las consecuencias jurídicas del acto, es una imputación judicial (imputatioiudiciaria), en caso contrario, solo una imputación dictaminadora (imputatioiudicatoria)”. (Kant, 2005).

⁵ El otro principio de responsabilidad patrimonial del Estado es el de imputabilidad. De conformidad con éste, la indemnización del daño antijurídico le corresponde al estado cuando exista título jurídico de atribución, es decir, cuando de la voluntad del constituyente o del legislador pueda deducirse que la acción u omisión de una autoridad compromete al Estado con sus resultados”. Corte Constitucional, sentencia C-254 de 25 de marzo de 2003.

⁶ El término es usado por Libardo Rodríguez quien afirma: “Esta responsabilidad está basada en la culpa, pero en una culpa especial que no corresponde exactamente al concepto psicológico tradicional, que implica que la culpa solo es posible encontrarla en la actuación de las personas naturales. Aquí se trata, se dice, de una culpa objetiva o anónima. Preferimos decir culpa objetivizada, es decir, calificada por sus manifestaciones exteriores, pues tradicionalmente se consideran opuestos los conceptos de culpa y de responsabilidad objetiva, ya que aquella solo da lugar a responsabilidad subjetiva. Desde este punto de vista puede decir que la responsabilidad por culpa o falla en el servicio es una responsabilidad intermedia entre la subjetiva y la objetiva, pues si bien se requiere la existencia de una culpa, no se trata de la culpa subjetiva tradicional, sino de una culpa objetivizada. En todo caso, no es responsabilidad objetiva, porque, si así lo fuera, las personas públicas deberían responder por todos los daños que causaran en desarrollo de su actividad, así fueran completamente lícitos normales” (Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 616).

Por otra parte, en el hecho culposo se revisa la imputación a título de culpa (impericia, negligencia o imprudencia, en ella se distingue la culpa con representación del resultado y la culpa sin representación del resultado) o de dolo (conocimiento y voluntad de decisión, en el que se distingue el dolo indirecto, dolo indirecto y dolo eventual).⁷ Y la doctrina en el hecho culposo revisa la imputación a título de culpa (impericia, negligencia o imprudencia, en ella se distingue la culpa con representación del resultado y la culpa sin representación del resultado) o de dolo (conocimiento y voluntad de decisión, en el que se distingue el dolo indirecto, dolo indirecto y dolo eventual)⁸(Repetto, 2007, pág. 341).

Empero, es incorrecto afirmar que la única fuente hoy de imputación es la falla en el servicio toda vez que a nivel judicial se ha venido reconociendo la existencia de la responsabilidad estatal sin que se presente el concepto de la culpa, es decir, como expresión de la responsabilidad objetiva, tal es el caso de la responsabilidad por daño especial, la responsabilidad por riesgo excepcional, la responsabilidad por trabajos públicos, la responsabilidad por expropiación y ocupación de inmuebles en caso de guerra, la responsabilidad por almacenaje, la falla del servicio presunta (Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 620).

El daño especial se fundamenta en el principio del derecho público de la igualdad de los ciudadanos ante las cargas públicas, según el cual, cuando un administrado soporta las cargas que pesan sobre los demás, nada puede reclamar al Estado; pero si en un momento dado debe soportar individualmente una carga anormal y excepcional, esa carga constituye un daño especial que la administración debe indemnizar.

Por su parte en la teoría del riesgo excepcional se considera que el Estado compromete su responsabilidad cuando quiera que en la construcción de una obra o en la prestación de un servicio, desarrollados en beneficio de la comunidad, emplea medios o utiliza recursos que colocan a los administrados bien en sus personas o en sus patrimonios, en situación de quedar expuestos a experimentar un “riesgo de naturaleza excepcional” que, dada su particular gravedad, excede notoriamente las cargas que normalmente han de soportar los administrados como contrapartida de los beneficios que derivan de la ejecución de la obra o de la prestación del servicio. (Rodríguez Rodríguez, 2013, pág. 621).

La responsabilidad por la prestación de los servicios de salud

Ahora bien, con relación a la responsabilidad por la prestación de los servicios de salud incluidos aquellos que se relacionan con actos médicos, hoy día la jurisprudencia lo resuelve con la regla general de la falla del servicio como título de imputación la cual deberá ser aprobada por parte del demandante⁹, a menos que resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible demostrar dicha falla y la carga se torne excesiva¹⁰.

En efecto, el Consejo de Estado se pronunció en sentencia del 5 de marzo de 2015¹¹:

⁷ Al respecto se pueden analizar los Artículos 1066 y 1067 del Código Civil Colombiano.

⁸ Al respecto se pueden analizar los Artículos 1066 y 1067 del Código Civil Colombiano.

⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. Sentencias del 10 de marzo de 2011, exp. 19.347 y del 09 de febrero de 2011, Exp. 18793, ambas del M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Ver también en este sentido sentencia del 28 de abril de 2011, exp. 19.963 y 10 de febrero de 2011, exp. 19.040, en ambas M.P. Danilo Rojas Betancourt. También las sentencias del 27 de abril de 2011, exp. 19.122; del 07 de abril de 2011, exp. 19.759.

¹⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 2008, Rad. 15.725, MP: Ruth Stella Correa Palacio.

¹¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia del 5 de marzo de 2015. CP: DANILO ROJAS BETANCOURTH. Radicación número: 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102)

“La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste. En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance.”

Siguiendo la misma línea el Consejo de Estado ha determinado que el servicio médico no solo comporta la *praxis* en sí misma, sino que además comprende una dimensión estructural, que debe ser organizada de tal manera que la prestación del servicio de salud sea eficiente, oportuna y libre de trámites innecesarios, siendo descrita así:

“Para efectos del caso concreto, se ha de resaltar que una dimensión importante de la diligencia en el servicio médico tiene que ver con la prestación efectiva y pronta del mismo, esto es, con la garantía de la atención, el ingreso, la celeridad, la calidad del servicio y la evitación de trámites innecesarios. En resumen, parte de la humanización a la que debe propender el servicio médico, consiste en la implementación de procedimientos logísticos que agilicen y optimicen la atención al usuario, de modo que éste no vea agravada su situación con innecesarias dilaciones burocráticas o deficiencias en la dotación de elementos al igual que de personal médico, paramédico o asistencial.

Por lo anterior, se debe resaltar que la negligencia alegada en los casos de responsabilidad médica no solamente se limita a la mala praxis, por parte del personal tratante, sino que puede darse también en virtud de un desorden infraestructural (ya sea de la Institución médica o del sistema de salud como un todo) por cuya causa, los médicos tratantes ven entorpecida su actuación, aunque, en el caso concreto, actúen dentro de los parámetros de la diligencia posible. En resumen, la negligencia puede ser profesional, pero también sistemático-institucional (...)”¹²

Así mismo, el Consejo de Estado ha establecido que *“...involucra, de una parte, el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, y de otra, todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención profesional, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades estas últimas que están a cargo del personal paramédico o administrativo. Todas estas actuaciones integran el “acto médico complejo”, que la doctrina, acogida por la Sala clasifica en: (i) actos puramente médicos; (ii) actos paramédicos, que corresponden a las acciones preparatorias del acto médico, que por lo general son llevadas a cabo por personal auxiliar, en la cual se incluyen las obligaciones de seguridad; y (iii) los actos extra médicos, que corresponden a los servicios de alojamiento y manutención del paciente”¹³.*

Por consiguiente, el título dependerá del análisis que cada caso conlleve y respecto de las circunstancias particulares en que se suceda. Frente a este tipo de responsabilidad el máximo tribunal de lo contencioso administrativo expuso: *“Las obligaciones médicas son de medio y no de resultado: “En este punto de la providencia resulta oportuno señalar que la jurisprudencia ha sido reiterada en destacar que la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, razón por la cual los galenos están en la obligación de realizar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que, como es natural, implican riesgos de complicaciones, que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina, de conformidad con la lex artis, a agotar todos los medios que estén a su*

¹² Consejo de Estado - Sala de lo Contencioso Administrativo - Sección Tercera - consejera Ponente: Stella Conto Díaz del Castillo - Bogotá, D.C. 31 de mayo de 2016 - Radicación Número: 17001-23-31-000-2002-11611-01(33650)

¹³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 08/08/2018 Radicación número: 05001-23-31-000-2002-00774-01(45138).

alcance para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente”.¹⁴

En cuanto a la evolución jurisprudencial del título de imputación en estos casos a título esquemático se tiene:



4.2.4 Caso concreto

Daño

El niño SPR nació el 3 de enero de 2018 según el registro civil de nacimiento, indicativo serial 58621709 y era hijo de los hoy demandantes ANDREA VIVIANA RONCANCIO y ALDEMAR PACHECO CAMARGO:

14 Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia de 6 de diciembre de dos mil 2017, exp 43847. sentencia del 27 de enero de 2016, proferida por esta Subsección, con ponencia del Magistrado Hernán Andrade Rincón, Expediente: 29.728”.

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

País de nacimiento		Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH	
Año 2018		Mes ENE		Día 08		MASCULINO	
Código de identificación		País de nacimiento		Municipio		Corregimiento o Inspección de Policía	
COLOMBIA		CUNDINAMARCA		BOGOTÁ D.C.			
Tipo de documento: Certificado de nacimiento o de defunción				Número de certificado de nacimiento			
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO				14610718-1			
Datos de la madre y padre: Para casos de hijos nacidos con línea matrimonial, o personas del mismo sexo, indicar al presentador que indique las declaraciones para el segundo apellido del nacido.							
Apellidos y nombres completos							
RONCANCIO MARTINEZ ANDREA VIVIANA							
Documento de identificación (Clase y número)				Nacionalidad			
CC 52.995.558				COLOMBIA			
Datos del padre y madre: Para casos de hijos nacidos con línea matrimonial, o personas del mismo sexo, indicar al presentador que indique las declaraciones para el segundo apellido del nacido.							
Apellidos y nombres completos							
PACHECO CAMARGO ALDEMAR							
Documento de identificación (Clase y número)				Nacionalidad			
CC 1.014.237.811				COLOMBIA			
Datos del declarante							
Apellidos y nombres completos							
PACHECO CAMARGO ALDEMAR							
Documento de identificación (Clase y número)				Firma			
CC 1.014.237.811							

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Se observa que está debidamente probada la existencia del daño aducido, puesto que en el plenario obra senda historia clínica registro civil de defunción y dentro del expediente penal obra informe pericial de Necropsia del neonato S.P.R, con fecha de la muerte del 25 de enero de 2018 (fl. 31).

País de la defunción							
País de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía							
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ							
Fecha de la defunción				Hora		Número de certificado de defunción	
Año 2018 Mes ENE Día 25				21:05		71788882 - 2	
Presunción de muerte							
Juzgado que profiere la sentencia				Fecha de la sentencia			
X.X.X.X.X.X.X				Año X X X X Mes X X X Día X X			
Documento presentado				Nombre y cargo del funcionario			
Formación Judicial <input type="checkbox"/> Certificado Médico <input checked="" type="checkbox"/>				ARBHEY MEDINA - MEDICO			
Datos del denunciante							
Apellidos y nombres completos							
CASTRO CABRERA VICTOR JULIO							
Documento de identificación (Clase y número)				Firma			
C.C. 80842751 de BOGOTÁ D.C.							

Así las cosas, encuentra el despacho probado el daño alegado, procediendo a realizar el estudio de la imputabilidad jurídica del mismo a la entidad demandada.

Imputabilidad jurídica

Se encuentra en el *sub-lite* se enmarca en el régimen de responsabilidad subjetivo, a través del título de imputación de la falla probada del servicio, lo cual implica que le corresponde a la parte demandante demostrar los supuestos bajo los cuales pretende sea estructurada a la responsabilidad de la entidad demandada.

Dentro del caso que nos ocupa se encontró responsable a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. por la falla médica que conllevó a la muerte de la neonato S.P.R, por neumonía in útero, así:

A. A SMP, tras su muerte se le practicó autopsia en la cual se encontró:

II. HALLAZGOS DE LA AUTOPSIA:
Recién nacido de 40 semanas con diagnósticos de neumonía intrauterina, sepsis bacteriana, consumo de surfactante, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

coagulopatía secundaria a compromiso multiorgánico, falla multisistémica, compromiso pulmonar, renal, hematológico y hepático.

A. HALLAZGOS PRINCIPALES
Cuerpo de un lactante menor ictérico y en anasarca. Líquido en cavidades.
Pulmón: En fase Alveolar y Parcialmente Colapsado
Daño Alveolar Difuso
Aspiración de líquido Amniótico y Meconio
Neumonía Aguda (Intrauterina)
Hígado Colestasis intrahepatocitaria y ductural (alteración del funcionamiento del hepatocito)
Riñón Con abundantes cilindros de bilirrubina.

CAUSA DE MUERTE

Caso de neonato quien desde su nacimiento presenta cuadro de dificultad respiratoria y que requirió hospitalización, se realiza presunción diagnóstica de neumonía intrauterina, evolucionando al deterioro incluyendo compromiso de la función respiratoria, hepática, renal, hematológica.

Con el examen de necropsia macro y microscópica se encuentra además de los diagnósticos planteados una aspiración de líquido amniótico meconiado.

Conclusión: Neonato de 17 días, quien presentó cuadro de neumonía y aspiración de líquido amniótico que le están llevando a compromiso de la función respiratoria y cuadro ictérico severo que en conjunto le llevan a una disfunción multisistémica”

B. La atención médica prestada por al Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. a SMP (Medio magnético fl. 37), y a su madre Andrea Viviana Roncancio Martínez fue la siguiente:

Fecha y hora de la atención	Especialidad	Anotación	Folio
08/01/2018 00:39	Urgencias	Ecografías: Ecografías Fecha: 04/08/2017, Edad Gestacional: 14 sem, 6 días, Edad Gestacional a la Fecha: 37 sem, 2 días, Fecha: 28/09/2017, Edad Gestacional: 21 sem, 4 días, Edad Gestacional a la Fecha: 36 sem, 1 días, Fecha Probable de Parto por primera ecografía: 27/01/2018 Análisis y Plan de Manejo: Se socializa Sentencia C355/06 en sus 3 causales. Diagnósticos activos después de la nota: DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO, RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN), OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS DEL EMBARAZO.	PAG 2 Y 3 CD FL. 37
03:10	Urgencias	ANÁLISIS PACIENTE CON EMBARAZO A TÉRMINO EN TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE A LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE AFEBRIL, NO TAQUICÁRDICA, CIFRAS TENSIONALES OSCILAN ENTRE PREHIPERTENSIVAS Y ESTADIO I, CARDIOPULMONAR SIN HALLAZGOS ANORMALES, ASINTOMÁTICA PARA VASOESPASMO, NO PÉRDIDAS VAGINALES, BIENESTAR FETAL POR MONITORIA Y CLÍNICA, SE DECIDE SOLICITAR PERFIL TOXÉMICO, SE ORDENA INICIAR REFUERZO DE TRABAJO DE PARTO CON OXITOCINA SEGUN PROTOCOLO	Pág 5 cd 37

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		INICIANDO A 4MU/MIN, POR AHORA CONTINÚA VIGILANCIA MATERNO- FETAL Estricta según lineamientos de parto humanizado. Se explica a paciente técnica de respiración y la no realización de pujo precoz refiere entender y aceptar, paciente indica que no desea acompañamiento de familiar durante trabajo de parto.	
07:30		ANÁLISIS Paciente hemodinámicamente estable gestante a término en trabajo de parto fase latente con actividad uterina irregular e hipertensión gestacional. Al examen físico afebril, no taquicárdica, cardiopulmonarmente estable, cifras tensionales prehipertensivas, asintomática para vasoespasmo, no pérdidas vaginales, bienestar fetal por monitoria y clínica con monitor fetal permanente. Se continúa refuerzo de trabajo de parto con oxitocina según protocolo y vigilancia materno- fetal estricta según lineamientos de parto humanizado, se indica a paciente técnica de respiración y la no realización de pujo precoz, refieren entender y aceptar. Sin compañía de familiar.	Pág 9 cd 37
9:30		Paciente hemodinámicamente estable gestante a término en trabajo de parto fase latente con actividad uterina irregular e hipertensión gestacional. Al examen físico afebril, no taquicárdica, cardiopulmonarmente estable, cifras tensionales prehipertensivas y estadio I, asintomática para vasoespasmo, se realiza amniotomía obteniendo líquido claro, bienestar fetal por monitoria y clínica con monitor fetal permanente. Se continúa refuerzo de trabajo de parto con oxitocina según protocolo y vigilancia materno- fetal estricta según lineamientos de parto humanizado, se indica a paciente técnica de respiración y la no realización de pujo precoz, refieren entender y aceptar. Sin compañía de familiar.	PÁG. 13 CD FL. 37
11:01		Descripción Operatoria: Paciente con dilatación de 10 cm y borramiento de 100% estación +3, se pasa a sala de partos para atención de partos, se ubica paciente en posición de litotomía, previa asepsia y antisepsia en perine además de colocación de campos estériles, se dirige pujo, <u>A LAS 10:47 SE OBTIENE RECIÉN NACIDO VIVO SEXO MASCULINO</u> , peso 3090 gr talla 51 cm en variedad de posición OPD compuesta, con la salida del hombro anterior se colocan 10 UI de oxitocina, recién nacido con buen tono, llanto fuerte, activo-reactivo, se seca y se pone en contacto piel a piel con la madre, con APGAR 8-9-10, posterior a dos minutos y con verificación de cese de pulsaciones de cordón se realiza pinzamiento habitual de cordón umbilical, se corta cord+on umbilical, se toma muestra de TSH y hemoclasificación neonatal, se entrega recién nacido a hospitalario de pediatría, a la	PÁG. 18 FL. CD 37

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>MADRE SE CONTINUA CON OXITOCINA EN BOLO DE 10 U EN 500 CC DE L RINGER, SE REALIZA ALUMBRAMIENTO ACTIVO, SE OBTIENE PLACENTA COMPLETA TIPO SCHULTZE SIN CALCIFICACIONES Y CORDÓN CON TRES VASOS, POSTERIOR A ESTO SE REvisa CAVIDAD UTERINA CON EXTRACCIÓN DE ESCASOS COAGULOS SIN RESTOS PLACENTARIOS EN SU INTERIOR, UTERO TONICO, SE REvisa CANAL VAGINAL SIN DESGARROS, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE CONFIRMA INTEGRIDAD DE LA MUCOSA Y ESFINTER RECTAL, POSTERIORMENTE SE REALIZA MASAJE UTERINO EXTERNO DONDE SE OBTIENE ESCASA CANTIDAD DE COAGULOS, QUEDA UTERO TONICO, CON SANGRADO VAGINAL ESCASO, NO HAY COMPLICACIONES INTRAPARTO, SE PASA A PACIENTE A SALA DE RECUPERACIÓN SE RECIBE INFORMACIÓN DE PEDIATRIA RECIÉN NACIDO CON SEXO MASCULINO PESO DE 3090 GR TALLA 51 CM, PERIMETRO CEFÁLICO 34. 5 CM, PERIMETRO TORACICO 33 CM, PERÍMETRO ABDOMINAL 32 CM.</p> <p>SE DILIGENCIA CERIFICADO DE NACIDO VIVO N°146107181</p> <p>COMPLICACIONES: NINGUNA</p> <p>SANGRADO: 200 CC APROX.</p> <p>PLAN:</p> <ol style="list-style-type: none">1. TRASLADO A RECUPERACIÓN2. ACETAMINOFÉN 1GR VO CADA 6 HORAS3. L. RINGER 500 CC MAS 20U OXITOCINA A 100 CC HORA Y CONTINUAR LACTATO DE RINGER A 120 CC / HORA4. LACTANCIA MATERNA SEGÚN ORDEN DE PEDIATRÍA5. CSV-AC <p>PARTO ATENDIDO POR:</p> <p>DRA. SARA HASBON, GINECOLOGA DE TURNO QUIEN ORDENA CONDUCTA</p> <p>DRA. ALBA SARRIA ROMERO MEDICA HOSPITALARIA</p>	
08/01/2018 <u>11:51</u>	Urgenci as NEONA TO	<p>CON BUEN TONO, BUEN ESFUERZO RESPIRATORIO, SE REALIZA ESTÍMULO Y SECADO, SE PINZA Y SE CORTA CORDÓN UMBILICAL A LOS 60 SEGUNDOS, PREVIO CESE DE PULSACIONES, SE LE MUESTRA A LA MADRE, SE LE EXPLICA LA CONDICIÓN DEL NEONATO, AUXILIAR DE SALAS COLOCA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO LA CUAL ES VERIFICADA POR LA MADRE, <u>SE TRASLADA A SALA DE ADAPTACIÓN NEONATAL.</u></p> <p>BAJO LÁMPARA DE CALOR RADIANTE, SE POSICIONA, CON BUEN TONO, LLANTO FUERTE, ADAPTACIÓN ESPONTÁNEA, SE REALIZA PROFILAXIS OCULAR, UMBILICAL Y SE APLICA 1 MG DE VITAMINA KIM EN CARA ANTEROLATERAL DEL MUSLO DERECHO, SE VERIFICAN PERMEABILIDAD COANAS, ESOFÁGICA Y ANAL, SUCCIÓN DE SECRECIONES CON MECONIO DILUIDO, <u>SE REALIZA LAVADO GÁSTRICO CON 20 CC DE SOLUCIÓN SALINA HASTA OBTENER LÍQUIDO CLARO.</u></p> <p><u>SIMULTÁNEAMENTE SE MONITORIZAN SIGNOS VITALES:</u></p> <p>FC 149 LPM, FR 50 RPM, TEMP 36. 5 GRADOS CENTÍGRADOS, SAT 02: 95 % OXÍGENO A FLUJO LIBRE, PULSOS SIMÉTRICOS.</p> <p>ANTROPOMETRÍA: PESO: 3090 GRAMOS, TALLA 51 CM, PC 34, 5 CM, PT 33 CM, PA 32CM, APGAR 8-9-10 SEXO MASCULINO, SILVERMAN 0/10,</p>	PÁG. 20 FL. CD 37

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>BALLARD PARA 40 SEMANAS NEONATO QUIEN POSTERIOR A LA ADAPTACION PRESENTA SILVERMAN 7/10 DADO POR QUEJIDO AUDIBLE, RETRACCIONES XIFOIDEAS, DILATACIÓN NASAL Y TIRAJES, <u>SE INICIA MANEJO CON OXÍGENO A FLUJO LIBRE, SIN EMBARGO, PERSISTE CON SINTOMATOLOGIA. SE INICIA MANEJO CON CÁMARA DE HOOD 50% PARA INICIAR DESESCALONAMIENTO DEL MISMO SEGUN PROGRESIÓN CLÍNICA DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL PACIENTE, POSTERIOR A 10 MINUTOS CON HOOD 50% PACIENTE PERSISTENTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA Y QUEJIDO, SIN MEJORÍA DE SILVERMAN RESPECTO A CLÍNICA A ANTERIOR, RAZÓN POR LO CUAL SE COMENTA CON PEDIATRA DE TURNO QUIEN INDICA HOSPITALIZAR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES PARA MANEJO Y REALIZACIÓN DE ESTUDIOS POSTERIORES.</u> DIAGNÓSTICOS: RECIÉN NACIDO A TÉRMINO (BALLARD 40 SEMANAS) PESO ADECUADO para la edad gestacional (3090 GR) apgar 8-9-10 SEXO MASCULINO TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO <u>PLAN</u> <u>HOSPITALIZAR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES</u> <u>NADA VÍA ORAL</u> ...</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: O16X - HIPERTENSIÓN MATERNA, NO ESPECÍFICADA, O800 - PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VERTICE, O318 - OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS DEL EMBARAZO, A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO, J00X - RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN), P221 – <u>TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO.</u> Plan de Manejo: PLAN HOSPITALIZAR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES NADA VÍA ORAL SONDA OROGASTRICA A DRENAJE DAD 10 % PASAR A 11, 3 CC CADA HORA HOOD 50% SS/ GASES ARTERIALES (TOMAR AHORA) SS/ PCR, HEMOGRAMA, RX DE TÓRAX (TOMAR A LAS 12 HORAS DE VIDA) MONITOREO CONSTANTE CONTROL SIGNOS VITALES FAVOR AVISAR CAMBIOS. Firmado Por: LAURA CATALINA BOHORQUEZ PIÑEROS, CONS MEDICINA GENERAL, Registro 1016026798, CC 1016026798</p>	
8/01/2018 17:57		<p>FECHA DE NACIMIENTO: 08 DE ENERO DE 2018 PACIENTE NO NECESITÓ LAVADO GÁSTRICO DADO QUE LÍQUIDO ERA CLARO, NO MECONIO. ERROR EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA. Firmado Por: LAURA CATALINA BOHORQUEZ PIÑEROS, CONS MEDICINA GENERAL, Registro 1016026798, CC</p>	PÁG. 22 FL. CD 37

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>1016026798</p> <p>...</p> <p>CON BUEN TONO, BUEN ESFUERZO RESPIRATORIO, SE REALIZA ESTÍMULO Y SECADO, SE PINZA Y SE CORTA CORDÓN UMBILICAL A LOS 60 SEGUNDOS, PREVIO CESE DE PULSACIONES, SE LE MUESTRA A LA MADRE, SE LE EXPLICA LA CONDICIÓN DEL NEONATO, AUXILIAR DE SALAS COLOCA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO LA CUAL ES VERIFICADA POR LA MADRE, SE TRASLADA A SALA DE ADAPTACIÓN NEONATAL.</p> <p>BAJO LÁMPARA DE CALOR RADIANTE, SE POSICIONA, CON BUEN TONO, LLANTO FUERTE, ADAPTACIÓN ESPONTANEA, SE REALIZA PROFILAXIS OCULAR, UMBILICAL Y SE APLICA 1 MG DE VITAMINA K IM EN CARA ANTEROLATERAL DEL MUSLO</p> <p>DERECHO, SE VERIFICAN PERMEABILIDAD COANAS, ESOFÁGICA Y ANAL, SUCCIÓN DE SECRECIONES CON MECONIO DILUIDO, SE REALIZA LAVADO GASTRICO CON 20 CC DE SOLUCION SALINA HASTA OBTENER LIQUIDO CLARO.</p> <p>SIMULTÁNEAMENTE SE MONITORIZAN SIGNOS VITALES: FC 149 LPM, FR 50 RPM, TEMP 36. 5 GRADOS CENTÍGRADOS, SAT 02: 95 % OXÍGENO A FLUJO LIBRE, PULSOS SIMÉTRICOS.</p> <p>ANTROPOMETRÍA: PESO: 3090 GRAMOS, TALLA 51 CM, PC 34, 5 CM, PT 33 CM, PA 32CM, APGAR 8-9-10 SEXO MASCULINO,</p> <p>SILVERMAN 0/10, BALLARD PARA 40 SEMANAS</p> <p>NEONATO QUIEN POSTERIOR A LA ADAPTACION PRESENTA SILVERMAN 7/10 DADO POR QUEJIDO AUDIBLE, RETRACCIONES</p> <p>XIFOIDEAS, DILATACION NASAL Y TIRAJES, SE INICIA MANEJO CON OXÍGENO A FLUJO LIBRE, SIN EMBARGO, PERSISTE CON SINTOMATOLOGÍA. SE INICIA MANEJO CON CÁMARA DE HOOD 50% PARA INICIAR DESESCALONAMIENTO DEL MISMO SEGUN PROGRESIÓN CLÍNICA DE DIFICIULTAD RESPIRATORIA DEL PACIENTE, POSTERIOR A 10 MINUTOS CON HOOD 50% PACIENTE PERSISTENTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA Y QUEJIDO, SIN MEJORÍA DE SILVERMAN RESPECTO A CLÍNICA A ANTERIOR, RAZÓN POR LO CUAL SE COMENTA CON PEDIATRA DE TURNO QUIEN INDICA HOSPITALIZAR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES PARA MANEJO Y REALIZACIÓN DE ESTUDIOS POSTERIORES.</p> <p>DIAGNÓSTICOS:</p> <p>RECIÉN NACIDO A TÉRMINO (BALLARD 40 SEMANAS)</p> <p>PESO ADECUADO para la edad gestacional (3090 GR)</p> <p>apgar 8-9-10</p> <p>SEXO MASCULINO</p> <p><u>TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO</u></p> <p>PLAN</p> <p>HOSPITALIZAR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES</p> <p>NADA VÍA ORAL</p> <p>SONDA OROGASTRICA A DRENAJE</p> <p>DAD 10 % PASAR A 11, 3 CC CADA HORA</p> <p><u>HOOD 50%</u></p> <p>SS/ GASES ARTERIALES (TOMAR AHORA)</p>	
--	--	--	--

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		SS/ PCR, HEMOGRAMA, RX DE TÓRAX (TOMAR A LAS 12 HORAS DE VIDA) MONITOREO CONSTANTE CONTRO SIGNOS VITALES FAVOR AVISAR CAMBIOS.	
17:57		Diagnósticos activos después de la nota: O16X - HIPERTENSIÓN MATERNA, NO ESPECÍFICADA, O800 - PARTO ÚNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFÁLICA DE VERTICE, O318 - OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS DEL EMBARAZO, A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO, J00X - RINOFARINGITIS ÁGUDA (RESFRIADO COMUN), P221 - TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO. Sin resultados nuevos Plan de Manejo: PLAN HOSPITALIZAR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES NADA VÍA ORAL SONDA OROGASTRICA A DRENAJE DAD 10 % PASAR A 11, 3 CC CADA HORA HOOD 50% SS/ GASES ARTERIALES (TOMAR AHORA) SS/ PCR, HEMOGRAMA, RX DE TÓRAX (TOMAR A LAS 12 HORAS DE VIDA) MONITOREO CONSTANTE CONTRO SIGNOS VITALES FAVOR AVISAR CAMBIOS. Firmado Por: LAURA CATALINA BOHORQUEZ PIÑEROS, CONS MEDICINA GENERAL	PÁG. 23 FL. 37 CD
08/01/2018 12:47		Paciente Materna, de 35 Años, Género FEMENINO, 0 día(s) en hospitalización Diagnósticos activos antes de la nota: DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO, RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN), PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VERTICE, OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS DEL EMBARAZO, HIPERTENSIÓN MATERNA, NO ESPECIFICADA, <u>TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO.</u> ... Diagnósticos activos después de la nota: O16X - HIPERTENSIÓN MATERNA, NO ESPECIFICADA, P221 - TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO, O800 - PARTO UNICO ESPONTÁNEO, PRESENTACIÓN CEFALICA DE VERTICE, O318 - OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS DEL EMBARAZO, A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO, J00X - RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN).	PÁG. 24 y 25 FL. 37 CD
09/01/2018		-POP CESAREA DE LAS 12+29 HR 09/01/2018 -CESAREA POR TRABAJO DE ESTADO FETAL INSATISFACTORIO - MALFORMACIÓN CONGÉNITA DEL RECIÉN NACIDO (GASTROCLISIS) -PUERPERIO INMEDIATO -RECIÉN NACIDO BAJO PESO PARA EDAD GESTACIONAL -RN SEXO MASCULINO -G1C1V1	Pág. 27 Fl. Cd 37

		<p>-RIESGO TROMBOEMBOLICO INTERMEDIO</p> <p>- RIESGO PSICOSOCIAL ALTO: AUSENCIA DE CONTROLES PRENATALES</p>	
09/01/2018 14:29		<p>PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE CON ADECUADA EVOLUCIÓN PUERPERAL. AL EXAMEN FISICO AFEBRIL, NO TAQUICARDICA, CARDIOPULMONARMENTE ESTABLE, CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE LIMITES NORMALES, ASINTOMATICA PARA VASOESPASMO, UTERO TONICO, SANGRADO GENITAL ESCASO NO FETIDO, ADECUADO CONTROL DEL DOLOR, NO ORTOSTATISMO, DIURESIS POSITIVA CLARA</p> <p>POR Sonda VESICAL. TROMBOPROFILAXIS, SE REALIZA ASESORIA DE PLANIFICACION FAMILIAR, SOBRE METODOS MASCULINOS (VASECTOMIA), FEMENINOS (DIU, HORMONALES, SUBDERMICO, LIGADURA TUBARICA), DENTRO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES, Y POSTERIOR A LA INTREVENCION PACIENTE DESEA DE MANERA VOLUNTARIA CONSULTARLO CON SU PAREJA PARA DECIDIR METODO DE PLANIFICACION, POR EL MOMENTO RECHAZA OPCIONES DENTRO DE LA ASESORIA MEDICA, SE SOLICITA VALORACION EN FISICO POR TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA, PACIENTE IMIGRANTE EN CONDICION DE CALLE NO CLARO, SE INDICA RETIRO DE Sonda VESICAL Y TRASLADO A PISOS DE GINECOLOGIA PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO INSTAURADO Y VIGILANCIA CLINICA Estricta. SE DEJA CONTROL DE PERFIL INFECCIOSO DE CONTROL; SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.</p> <p>VALORADA POR:</p> <p>DR. CARLOS CARDENAS GINECOOBSTETRA DE TURNO QUIEN ACEPTA CONDUCTA MEDICA A SEGUIR.</p> <p>DR. FELIPE HERNANDEZ MEDICO HOSPITALARIO DE TURNO.</p> <p>...</p> <p>Nota aclaratoria</p> <p>Fecha: 09/01/2018 15:28</p> <p>NOTA ACLARATORIA POR ERROR DE DIGITACION EN LA PACIENTE NOTA NO CORRESPONDE, POR ERROR DE DIGITACIÓN.</p> <p>Firmado Por: FELIPE ERNESTO HERNANDEZ ROMERO, CONS MEDICINA GENERAL,</p>	Pág. 28 cd fl. 27
14+29		<p>Diagnósticos activos antes de la nota: DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO, PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VERTICE, RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN), ESTERILIZACIÓN,</p> <p>OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS DEL EMBARAZO, HIPERTENSIÓN MATERNA, NO ESPECÍFICADA, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO.</p> <p>...</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: O16X - HIPERTENSIÓN MATERNA, NO ESPECÍFICADA, Z302 - ESTERILIZACION, P221 -</p>	29-30

		TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO, O800 - PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VERTICE, O318 - OTRAS COMPLICACIONES ESPECÍFICADAS DEL EMBARAZO, A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO, J00X - RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN), Z489 - CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA, NO ESPECÍFICADO. Talla (Cm): 162. Firmado Por: FELIPE ERNESTO HERNANDEZ ROMERO, CONS MEDICINA GENERAL	
08/01/2018 01:20 -	NOTAS DE ENFERMERÍA	<p>Nota: 00:05 Ingresa paciente de 35 años de edad al servicio de urgencias de ginecología, caminando por sus propios medios, en compañía de familiar, paciente consiente alerta y orientada en sus 3 esferas mentales Glasgow 15/15, sin signos de vasoespasmio (cefalea, tinitus, fosfenos y epigastralgia) se realiza toma y control de signos vitales se registran en historia clínica, se realiza toma de monitoria 00:39 paciente valorada por ginecólogo de turno Doctor: WILMER HERNANDEZ quien ordena de hospitalizar en trabajo de parto, paciente con un embarazo de 37. 3 semanas G3P2V2 paciente refiriendo movimientos fetales positivos fetocardia 130 latidos por minuto, sin sangrado vaginal, con dilatación 3cm y borramiento 70% con membranas integras con consentimiento informado y firmado</p> <p>por la paciente, se ordena cambiar paciente, se le explica a la paciente sobre procedimiento a realizar paciente comprende y acepta, firma consentimiento informado se canaliza en miembro superior izquierdo con catéter # 16 quedando acceso venoso permeable para el paso de medicamentos ordenados según criterio médico, se realiza toma de laboratorio tubo amarillo con previo consentimiento informado para la toma de VIH se marcan y se dejan en nevera de laboratorio para ser llevados por camillero de turno 01:20 se ingresa paciente al servicio de trabajo de parto caminando por sus propios medios en compañía de auxiliar se acomoda en cama, se elevan barandas de seguridad por riesgo de caída alto, se monitoriza, se entrega paciente a la auxiliar correspondiente con historia clínica completa, con monitoria de control reciente firmada y sellada por médico de turno, se brinda información a la paciente sobre el acompañamiento permanente de familiar, se resuelven dudas, pendiente nuevas órdenes médicas.</p>	Pág. 38
08/01/2018 10:44		<p>Nota: 10+40 ingresa paciente de 35 años edad a sala de parto número 1 proveniente de trabajo de parto, se acomoda paciente en cama ginecológica en posición litotomía, Dra. SARRIA realiza lavado genital con técnica aséptica coloca campos estériles sin ninguna complicación, 10+47 nace producto único vivo de sexo masculino en posición cefálica, sale hombro anterior por orden médica se administran 10 unidades de oxitocina en 500cc de lactato de ringar intravenoso, se procede a colocar manilla de identificación en miembro inferior con datos correctos de la paciente, Doctora SARRIA campea cordón umbilical y lo pasa a médico pediatra quien junto a su auxiliar lo trasladan para su respectiva adaptación. Doctora toma muestras para laboratorio TSH y Hemoclasificación 10+50 se produce alumbramiento de placenta tipo schultze, Doctora realiza revisión uterina sin ninguna complicación se termina procedimiento se realiza baño genital y arreglo de la paciente se traslada en camilla con barandas arriba para recuperación, con líquidos endovenosos</p>	Pág. 42

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		permeables en miembro superior izquierdo pasando lactato de ringer 500cc + 10 unidades de oxitocina a 120 cc/hora. Con adecuada involución uterina, con sangrado vaginal escaso, con recién nacido vivo de sexo: masculino: en unidad de adaptación en cámara de calor hasta la recuperación de la mamá paciente en adecuadas condiciones, con historia clínica completa, queda paciente debidamente monitorizada, pendiente nuevas órdenes médicas.	
10+43		Nota: 10+47 Nace recién nacido de sexo masculino producto de parto vaginal normal, llanto fuerte y espontáneo, es entregado en campo estéril al médico de turno, le colocan manilla de identificación se traslada a sala de adaptación con campos estériles, se ubica recién nacido bajo lámpara de calor radiante, lo secan se estimula, le verifican permeabilidad de coanas, carrillos y esofágica obteniendo liquido claro, le realiza profilaxis oftálmica con 1 gota de sulfacetamida en cada ojo, le ligan y cortan el cordón umbilical observándose tres vasos sanguíneos, le verifican permeabilidad anal, se le coloca vitamina K 1 mg en vasto externo, se toma medidas antropométricas de perímetro cefálico 34. 5 cm, perímetro torácico: 33, perímetro abdominal: 32 cm, talla: 51 cm, peso: 3090 gr. <u>se coloca oxígeno por cámara cefálica un fio2 del 50 % por presentar dificultad respiratoria marcada, dada por tirajes intercostales y quejido respiratorio audible.</u> Se ubica en incubadora de transporte se traslada a unidad de recién nacidos, en compañía del médico de adaptación. cierro notas. Firmado Por: LIDA EMPERATRIZ BELTRAN POVEDA, ENFERMERIA	PÁG. 43
08/01/2018 13:00 -	Sede: 026- CENTR O ESPECI ALIZAD O-USS SUBA	nota: 13:00 Recibo paciente femenina de 35 años en el servicio de recuperación salas de parto con diagnóstico :1. PARTO VAGINAL EUTOCICO A LAS 10+47 HORAS+2. PUERPERIO INMEDIATO+3. HIPERTENSIÓN GESTACIONAL+4. RECIEN NACIDO VIVO MASCULINO, (Hospitalizado unidad neonatal) + 5. PARIDAD SATISFECHA + 6. G3P3V3A0 en camilla con barandas elevadas y aseguradas, me presentó con la paciente con manilla de identificación correspondiente, consiente alerta orientada, con Glasgow 15/15, se observa paciente: sin palidez facial, con mucosas rosadas y húmedas con oxígeno a ambiente sin dificultad respiratoria, con senos secretaste sin congestión, con acceso venoso con catéter # 16 miembro superior izquierdo permeable pasando lactato de ringer+10 unidades de oxitocina a 100cc/h por bomba de infusión sin signos de flebitis, paciente con sangrado vaginal escaso loquios positivos, eliminando espontáneo, sin edema en miembros inferiores, se explica a paciente procedimiento a realizar sobre la toma de signos vitales paciente comprende y acepta, se realiza toma y control de signos vitales se registran en historia clínica resultados se dan a conocer a jefe y medico de turno, se informa a paciente sobre sus derechos y deberes, se le brinda información sobre el horario de visitas, paciente acepta información, se aclaran dudas, en terminación de recuperación posparto adecuada evolución puerperal pendiente traslado a piso según disponibilidad de camas. Firmado Por: YAKELINNE HERNANDEZ SARMIENTO	PÁG. 46

En la historia clínica del menor se refirió (documento 002 cd fl.37):

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Fecha y hora de la atención	Especialidad	Anotación	Folio
08/01/2018 12:39	CENTRO ESPECIALIZADO- USS SUBA - Ubicación: SU-P3 UCI RECIEN NACIDOS	11:40 INGRESA PACIENTE A LA UCI EN INCUBADORA, CON O2 POR CÁMARA HOOD AL 50%, <u>CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA LEVE-MODERADA</u> , SE PESA Y SE PASA A INCUBADORA SIN COMPLICACIONES, PATRÓN RESPIRATORIO REGULAR, CON AMPLITUD DEL TÓRAX NORMAL Y EXPANSIBILIDAD TORÁCICA SIMÉTRICA. A LA AUSCULTACIÓN PRESENTA MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, CON QUEJIDO RESPIRATORIO OCASIONAL. JEFE TOMA GASES VENOSOS. EN ESPERA DE EVOLUCIÓN DE LOS SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA PARA DEFINIR CONDUCTA DE OXÍGENO. Sin resultados nuevos Temperatura(°C): 36. 2 Saturación de oxígeno (%): 95 Peso(G): 3090	Pág. 1 documento 002 cd fl.37
12:40		MOTIVO DE CONSULTA: <u>TAQUIPNEA TRANSITORIA DE RECIÉN NACIDO</u> ENFERMEDAD GENERAL: NEONATO MASCULINO QUIEN PRESENTA ADAPTACIÓN ESPONTÁNEA, PRESENTA TAQUIPNEA TRANSITORIA DE (se corta) RECIEN NACIDO POSTERIOR A ADAPTACIÓN CON SILVERMAN DE 7. NEONATO PRODUCTO DE 3 GESTACIÓN, MADRE CON 4 CONTROLES PRENATALES, STORCH NEGATIVO, HEMOCLASIFICACION B+, QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PRESENTAR ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, SIN PÉRDIDAS VAGINALES. NEONATO CON TAQUIPNEA POR LO QUE SE INGRESA A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES PARA MANEJO Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIO. ... ECOGRAFIAS Fecha: 04/08/2017, Edad Gestacional: 14 sem, 6 días, Edad Gestacional a la Fecha: 37 sem, 2 días, Fecha: 28/09/2017, Edad Gestacional: 21 sem, 4 días, Edad Gestacional a la Fecha: 36 sem, 1 días, Fecha Probable de Parto por primera ecografía: 27/01/2018 ... CON BUEN TONO, BUEN ESFUERZO RESPIRATORIO, SE REALIZA ESTÍMULO Y SECADO, SE PINZA Y SE CORTA CORDÓN UMBILICAL A LOS 60 SEGUNDOS, PREVIO CESE DE PULSACIONES, SE LE MUESTRA A LA MADRE, SE LE EXPLICA LA CONDICIÓN DEL NEONATO, AUXILIAR DE SALAS COLOCA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO LA CUAL ES VERIFICADA POR LA MADRE, SE TRASLADA A SALA DE ADAPTACIÓN NEONATAL. BAJO LÁMPARA DE CALOR RADIANTE, SE POSICIONA, CON BUEN TONO, LLANTO FUERTE, ADAPTACIÓN ESPONTANEA, SE REALIZA PROFILAXIS OCULAR, UMBILICAL Y SE APLICA 1 MG DE VITAMINA K IM EN CARA ANTEROLATERAL DEL MUSLO DERECHO, SE VERIFICAN PERMEABILIDAD COANAS, ESOFÁGICA Y ANAL, SUCCIÓN DE SECRECIONES CON MECONIO DILUIDO, SE REALIZA LAVADO GASTRICO CON 20 CC DE SOLUCION SALINA HASTA OBTENER LIQUIDO CLARO. SIMULTÁNEAMENTE SE MONITORIZAN SIGNOS VITALES: FC 149 LPM, FR 50 RPM, TEMP 36. 5 GRADOS CENTÍGRADOS, SAT O2: 95 % OXÍGENO A FLUJO LIBRE, PULSOS SIMÉTRICOS. ANTROPOMETRÍA: PESO: 3090 GRAMOS, TALLA 51 CM, PC 34, 5 CM, PT 33 CM, PA 32CM, APGAR 8-9-10 SEXO MASCULINO, SILVERMAN 0/10, BALLARD PARA 40 SEMANAS <u>NEONATO QUIEN POSTERIOR A LA ADAPTACION PRESENTA SILVERMAN 7/10 DADO POR QUEJIDO AUDIBLE,</u> <u>RETRACCIONES XIFOIDEAS,</u> DILATACION NASAL Y TIRAJES, SE INICIA MANEJO CON OXÍGENO A FLUJO LIBRE, SIN EMBARGO, PERSISTE CON SINTOMATOLOGIA. SE INICIA MANEJO CON CÁMARA DE HOOD 50% PARA INICIAR DESESCALONAMIENTO DEL MISMO	Pág. 2-3

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>SEGUN PROGRESIÓN CLÍNICA DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL PACIENTE, POSTERIOR A 10 MINUTOS CON HOOD 50% PACIENTE PERSISTENTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA Y QUEJIDO, SIN MEJORÍA DE SILVERMAN RESPECTO A CLINICA A ANTERIOR, RAZON POR LO CUAL SE DECIDE INGRESAR A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. EXAMEN FÍSICO</p> <p>RECIÉN NACIDO EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON CIANOSIS PERIBUCAL POSTERIOR A LOS 10 MINUTOS, ACTIVO, REACTIVO, HIDRATADO, CON SIGNOS DE SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.</p> <p>CABEZA: NORMOCÉFALO, FONTANELAS NORMOTENSAS, PALADAR INTEGRO, MUCOSA ORAL HÚMEDA.</p> <p>CUELLO: SIMÉTRICO, MOVIL, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS, CLAVICULAS INDEMNES.</p> <p>HEMODINÁMICO: ESTABLE, RUIDOS CARDIÁCOS RITMICOS, SIN SOPLOS.</p> <p>PULMONAR: RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS PULMONARES, SILVERMAN 7/10</p> <p>GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO, NO DISTENDIDO, ONFALO EN BUEN ESTADO CON 3 VASOS, SIN MASAS, SIN VISCEROMEGALIAS.</p> <p>GU: GENITALES MASCULINOSS NORMOCONFIGURADOS.</p> <p>EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, PULSOS SIMÉTRICOS.</p> <p>NEUROLÓGICO: ACTIVO, REACTIVO, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, SIN MOVIMIENTOS ANORMALES, REFLEJOS PRIMARIOS PRESENTES.</p> <p>PIEL: SIN ALTERACIONES, SIN TINTE ICTÉRICO, BIEN PERFUNDIDA, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS.</p> <p>ANÁLISIS</p> <p>NEONATO A TÉRMINO, CON PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL, FRUTO DE TERCERA GESTACION, MADRE CON 4 CONTROLES PRENATALES, PACIENTE CON ADAPTACION ESPONTANEA QUIEN PRESENTA SILVERMAN DE 7 POR LO CUAL SE INICIA HOOD A 50% SIN MEJORÍA POSTERIOR A MANEJO POR 5 MINUTOS. SE INGRESA A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES PARA MANEJO Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS. SE EXPLICA MANEJO MÉDICO A MADRE, SE ACLARAN DUDAS, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, REFIERE ENTENDER Y ACPETAR.</p> <p>...</p> <p>NOTAS MÉDICAS</p> <p>DIAGNÓSTICOS:</p> <p>RECIÉN NACIDO A TERMINO (BALLARD 40 SEMANAS)</p> <p>PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL (3090 GR)</p> <p>APGAR 8-9-10</p> <p>SEXO MASCULINO</p> <p><u>TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO</u></p> <p><u>PLAN</u></p> <p><u>HOSPITALIZAR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</u></p> <p><u>NEONATALES</u></p> <p><u>NADA VÍA ORAL</u></p> <p><u>SONDA OROGASTRICA A DRENAJE</u></p> <p><u>DAD 10 % PASAR A 11, 3 CC CADA HORA</u></p> <p><u>HOOD 50%</u></p> <p>SS/ GASES ARTERIALES (TOMAR AHORA)</p> <p>SS/ PCR, HEMOGRAMA, RX DE TÓRAX (TOMAR A LAS 12 HORAS DE VIDA)</p> <p>MONITOREO CONSTANTE</p> <p>CONTROL SIGNOS VITALES</p>	
08/01/2018 12:40	INGRESO UNIDAD DE CUIDADO	<p>ANÁLISIS</p> <p>NEONATO A TÉRMINO, CON PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL, FRUTO DE TERCERA GESTACIÓN, MADRE CON 4 CONTROLES PRENATALES, PACIENTE CON</p>	Pág. 5-6

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

	S INTENSIV OS NEONAT ALES	ADAPTACIÓN ESPONTÁNEA QUIEN PRESENTA SILVERMAN DE 7 POR LO CUAL SE INICIA HOOD A 50% SIN MEJORÍA POSTERIOR A MANEJO POR 5 MINUTOS. SE INGRESA A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES PARA MANEJO Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS. SE EXPLICA MANEJO MÉDICO A MADRE, SE ACLARAN DUDAS, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. DIAGNÓSTICOS: RECIÉN NACIDO A TÉRMINO (BALLARD 40 SEMANAS) PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL (3090 GR) APGAR 8-9-10 SEXO MASCULINO <u>TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO</u> PLAN HOSPITALIZAR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES NADA VÍA ORAL SONDA OROGASTRICA A DRENAJE DAD 10 % PASAR A 11, 3 CC CADA HORA HOOD 50% SS/ GASES ARTERIALES (TOMAR AHORA) SS/ PCR, HEMOGRAMA, RX DE TÓRAX (TOMAR A LAS 12 HORAS DE VIDA) MONITOREO CONSTANTE CONTRO SIGNOS VITALES NOTAS MÉDICAS HOSPITALIZAR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES NADA VÍA ORAL SONDA OROGASTRICA A DRENAJE DAD 10 % PASAR A 11, 3 CC CADA HORA HOOD 50% SS/ GASES ARTERIALES (TOMAR AHORA) SS/ PCR, HEMOGRAMA, RX DE TÓRAX (TOMAR A LAS 12 HORAS DE VIDA) MONITOREO CONSTANTE CONTRO SIGNOS VITALES Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA	
08/01/2018 17:14		NOTAS MÉDICAS INFECCIOSO: SIN DISTERMIAS. SIN SIGNOS DE SIRS. HEMATOLÓGICO: SIN SANGRADOS. PIEL: ASPECTO ROSADO, TURGENCIA NORMAL. EXTREMIDADES: SE PALPA DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE CLAVICULA DERECHA. NEUROLÓGICO FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA, HIPOTONO PARA LA EDAD, REACTIVO A ESTÍMULO EXTERNO. SIN MOVIMIENTOS ANORMALES. REFLEJOS PRIMITIVOS PRESENTES. ANÁLISIS: RECIÉN NACIDO A TÉRMINO HIJO DE MADRE DE 35 AÑOS DE EDAD, G3P3C3C0A0, 4 CONTROLES PRENATALES. ADPTACIÓN NEONATAL ESPONTÁNEA, APGAR 8/9//9, QUIEN POSTERIORMENTE PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA PROGRESIVA <u>REQUIRIENDO OXÍGENO SUPLEMENTARIO EN CÁMARA HOOD A ALTO FLUJO. EVOLUCION TORPIDA YA QUE HA PESISTIDO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA E INCREMENTO DE FIO2, POR LO CUAL SE DECIDE INICIAR VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS PIM 18, PEEP, FR 35, FIO2 50%, SATO2 99%. HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. SIN APOYO VASOMOTOR.</u> SE REVISAX RX DE TOTAX: MALA TECNICA, ROTADA, APARENTE VOLUMEN PULMONAR CONSERVADO BILATERALMENTE. SIN OPACIDADES, CONSOLIDACIONES, DERRAMES PLEURALES, NEUMOTÓRAX	Pág. 7

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>Y/O ATELECTASIAS. SILUETA CARDIOTIMICA NORMAL. PERDIDA DE LA CONTINUIDAD OSEA EN EL TERCIO MEDIO DE LA CLAVICULA DERECHA. OTRAS ESTRUCTURAS OSEAS SIN DEFORMIDADES. SOG EN CÁMARA GASTRICA. PENDIENTE REPORTE OFICIAL DE RADIOLOGIA. GASES VENOSOS CON ADECUADO EQUILIBRIO ACIDO-BASICO. POR AHORA SE CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO, SE AJUSTA APOORTE HIDRICO A 75 CC/G/D. SE VIGILARÁ PATRÓN RESPIRATORIO. SE ORDENÓ DOSIS UNICA DE OPIACEO PARA ANALGESIA. SE INFORMÓ A LOS PADRES SOBRE EL ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE QUIENES E4NTIENDEN Y ACEPTAN.</p> <p>PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none">. DAD 10% PASAR A 9. 3 CC/H.. <u>MORFINA 150 MCG IV AHORA</u>. <u>VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DINÁMICA.</u>. <u>OTRAS ORDENES MEDICAS SIN CAMBIOS</u>. VIGILAR PATRÓN RESPIRATORIO. AVISAR CAMBIOS.	
08/01/2018 17:14 -	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL. EVOLUCION TURNO DE LA TARDE.	<p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.</p> <p>Plan de manejo:</p> <p>Observaciones de la epicrisis: Fecha: 08/01/2018 17:14</p> <p>Evolución Menor de 5 Años - CONS PEDIATRIA</p> <p>Subjetivo, Objetivo, análisis: UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL. EVOLUCIÓN TURNO DE LA TARDE.</p> <p>HIJO DE ANDREA VIVIANA RONCANCIO MARTINEZ</p> <p>ID 529855583</p> <p>EDAD: 5 HORAS</p> <p>PESO: 3. 070 GM.</p> <p>DIAGNÓSTICOS:</p> <p>*RECIÉN NACIDO A TÉRMINO CON PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL 40 SEMANAS POR BALLARD.</p> <p>*<u>SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO</u></p> <p>TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO.</p> <p>VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. INICIO 08/01/2018</p> <p>* <u>FRACTURA CLAVICULA DERECHA</u></p> <p>---</p> <p>ANÁLISIS:</p> <p>RECIÉN NACIDO A TÉRMINO HIJO DE MADRE DE 35 AÑOS DE EDAD, G3P3C3C0A0, 4 CONTROLES PRENATALES.</p> <p>ADPTACIÓN</p> <p>NEONATAL EXPONTANEA, APGAR 8/9//9, QUIEN POSTERIORMENTE PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA PROGRESIVA REQUIRIENDO OXÍGENO SUPLEMENTARIO EN CÁMARA HOOD A ALTO FLUJO. EVOLUCION TORPIDA YA QUE HA PESISTIDO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA E INCREMENTO DE FIO2, POR LO CUAL SE DECIDE INICIAR VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS PIM 18, PEEP, FR 35, FIO2 50%, SATO2 99%. HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN APOYO VASOMOTOR. SE REVISAX RX DE TOTAX: MALA TECNICA, ROTADA, APARENTE VOLUMEN PULMONAR CONSERVADO BILATERALMENTE. SIN OPACIDADES, CONSOLIDACIONES, DERRAMES PLEURALES, NEUMOTÓRAX Y/O ATELECTASIAS. SILUETA CARDIOTIMICA NORMAL. PERDIDA DE LA CONTINUIDAD OSEA EN EL TERCIO MEDIO DE LA CLAVICULA DERECHA. OTRAS ESTRUCTURAS OSEAS SIN DEFORMIDADES. SOG EN CÁMARA GASTRICA. PENDIENTE REPORTE OFICIAL DE RADIOLOGIA. GASES VENOSOS CON ADECUADO EQUILIBRIO ACIDO-BASICO. POR AHORA SE CONTINÚA IGUAL MANEJO INSTAURADO, SE AJUSTA APOORTE HIDRICO A 75 CC/G/D. SE VIGILARÁ PATRÓN RESPIRATORIO. SE ORDENÓ DOSIS ÚNICA DE OPIACEO PARA ANALGESIA. SE INFORMÓ A LOS PADRES SOBRE EL ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE QUIENES ENTIENDEN Y ACEPTAN.</p>	Pág 10

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none">. DAD 10% PASAR A 9. 3 CC/H.. MORFINA 150 MCG IV AHORA. VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DINÁMICA.. OTRAS ORDENES MEDICAS SIN CAMBIOS. VIGILAR PATRÓN RESPIRATORIO. AVISAR CAMBIOS. <p>Presión arterial (mmHg): 87/50, Presión arterial media (Mmhg): 62 Frecuencia cardiaca: 163 Frecuencia respiratoria: 50 Temperatura: 36. 6 Peso: 3090 Talla: 51 Perímetro cefálico: 34. 5 Examen Físico: Tórax Corazón: Normal</p>	
08/01/2018 17:14	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL. EVOLUCION TURNO DE LA TARDE.	<p><u>ESPONTÁNEA, APGAR 8/9/9, QUIEN POSTERIORMENTE PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA PROGRESIVA REQUIRIENDO OXÍGENO SUPLEMENTARIO EN CÁMARA HOOD A ALTO FLUJO. EVOLUCION TORPIDA YA QUE HA PESISTIDO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA E INCREMENTO DE FIO2, POR LO CUAL SE DECIDE INICIAR VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS PIM</u></p> <p>18, PEEP, FR 35, FIO2 50%, SATO2 99%. HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN APOYO VASOMOTOR. SE REVISAX RX DE TOTAX: MALA TECNICA, ROTADA, APARENTE VOLUMEN PULMONAR CONSERVADO BILATERALMENTE. SIN OPACIDADES, CONSOLIDACIONES, DERRAMES PLEURALES, NEUMOTÓRAX Y/O ATELECTASIAS. SILUETA CARDIOTIMICA NORMAL. PERDIDA DE LA CONTINUIDAD OSEA EN EL TERCIO MEDIO DE LA CLAVICULA DERECHA. OTRAS ESTRUCTURAS OSEAS SIN DEFORMIDADES. SOG EN CÁMARA GASTRICA. PENDIENTE REPORTE OFICIAL DE RADIOLOGIA. GASES VENOSOS CON ADECUADO EQUILIBRIO ACIDO-BASICO. POR AHORA SE CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO, SE AJUSTA APOYO HIDRICO A 75 CC/G/D. SE VIGILARÁ PATRÓN RESPIRATORIO. SE ORDENO DOSIS UNICA DE OPIACEO PARA ANALGESIA. SE INFORMO A LOS PADRES SOBRE EL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE QUIENES ENTIENDEN Y ACEPTAN.</p> <p>PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none">. DAD 10% PASAR A 9. 3 CC/H.. MORFINA 150 MCG IV AHORA. VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DINÁMICA.. OTRAS ÓRDENES MÉDICAS SIN CAMBIOS. VIGILAR PATRÓN RESPIRATORIO. AVISAR CAMBIOS. <p>Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA</p> <p>...</p> <p>NOTAS MÉDICAS TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO. <u>VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.</u> INICIO 08/01/2018 * FRACTURA CLAVICULA DERECHA. Plan de manejo: HORA 2+00PM SE RECIBE PACIENTE DEL TURNO DE LA MAÑANA, CON CÁMARA CEFÁLICA, AL 0, 50, CON DIFICULTAD RESPIRATORIO, EN INCUBADORA CERRADA, CON SIGNOS VITALES DE FC 126 POR MIN, Y SATURACIÓN DE 98%.</p>	Pág. 15-16

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>PACIENTE CON QUEJIDO, MARCADO, SE CAMBIA A VENTURY NEBULIZADOR JET, MIENTRAS SE TOMA RADIOGRAFIA DE TÓRAX.</p> <p>TOMAN RADIOGRAFIA DE TÓRAX Y SE OBSERVA 8 EIC, Y <u>FRACTURA MEDIA DE CLAVICULA DERECHA, POR LO TANTO, SE INICIA VENTILACIÓN NO INVASIVA POR ORDEN MÉDICA.</u></p> <p>SE DEJA CON PARAMETROS DE 0, 50 PEEP 5 PSV 8 PIM 23 PIP18 MEDIA 6 FR 35 T, O38.</p> <p>MUESTRA MEJOR PATRÓN RESPIRATORIO. SE DEJA CON MORFINA.</p> <p>Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	
Fecha: 08/01/2018 19:19	UCI RECIEN NACIDOS	<p>Plan de manejo: HORA 2+00PM SE RECIBE PACIENTE DEL TURNO DE LA MAÑANA, CON CÁMARA CEFALICA, AL 0, 50, CON DIFICULTAD RESPIRATORIO, EN INCUBADORA CERRADA, CON SIGNOS VITALES DE FC 126 POR MIN, Y SATURACIÓN DE 98%.</p> <p>PACIENTE CON QUEJIDO, MARCADO, SE CAMBIA A VENTURY NEBULIZADOR JET, MIENTRAS SE TOMA RADIOGRAFIA DE TÓRAX.</p> <p>TOMAN RADIOGRAFIA DE TÓRAX Y SE OBSERVA 8 EIC, Y <u>FRACTURA MEDIA DE CLAVICULA DERECHA, POR LO TANTO, SE INICIA VENTILACIÓN NO INVASIVA POR ORDEN MÉDICA.</u></p> <p><u>SE DEJA CON PARAMETROS DE 0, 50 PEEP 5 PSV 8 PIM 23 PIP18</u></p> <p>MEDIA 6 FR 35 T, O38. MUESTRA MEJOR PATRÓN RESPIRATORIO. SE DEJA CON MORFINA.</p> <p>Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORI</p>	Pág. 16
08/01/2018 20:15		<p>ANÁLISIS:</p> <p>RECIÉN NACIDO A TERMINO HIJO DE MADRE DE 35 AÑOS DE EDAD, G3P3C3C0A0, 4 CONTROLES PRENARALES.</p> <p>ADPTACIÓN NEONATAL</p> <p>EXPONTÁNEA, APGAR 8/9//9, QUIEN POSTERIORMENTE PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA PROGRESIVA REQUIRIENDO OXÍGENO SUPLEMENTARIO EN CÁMARA HOOD A ALTO FLUJO. POR EVOLUCION TORPIDA SE INICIO VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA CON LO CUAL HA DISMINUIDO DIFICULTAD RESPIRATORIA. HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN APOYO VASOMOTOR. SE CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO, SE AJUSTA APOORTE HIDRICO A 80 CC/G/D POR GASTO URINARIO LIMITROFE. PENDIENTE TOMA DE PARACLINICOS.</p> <p>VIGILANCIA CLINICA EN CUIDADO INTENSIVO.</p> <p>PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none">. MONITOREO INTENSIVO. DAD 10% IV PASAR A 10. 2 CC/HORA.. VIGILAR PATRÓN RESPIRATORIO. PENDIENTE TOMA DE PARACLINICOS.. OTRAS ORDENES MEDICAS SIN CAMBIOS <p>...</p> <p>NOTAS MÉDICAS</p> <p>VIGILANCIA CLÍNICA EN CUIDADO INTENSIVO.</p> <p>PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none">. MONITOREO INTENSIVO. DAD 10% IV PASAR A 10. 2 CC/HORA.. VIGILAR PATRÓN RESPIRATORIO. PENDIENTE TOMA DE PARACLINICOS.. OTRAS ÓRDENES MÉDICAS SIN CAMBIOS <p>Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo:</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.</p> <p>Firmado Por: FABIO SUÁREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA,</p>	Pág. 17

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

08/01/2018 20:15		<p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. Plan de manejo: Observaciones de la epicrisis: Fecha: 08/01/2018 20:15 Evolución Menor de 5 Años - CONS PEDIATRIA Subjetivo, Objetivo, análisis: UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL. EVOLUCION TURNO NOCHE. HIJO DE ANDREA VIVIANA RONCANCIO MARTINEZ ID 529855583 EDAD: 9 HORAS PESO: 3. 070 GM. DIAGNÓSTICOS: *RECIÉN NACIDO A TÉRMINO CON PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL 40 SEMANAS POR BALLARD. *SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO. VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. INICIO 08/01/2018 * FRACTURA CLAVICULA DERECHA ... NOTAS MÉDICAS . PENDIENTE TOMA DE PARACLÍNICOS. . OTRAS ORDENES MEDICAS SIN CAMBIOS Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA</p>	19-26
08/01/2018 23:33	UCI RECIEN NACIDOS	<p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. Plan de manejo: Observaciones de la epicrisis: Fecha: 08/01/2018 23:33 Evolución Menor de 5 Años - CONS PEDIATRIA Subjetivo, Objetivo, análisis: PARACLINICOS: HEMOGRAMA: LEUCOCITOS 13. 170, N 63%, L 30%, M 5%, HB 17. 8 GM, HTO 50%, MPLT 285. 000. PCR MENOR DE 2 MG/DL. BILIRRUBINA TOTAL 3. 89, B. INDIRECTA 3. 59 MG/DL. RETICULOCITOS 8%. COOMBS DIRECTO NEGATIVO. HEMOGRAMA NORMAL. BILIRRUBINAS EN ZONA 0 DE RIESGO QUE NO REQUIERE INTERVENCIÓN. PLAN: SE CONTINÚA IGUAL MANEJO INSTAURADO. ... NOTAS MÉDICAS Perímetro cefálico: 34. 5 Examen Físico: Tórax Corazón: Normal análisis de resultados: Subjetivo, Objetivo, Análisis: PARACLINICOS: HEMOGRAMA: LEUCOCITOS 13. 170, N 63%, L 30%, M 5%, HB 17. 8 GM, HTO 50%, MPLT 285. 000. PCR MENOR DE 2 MG/DL. BILIRRUBINA TOTAL 3. 89, B. INDIRECTA 3. 59 MG/DL. RETICULOCITOS 8%. COOMBS DIRECTO NEGATIVO. HEMOGRAMA NORMAL. BILIRRUBINAS EN ZONA 0 DE RIESGO QUE NO REQUIERE INTERVENCIÓN. PLAN: SE CONTINÚA IGUAL MANEJO INSTAURADO. Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo:</p>	26-29-30

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA,	
08/01/2018 23:33		NOTAS MÉDICAS HEMOGRAMA: LEUCOCITOS 13. 170, N 63%, L 30%, M 5%, HB 17. 8 GM, HTO 50%, MPLT 285. 000. PCR MENOR DE 2 MG/DL. BILIRRUBINA TOTAL 3. 89, B. INDIRECTA 3. 59 MG/DL. RETICULOCITOS 8%. COOMBS DIRECTO NEGATIVO. HEMOGRAMA NORMAL. BILIRRUBINAS EN ZONA 0 DE RIESGO QUE NO REQUIERE INTERVENCIÓN. PLAN: SE CONTINÚA IGUAL MANEJO INSTAURADO. Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. Firmado Por: FABIO SUÁREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA	30-
09/01/2018 00:34		Plan de manejo: recibo paciente en regulares condiciones generales en estado consciente, hidratado, a febril, continua con soporte de oxígeno por ventilación mecánica no invasiva con parámetros ventilatorios de: fr. /fio2 al 0. 70%/PEEP. 6/presión soporte. 10/pim. 26/pip. 20/presión media 8/ t. inspiratorio. 1:3 con una fr. 40 presentando valores de saturación mayores al 94%. campos pulmonares sin agregados. hemodinámicamente estable. 8+30pm. se realiza tratamiento de terapia respiratoria con maniobras de higiene bronquial con aceleración de flujo-vibración-higiene nasal y aspiración de secreciones abundantes por boca y nariz. tratamiento sin complicaciones. se vigilan cambios en el patrón respiratorio. cobro de oxígeno. 15. 000. Firmado Por: DIANA LUCIA PEREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA ... Plan de manejo: recibo paciente en regulares condiciones generales en estado consciente, hidratado, a febril, continua con soporte de oxígeno por ventilación mecánica no invasiva con parámetros ventilatorios de: fr. /fio2 al 0. 70%/peep. 6/presión soporte. 10/pim. 26/pip. 20/presión media 8/ t. inspiratorio. 1:3 con una fr. 40 presentando <u>valores de saturación mayores al 94%.</u> campos pulmonares sin agregados. hemodinámicamente estable. 8+30pm. se realiza tratamiento de terapia respiratoria con maniobras de higiene bronquial con aceleración de flujo-vibración-higiene nasal y aspiración de secreciones abundantes por boca y nariz. tratamiento sin complicaciones. se vigilan cambios en el patrón respiratorio. cobro de oxígeno. 15. 000. Firmado Por: DIANA LUCIA PÉREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA ... Subjetivo, Objetivo, Análisis: <u>NOTA RETROSPECTIVA: RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA A LAS 03:10 H. PACIENTE CON AUMENTO PROGRESIVO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. ENCUENTRO PACIENTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA DADA POR TIRAJES UNIVERSALES. DISBALANCE TORACO-ABDOMINAL. POR LO CUAL SE DECIDE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL. A LAS 03:45 BAJO EFECTO SEDATIVO CON MORFINA A DOSIS DE 0. 2 MCG/K. Y VARIOS INTENTOS (PACIENTE DE DIFICIL INTUBACIÓN) SE REALIZA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON TUBO 3. 5 EL CUAL SE FIJA A COMISURA ORAL EN 9 CM. Y SE ADAPTA A VENTILADOR EN MODO SIMV CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS PIM 16, PEEP 5, FR 35, TI 0. 40, FIO2 100%. SATO2 97%.</u> <u>SE ORDENA RX DE TÓRAX POSRINTUBACIÓN.</u>	31-32

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: <u>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado:</u> <u>VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA.</u> <u>Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA,</u>	
09/01/2018 03:46 -		Subjetivo, Objetivo, Análisis: NOTA RETROSPECTIVA: RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA A LAS 03:10 H. PACIENTE CON AUMENTO PROGRESIVO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ENCUESTRO PACIENTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA DADA POR TIRAJES UNIVERSALES, DISBALANCE TORACOABDOMINAL, POR LO CUAL SE DECIDE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL. A LAS 03:45 BAJO EFECTO SEDATIVO CON MORFINA A DOSIS DE 0. 2 MCG/K. Y VARIOS INTENTOS (PACIENTE DE DIFICIL INTUBACIÓN) SE REALIZA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON TUBO 3. 5 EL CUAL SE FIJA A COMISURA ORAL EN 9 CM. Y SE ADAPTA A VENTILADOR EN MODO SIMV CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS PIM 16, PEEP 5, FR 35, TI 0. 40, FIO2 100%. SATO2 97%. SE ORDENA RX DE TÓRAX POSRINTUBACIÓN. ... <u>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado:</u> <u>VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA.</u> Plan de manejo: Observaciones de la epicrisis: Fecha: 09/01/2018 03:46 Evolución Menor de 5 Años - CONS PEDIATRIA Subjetivo, Objetivo, Análisis: NOTA RETROSPECTIVA: RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA A LAS 03:10 H. PACIENTE CON AUMENTO PROGRESIVO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ENCUESTRO PACIENTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA DADA POR TIRAJES UNIVERSALES, DISBALANCE TORACOABDOMINAL, POR LO CUAL SE DECIDE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL. A LAS 03:45 BAJO EFECTO SEDATIVO CON MORFINA A DOSIS DE 0. 2 MCG/K. Y VARIOS INTENTOS (PACIENTE DE DIFICIL INTUBACIÓN) SE REALIZA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON TUBO 3. 5 EL CUAL SE FIJA A COMISURA ORAL EN 9 CM. Y SE ADAPTA A VENTILADOR EN MODO SIMV CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS PIM 16, PEEP 5, FR 35, TI 0. 40, FIO2 100%. SATO2 97%. SE ORDENA RX DE TÓRAX POSRINTUBACIÓN. Presión arterial (mmHg): 76/52, Presión arterial media (Mmhg): 60 Frecuencia cardiaca: 140 Frecuencia respiratoria: 54 Temperatura: 36. 9 Peso: 3090 Talla: 51 Perímetro cefálico: 34. 5 Examen Físico: Tórax Corazón: Normal ... NOTAS MÉDICAS Subjetivo, Objetivo, Análisis: NOTA RETROSPECTIVA: RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA A LAS 03:10 H. PACIENTE CON AUMENTO PROGRESIVO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ENCUESTRO PACIENTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA DADA POR TIRAJES UNIVERSALES, DISBALANCE TORACOABDOMINAL, POR LO CUAL SE DECIDE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL. A LAS 03:45 BAJO EFECTO SEDATIVO CON MORFINA A DOSIS DE 0. 2 MCG/K. Y VARIOS INTENTOS (PACIENTE DE DIFICIL INTUBACIÓN) SE REALIZA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON TUBO 3. 5 EL CUAL SE FIJA A COMISURA ORAL EN 9 CM. Y SE ADAPTA A VENTILADOR EN MODO SIMV CON LOS	32-35-36

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>SIGUIENTES PARAMETROS PIM 16, PEEP 5, FR 35, TI 0. 40, FIO2 100%. SATO2 97%.</p> <p>SE ORDENA RX DE TÓRAX POSRINTUBACIÓN.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo:</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado:</p> <p>VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA.</p> <p>Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA,</p>	
09/01/2018 04:10 -	UCI RECIEN NACIDOS	<p>Resumen de la atención: Plan de manejo: paciente quien continua con signos de dificultad respiratorios severos, <u>por lo cual y por orden del pediatra de turno se realizan varios intentos de intubación orotraqueal siendo difícil la intubación a las 3+45am. se logra la intubación con tubo orotraqueal número. 3. 5</u> fijo en 9 cms, se conecta a ventilación mecánica con parámetros ventilatorios iniciales de: FIO2 AL 100%/PEEP. 5/PRESIÓN SOPORTE 10/PIM. 21/PIP. 15/ PRESIÓN MEDIA DE LA VÍA AÉREA 9/FR. 35/RELACION 1:3/ T. INSPIRATORIO. 0. 40. paciente a pesar de la sedación <u>desacoplado a la ventilación</u> mecánica convencional. en el momento con buenos valores de saturación de:92% con una fc. 158x minuto. hemodinámicamente estable. campos pulmonares bien ventilados.</p> <p>4+00am. se realiza aspiración de secreciones por tubo orotraqueal de aspecto sanguinolento, mucoides. paciente tolera el tratamiento. se vigilan cambios en el patrón respiratorio. le toman rx de tórax pendiente el reporte.</p> <p>Firmado Por: DIANA LUCIA PEREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	36
09/01/2018 04:10	UCI RECIEN NACIDOS	<p>Plan de manejo: paciente quien continua con signos de dificultad respiratorios severos, por lo cual y por orden del pediatra de turno se realizan varios intentos de intubación orotraqueal siendo difícil la intubación a las 3+45am. se logra la intubación con tubo orotraqueal número. 3. 5 fijo en 9 cms, se conecta a ventilación mecánica con parámetros ventilatorios iniciales de: FIO2 AL 100%/PEEP. 5/PRESIÓN SOPORTE 10/PIM. 21/PIP. 15/ PRESIÓN MEDIA DE LA VÍA AÉREA 9/FR. 35/RELACION 1:3/ T. INSPIRATORIO. 0. 40. paciente a pesar de la sedación <u>desacoplado a la ventilación mecánica convencional.</u> en el momento con buenos valores de saturación de:92% con una fc. 158x minuto. hemodinámicamente estable. campos pulmonares bien ventilados.</p> <p>4+00am. se realiza aspiración de secreciones por tubo orotraqueal de aspecto sanguinolento, mucoides. paciente tolera el tratamiento.</p> <p>se vigilan cambios en el patrón respiratorio.</p> <p>le toman rx de tórax pendiente el reporte.</p> <p>Firmado Por: DIANA LUCIA PEREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA</p> <p>... NOTAS MÉDICAS</p> <p>Evolución Menor de 5 Años - CONS PEDIATRIA</p> <p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: RX DE TÓRAX: SE OBSERVA IMAGEN DE NEUMOTÓRAX LINEAL QUE COMNPROMETE HEMITÓRAX DERECHO Y TERCIO INFERIOR PULMONAR IZQUIERDO, SIN DESPLAZAMIENTO DE SILUETA CARDIACA. TOT A 1 CM DE CARINA. NO SE OBSERVAN OTRAS ANORMALIDADES.</p> <p>SE CONTINUA EN VENTILACIÓN MECÁNICA CON FIO2 ALTO.</p> <p>SE ORDENA SEDACION HORARIA CON MORFINA POR AHORA.</p> <p>PLAN:</p> <p>. MORFINA 300 MCG IV CADA 4 HORAS PREVÍA ORDEN MEDICA.</p>	

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>. OTRAS ORDENES MEDICAS SIN CAMBIOS. Presión arterial (mmHg): 76/52, Presión arterial media (Mmhg): 60 Frecuencia cardiaca: 140 Frecuencia respiratoria: 54 Temperatura: 36. 9 Peso: 3090 Talla: 51 Perímetro cefálico: 34. 5 Examen Físico: Tórax Corazón: Normal Análisis de resultados: Subjetivo, Objetivo, Análisis: RX DE TÓRAX: SE OBSERVA IMAGEN DE NEUMOTÓRAX LINEAL QUE COMNPROMETE HEMITÓRAX DERECHO Y TERCIO INFERIOR PULMONAR IZQUIERDO, SIN DESPLAZAMIENTO DE SILUETA CARDIACA. TOT A 1 CM DE CARINA. NO SE OBSERVAN OTRAS ANORMALIDADES. SE CONTINUA EN VENTILACIÓN MECÁNICA CON FIO2 ALTO. SE ORDENA SEDACIÓN HORARIA CON MORFINA POR AHORA. PLAN: . MORFINA 300 MCG IV CADA 4 HORAS PREVÍA ORDEN MÉDICA. . OTRAS ORDENES MÉDICAS SIN CAMBIOS. Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA</p>	
09/01/2018 04:46		<p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. Plan de manejo: Observaciones de la epicrisis: Fecha: 09/01/2018 04:46 Evolución Menor de 5 Años - CONS PEDIATRIA Subjetivo, Objetivo, Análisis: RX DE TÓRAX: SE OBSERVA IMAGEN DE NEUMOTÓRAX LINEAL QUE COMNPROMETE HEMITÓRAX DERECHO Y TERCIO INFERIOR PULMONAR IZQUIERDO, SIN DESPLAZAMIENTO DE SILUETA CARDIACA. TOT A 1 CM DE CARINA. NO SE OBSERVAN OTRAS ANORMALIDADES. SE CONTINUA EN VENTILACIÓN MECÁNICA CON FIO2 ALTO. SE ORDENA SEDACION HORARIA CON MORFINA POR AHORA. PLAN: . MORFINA 300 MCG IV CADA 4 HORAS PREVÍA ORDEN MEDICA. . OTRAS ORDENES MEDICAS SIN CAMBIOS. Presión arterial (mmHg): 76/52, Presión arterial media (Mmhg): 60 Frecuencia cardiaca: 140 Frecuencia respiratoria: 54 Temperatura: 36. 9 Peso: 3090 Talla: 51 Perímetro cefálico: 34. 5 Examen Físico: Tórax Corazón: Norma ... NOTAS MÉDICAS Análisis de resultados: Subjetivo, Objetivo, Análisis: RX DE TÓRAX: SE OBSERVA IMAGEN DE NEUMOTÓRAX LINEAL QUE COMNPROMETE HEMITÓRAX</p>	37-41

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>DERECHO Y TERCIO INFERIOR PULMONAR IZQUIERDO, SIN DESPLAZAMIENTO DE SILUETA CARDIACA. TOT A 1 CM DE CARINA. NO SE OBSERVAN OTRAS ANORMALIDADES. SE CONTINUA EN VENTILACIÓN MECÁNICA CON FIO2 ALTO. SE ORDENA SEDACION HORARIA CON MORFINA POR AHORA. PLAN:</p> <p>. MORFINA 300 MCG IV CADA 4 HORAS PREVÍA ORDEN MÉDICA.</p> <p>. OTRAS ORDENES MÉDICAS SIN CAMBIOS.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo:</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA.</p> <p>Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA,</p>	
09/01/2018 08:40		<p>NOTAS MÉDICAS</p> <p>MORFINA 0. 3MG IV CADA 6 HS A NECESIDAD.</p> <p>GLUCOMETRIA CADA 8 HS.</p> <p>SS CH, PCR, IONOGRAMA, GASES, BUN, CREATININA. HEMOCULTIVOS.</p> <p>SS RX DE TÓRAX Y ABDOEMN POST PASO DE CATETERES VIGILAR PATRÓN RESPIRATORIO</p> <p>OTRAS ORDENES MEDICAS SIN CAMBIOS</p> <p>PASAR CATETER EPICUTANEO.</p> <p>CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CONTINUA EN CUIDADO INTENSIVO POR ESTADO CRITICO Y VENTILACIÓN INVASIVA.</p> <p>Firmado Por: MONICA PATRICIA SANCHEZ VARGAS, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO</p>	41-44
09/01/2018 08:40		<p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CONTINÚA EN CUIDADO INTENSIVO POR ESTADO CRÍTICO Y VENTILACIÓN INVASIVA.</p> <p>Plan de manejo: MONITOREO INTENSIVO</p> <p>MANTENER EUTERMICO</p> <p>VENTILACIÓN INVASIVA MANEJO DINÁMICO. REPOSICIONAR TUBO.</p> <p>SIN VÍA ORAL</p> <p>LACTOBACILO REUTERI DAR 5 GOTAS VO DIA.</p> <p>DAD 10% IV PASAR A 10. 2 CC/HORA. SUSPENDER CUANDO SE INICIE NPT.</p> <p>NPT PASAR A 11CC/H</p> <p>SS0. 9% PASAR A O. 5CCC/H POR CATETER ARTERIAL.</p> <p>AMPICILINA 160MG IV CADA 12 HORAS</p> <p>GENTAMICINA 121MG IV CADA 24 HS</p> <p>FENTANYL 15 MCG IV AHORA. SE REPITE LA DOSIS.</p> <p>MORFINA 0. 3MG IV CADA 6 HS A NECESIDAD.</p> <p>GLUCOMETRIA CADA 8 HS.</p> <p>SS CH, PCR, IONOGRAMA, GASES, BUN, CREATININA. HEMOCULTIVOS.</p> <p>SS RX DE TÓRAX Y ABDOEMN POST PASO DE CATETERES VIGILAR PATRÓN RESPIRATORIO</p> <p>OTRAS ORDENES MÉDICAS SIN CAMBIOS</p> <p>PASAR CATETER EPICUTANEO.</p> <p>CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO</p> <p>Observaciones de la epicrisis: Fecha: 09/01/2018 08:40</p> <p>Evolución Menor de 5 Años - CONS PEDIATRIA</p> <p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL</p> <p>...</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: MONITOREO INTENSIVO</p> <p>MANTENER EUTERMICO</p> <p>VENTILACIÓN INVASIVA MANEJO DINAMICO. REPOSICIONAR TUBO.</p>	44-51

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>SIN VÍA ORAL LACTOBACILO REUTERI DAR 5 GOTAS VO DIA. DAD 10% IV PASAR A 10. 2 CC/HORA. SUSPENDER CUANDO SE INICIE NPT. NPT PASAR A 11CC/H SS0. 9% PASAR A O. 5CCC/H POR CATETER ARTERIAL. AMPICILINA 160MG IV CADA 12 HORAS GENTAMICINA 121MG IV CADA 24 HS FENTANYL 15 MCG IV AHORA. SE REPITE LA DOSIS. MORFINA 0. 3MG IV CADA 6 HS A NECESIDAD. GLUCOMETRIA CADA 8 HS. SS CH, PCR, IONOGRAMA, GASES, BUN, CREATININA. HEMOCULTIVOS. SS RX DE TÓRAX Y ABDOEMN POST PASO DE CATETERES VIGILAR PATRÓN RESPIRATORIO OTRAS ÓRDENES MEDICAS SIN CAMBIOS PASAR CATETER EPICUTANEO. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CONTINÚA EN CUIDADO INTENSIVO POR ESTADO CRITICO Y VENTILACIÓN INVASIVA.</p>	
09/01/2018 12:24		<p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: CUADRO HEMÁTICO. LLAMA LA ATENCIÓN DESCENSO DE HEMOGLOBINA. IONOGRAMA CON HIPONATEMIA. GASES CON ACIDOSIS RESPIRATORIA HIPOXEMIA, SE AUMENTA FRECUENCIA. PENDIENTE RX DE TÓRAX, Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: 1. AUMENTO DE IMV Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CONTINUA EN CUIDADO INTENSIVO. Firmado Por: MONICA PATRICIA SANCHEZ VARGAS, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO</p>	52
09/01/2018 12:24 - Sede		<p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CONTINÚA EN CUIDADO INTENSIVO Plan de manejo: 1. AUMENTO DE IMV Observaciones de la epicrisis: Fecha: 09/01/2018 12:24 Evolución Menor de 5 Años - CONS PEDIATRIA Subjetivo, Objetivo, Análisis: CUADRO HEMATICO. LLAMA LA ATENCIÓN DESCENSO DE HEMOGLOBINA. IONOGRAMA CON HIPONATEMIA. GASES CON ACIDOSIS RESPIRATORIA HIPOXEMIA, SE AUMENTA FRECUENCIA. PENDIENTE RX DE TÓRAX, Presión arterial (mmHg): 61/27, Presión arterial media (Mmhg): 38 Frecuencia cardiaca: 151 Frecuencia respiratoria: 52 Temperatura: 38 Peso: 3090 Talla: 51 Perímetro cefálico: 34. 5 Examen Físico: Cabeza Cráneo: Normal Análisis de resultados: RESULTADO CH L 9480 N 58% LINF 33, 6% HB 14. 3G/DL. HTO 41. 5% PLAQ 226000 PCR 2. 2MMOL/L IONOGRAMA. SODIO 132MEQ/L POTASIO 4. 06MEQ/L. CL 100. CALCIO 1, 1MEQ/L GASES. PH 7. 21 PCI2 53 PO2 58 HCO3 21 BE -5. 8 LACTATO 1. 2. Subjetivo, Objetivo, Análisis: CUADRO HEMATICO. LLAMA LA ATENCIÓN DESCENSO DE HEMOGLOBINA. IONOGRAMA CON HIPONATEMIA. ... NOTAS MÉDICAS</p>	52-55-56

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>GASES CON ACIDOSIS RESPIRATORIA HIPOXEMIA, SE AUMENTA FRECUENCIA. PENDIENTE RX DE TÓRAX, Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: 1. AUMENTO DE IMV Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CONTINÚA EN CUIDADO INTENSIVO. Firmado Por: MONICA PATRICIA SÁNCHEZ VARGAS, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA – NEONATO </p>	
09/01/2018 14:12		<p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, LABIL A LA MANIPULACIÓN, CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA, EN MODO SIMV, CON PARÁMETROS VENTILATORIOS ALTOS, DESACOPLO A LA VENTILACIÓN MECÁNICA, CON AMPLITUD DEL TÓRAX NORMAL Y EXPANSIBILIDAD TORACICA SIMÉTRICA. A LA AUSCULTACIÓN PRESENTA MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES Sin resultados nuevos Temperatura(°C): 37. 5 Saturación de oxígeno (%): 94 Peso(G): 3090 Plan de manejo: 09:00 AM, SE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA CON DRENAJE POSTURAL, VIBRACIÓN, ACELERACION DE FLUJO Y ASPIRACIÓN POR TOT CON SISTEMA DE SUCCIÓN CERRADA #8 Y POR BOCA, OBTENIENDO MODERADA SECRECION MUCOAMARILLA POR TOT Y MUCOSANGUINOLENTA POR BOCA, PACIENTE QUEDA ESTABLE COBRO DE OXÍGENO: 22. 200. Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTINEZ FAJARDO, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	56
09/01/2018 14:12		<p>Plan de manejo: 09:00 AM, SE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA CON DRENAJE POSTURAL, VIBRACIÓN, ACELERACIÓN DE FLUJO Y ASPIRACIÓN POR TOT CON SISTEMA DE SUCCION CERRADA #8 Y POR BOCA, OBTENIENDO MODERADA SECRECION MUCOAMARILLA POR TOT Y MUCOSANGUINOLENTA POR BOCA, PACIENTE QUEDA ESTABLE COBRO DE OXÍGENO: 22. 200. Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTINEZ FAJARDO, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	56
09/01/2018 14:46		<p>Plan de manejo: MONITOREO INTENSIVO- MINIMA MANIPULACIÓN. MANTENER EUTERMICO SIN VÍA ORAL LACTOBACILO REUTERI DAR 5 GOTAS VO DIA. <u>VENTILACIÓN INVASIVA MANEJO DINAMICO SINCRONICO.</u> <u>DAD 10% IV PASAR A 10. 2 CC/HORA. SUSPENDER CUANDO SE INICIE NPT.</u> NPT PASAR A 11CC/H SS0. 9% PASAR A O. 5CCC/H POR CATETER ARTERIAL. (SE RETIRA 2 CM) SS RX CONTROL AMPICILINA 160 MG IV CADA 12 HORAS GENTAMICINA 121MG IV CADA 24 HRS MORFINA 3. 6 MGS EN 12CC SSN PASAR A 0. 5CC/h (50 MCG /K/ HORA) PASO DE Sonda VESICAL A CISTOFLO. GLUCOMETRIA CADA 8 HS. PROCESO HEMOCULTIVOS 09/01 VIGILAR PATRÓN RESPIRATORIO OTRAS ORDENES MEDICAS SIN CAMBIOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SS RX DE TÓRAX SS GASES EN 1 HORA. SS ECOCARDIOGRAMA</p>	57-60

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO NEONATAL VENTILACIÓN MECÁNICA.</p> <p>Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA – NEONATO</p> <p>...</p> <p>NOTAS MÉDICAS</p> <p>-GASIMETRIA 09/01 PM PH:7.14/PCO2:76/49/HCO3:26/BE: - 3.2/LACT:1.2. DETERIORO VENTILATORIO SE INICIA VAFO ESTRATEGIA BAJO VOLUMEN POST FUGA DE AIRE 10HZ/PMVA8.5/AMPLITUD35/FIO2100%.</p> <p>FUE REPOSICIONADO EL CATETER ARTERIAL UMBILICAL ESTA PENDIENTE TOMA DE RX DE TÓRAX Y ABDOMEN YA SOLICITADA</p> <p>SIGNOS VITALES ACTUALES: TA: 54/36 M 42 MMHG FC: 120-157 XMIN SAT: 90-96%.</p> <p>SS NUEVOS GASES EN 1 HORA.</p> <p>Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA - NEONATO,</p>	
09/01/2018 14:46		<p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO NEONATAL VENTILACIÓN MECÁNICA.</p> <p>Plan de manejo: MONITOREO INTENSIVO- MINIMA MANIPULACIÓN.</p> <p>MANTENER EUTERMICO</p> <p>SIN VÍA ORAL</p> <p>LACTOBACILO REUTERI DAR 5 GOTAS VO DIA.</p> <p>VENTILACIÓN INVASIVA MANEJO DINAMICO SINCRONICO.</p> <p>DAD 10% IV PASAR A 10. 2 CC/HORA. SUSPENDER CUANDO SE INICIE NPT.</p> <p>NPT PASAR A 11CC/H</p> <p>SS0. 9% PASAR A O. 5CCC/H POR CATETER ARTERIAL. (SE RETIRA 2 CM) SS RX CONTROL</p> <p>AMPICILINA 160 MG IV CADA 12 HORAS</p> <p>GENTAMICINA 121MG IV CADA 24 HRS</p> <p>MORFINA 3. 6 MGS EN 12CC SSN PASAR A 0. 5CC/h (50 MCG /K/ HORA)</p> <p>PASO DE Sonda VESICAL A CISTOFLO.</p> <p>GLUCOMETRIA CADA 8 HS.</p> <p>PROCESO HEMOCULTIVOS 09/01</p> <p>VIGILAR PATRÓN RESPIRATORIO</p> <p>OTRAS ORDENES MEDICAS SIN CAMBIOS</p> <p>CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO</p> <p>SS RX DE TÓRAX</p> <p>SS GASES EN 1 HORA.</p> <p>SS ECOCARDIOGRAMA</p> <p>Observaciones de la epicrisis: Fecha: 09/01/2018 14:46</p> <p>Evolución Menor de 5 Años - PEDIATRIA - NEONATO</p> <p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: ***CUIDADO INTENSIVO NEONATAL***</p> <p>...</p> <p>NOTAS MÉDICAS</p> <p>SS ECOCARDIOGRAMA</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO NEONATAL VENTILACIÓN MECÁNICA.</p> <p>Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA – NEONATO</p>	61-68
09/01/2018 20:42		<p>*** ANÁLISIS:</p> <p>RECIÉN NACIDO A TERMINO HIJO DE MADRE DE 35 AÑOS DE EDAD, G3P3C3C0A0, 4 CONTROLES PRENATALES.</p> <p>ADAPTACIÓN NEONATAL</p> <p>EXPONTANEA, APGAR 8/9//9, QUIEN POSTERIORMENTE AL PARTO PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA PROGRESIVA A FALLA</p> <p>VENTILATORIA REQUIERE VENTILACIÓN NO INVASIVA PRESENTANDO SIGNOS DE FUGA DE AIRE DERECHA ANTERIOR CON IMAGEN BASAL</p>	68-72

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>IZQUEIRDA RADIOLUCIDA REDONDEADA QUE LLAMA LA ATENCIÓN PARA SEGUIMIENTO POSTERIOR DE IMAGENES. ASOCIADO AL DETERIORO CLINICO SIGNIFICATIVO HAY COMPROMISO MULTILOBAR SUGESTIVO DE NEUMONIA SE CUBRIO CON PRIMERA LINEA EN PROCESO HEMOCULTIVOS, LA PCR NEGATIVA. ALTO RIESGO DE HTP Y DETERIORO CLINICO CON IMPORTANTE DESACOPLE AL VENTILADOR POR LO QUE SE INICIÓ SEDOANALGESIA EN INFUSION CONTINUA MAS ESTRATEGIA VAFO GASIMETRIA DE HOY CON ACIDEMIA RESPIRATORIA SE AJUSTARON PARAMETROS PENDIENTE TOMAR CONTROL GASIMETRICO RX DE TÓRAX. MUESTRA MEJORÍA RADIOLOGICA CON RESPECTO A PREVÍA REDUCCION DE NEUMOTÓRAX Y CATETER UMBILICAL REPOSICIONADO EN T8, EL TOT ESTA NORMOINSERTO CON VENTILACIÓN SIMETRICA. ESTA EN AYUNO SOG SIN DRENAJE PATOLÓGICO RX ABDOMEN DISTENSIÓN DE ASAS SIN SIGNOS CRÍTICOS. PLANEADA PARA LA NOCHE NPT CONTINUA EN AYUNO. SIN MOV ANORMALES, HIPONATREMIA LEVE NO SINTOMÁTICA.</p> <p>PACIENTE CRÍTICO PRONÓSTICO RESERVADO A SU EVOLUCIÓN - PROTOCOLO MINIMA MANIPULACIÓN. SE EXPLICA A FAMILIAR ALTO RIESGO DE MORTALIDAD. COMPORTAMIENTO DE HIPERTENSION PULMONAR PERSISTENTE DEL RECIÉN NACIDO MAÑANA ECOCARDIOGRAMA DOPPLER.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: *VAFO *MINIMA MANIPULACIÓN *CONTROL GASIMETRICO</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA NPT.</p> <p>Firmado Por: GREGORIO SIERRA DEL VILLAR, CONS PEDIATRÍA</p> <p>...</p> <p>Nota aclaratoria Fecha: 09/01/2018 21:59 PACIENTE CRITICO MUY LABIL CONDICION VENTILATORIA Y ULTIMOS REGISTROS DE CIFRAS TENSIONALES CON TAM ENTRE 46-42 SE DECIDE INICIAR SOPORTE INOTRÓPICO. SEGUN EVOLUCION Y REPORTE GASIMÉTRICO SE INICIARÁ ÓXIDO NÍTRICO COMO VASODILATADOR DEL LECHO PULMONAR. DOPAMINA ASI 20 MG EN 12 CC SSN PARA PASAR A 0,5 CC/H 1 CC= 9,2 MCG/K/MINUTO. Firmado Por: GREGORIO SIERRA DEL VILLAR, CONS PEDIATRIA,</p> <p>...</p> <p>NOTAS MÉDICAS SE AJUSTÓ ESTRATEGIA VENTILATORIA SE BENEFICIA DE ÓXIDO NÍTRICO A 20 ppm. PRONÓSTICO MUY OMINOSO PADRE ENTERADO ÓRDENES MDICAS ÓXIDO NÍTRICO A 20 ppm Firmado Por: GREGORIO SIERRA DEL VILLAR, CONS PEDIATRIA</p>	
Fecha: 10/01/201 8 00:03		<p>SE INICIÓ INFUSIÓN DE DOPAMINA ÓXIDO NÍTRICO (INICIA A LAS 23:50 HORAS) TENDENCIA A MEDIAS BAJAS. TA 46/29 TAM 36 TA 49/33 TAM 38 FRECUENCIA CARDIACA 127-135 X MINUTO DOPAMINA A 4,6 MCG/K/MINUTO</p>	Fl. 72 NOT A QUE ECH A DE

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		SATURACIÓN DE OXÍGENO VAFO ENTRE 93-95% PLAN AJUSTÓ INFUSIÓN DE INOTROPIA A 9,2 MCG/K/MINUTO. DIURÉSIS DE 5 H: 1,2 CC/K/MINUTO ÓRDENES MÉDICAS DOPA A 1 CC /HORA BOLO DE SSN 30 CC IV EN MEDIA HORA, Firmado Por: GREGORIO SIERRA DEL VILLAR, CONS PEDIATRIA	MEN OS EL PERI TO
10/01/2018 04:15		PACIENTE CONTINÚA CRÍTICO SATURACIONES CAEN A 60% NO RECUPERA CON VPP FC 90 X MINUTO Y TAM 28 MALA PERFUSIÓN DISTAL SE ASOCIA EPINEFRINA EN INFUSIÓN CONTINUA PRONÓSTICO OMINOSO ALTÍSIMO RIESGO DE DESENLACE FATAL. ÓRDENES MÉDICAS ADRENALINA 4,5 MG+ 25 CC SSN A 0,2 CC/H DOPAMINA A 1,5 CC/HO Firmado Por: GREGORIO SIERRA DEL VILLAR, CONS PEDIATRÍA,	73
10/01/2018 04:48		MUY CRITICO SOLO SOSTIENE SATURACIONES CON VPP SE INICIA RELAJANTE MUSCULAR EN INFUSIÓN CONTINÚA VECURONIO 10 MG + 20 CC SSN A 1 CC/HORA Firmado Por: GREGORIO SIERRA DEL VILLAR, CONS PEDIATRÍA	80
10/01/2018 06:24		NOTA RETROSPECTIVA; MUY CRITICO SOLO RECUPERA SAT CON VPP Y SATURA 60-40% AL CONECTAR A VENTILACIÓN MECÁNICA CAE SATURACIÓN HASTA 18% SE OBSERVA ASIMETRIA TÓRAXICA (DER MAYOR VOLUMEN) SE SOLICITA RX TÓRAX PORTATIL URGENTE; SE EVIDENCIA NEUMOTÓRAX DERECHO SE REALIZA PUNCION CON YELCO EN 3 ESPACIO INTERCOSTAL LINEA MEDIO CLAVICULAR DERECHO SE EVIDENCIA MEJORÍA DE SATURACIÓN Y COLORACION; SAT 75-80% SE REALIZA PASO DE TOT 3.5 COMO TUBO DE TORACOSTOMIA SE CONECTA A TRAMPA DE AGUA NO OSCIL Firmado Por: GREGORIO SIERRA DEL VILLAR, CONS PEDIATRÍA	81
10/01/2018 06:26		no hay oscilación ni burbujeo se cambia tubo llega dra Liliana Sayago neonatóloga (6:00 horas) quien pasa tubo de menor diámetro interno 3.0 saturación de 76% no hay burbujeo; probable resolución con punción inicial (yelco) se solicita control radiológico urgente, Firmado Por: GREGORIO SIERRA DEL VILLAR, CONS PEDIATRÍA	81
10/01/2018 01:02		GREGORIO SIERRA Y DE LA DRA MÓNICA SÁNCHEZ A LAS 22+18 SE SOLICITA VÍA TELEFONICA EQUIPO DE ÓXIDO NITRICO CON PERSONAL DE LINDE (CARLOS ARJONA), QUIEN INFORMA QUE VA A VERIFICAR DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS, 23+05 RECIBO CONFIRMACIÓN DE QUE EQUIPO VIENE EN CAMINO 23+30 SE RECIBE EQUIPO EN BUENAS CONDICIONES, 23+50 SE INICIA ÓXIDO NÍTRICO A 20 PPM CON BALA QUE TIENE 200 PSI. PACIENTE QUIEN LOGRA OBTENER SATURACIÓN DE 95%, POR MEDIA HORA POSTERIOR PRESENTA NUEVAMENTE DESATURACIÓN DE 65% SE AJUSTAN PARAMETROS. LOGRANDO SATURACIÓN DE 84%, PACIENTE QUIEN CONTINUARA EN ESTRUCTA VIGILANCIA DE SU CONDICIÓN CLÍNICA *** COBRO DE OXÍGENO TURNO NOCHE VENTILACIÓN MECÁNICA DE ALTA FRECUENCIA CON FIO2 100%: 29. 400. Firmado Por: CLAUDIA MARCELA CARREÑO SALAZAR, TERAPIA RESPIRATORIA	82-83

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

10/01/2018 07:00	<p>Análisis de Resultados: Rx de tórax control post paso del tubo de tórax: Resolución de la mayor parte del neumotórax con neumo residual pequeño y opacidad generalizada de ambos hemitórax que borran la silueta cardiotónica. Tubo de toracotomía sobre inserto se retiro 0. 5 cm</p> <p>...</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: Critico alto riesgo de morbilidad</p> <p>Plan de manejo: Tubo de tórax derecho a trampa de agua</p> <p>Manejo dinámico del soporte ventilatorio</p> <p>SS/ Rx de tórax AP portátil (ya tomada)</p> <p>Fitomenadiona 1 mg IV ahora</p> <p>Resto sin cambios</p> <p>Observaciones de la epicrisis: Fecha: 10/01/2018 07:00</p> <p>Evolución Menor de 5 Años - PEDIATRIA - NEONATO</p> <p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: Se recibe paciente critico en malas condiciones generales, con soporte ventilatorio manual (bolsa autoinflable), con SatO2 52 % y FC 169 x min, en el momento se encuentra Dr. Gregorio Sierra, Pediatra de turno, intentando cambio del tubo de tórax derecho por obstrucción del previo con sangre, se utiliza tubo orotraqueal No. 3 y se deja fijo, se obtiene inicialmente oscilación, mejora SatO2, a 80-85%, manteniendo TA 66/54 TAM 60 FC 157 x min. Se toma Rx de tórax de control, evidenciando resolución de la mayor parte del neumotórax con neumo residual pequeño y opacidad generalizada de ambos hemitórax que borran la silueta cardiotónica.</p> <p>Se intenta paso a ventilación de alta frecuencia, cayendo SatO2 a 25 - 27 % a pesar de aumento de parámetros ventilatorios. Tubo de toracotomía sobre inserto se retiró 0. 5 cm y se fija. Se sutura incisión evidenciando sangrado persistente, se indica dosis de Fitomenadiona. Se termina procedimiento sin complicaciones.</p> <p>Se intentará nuevamente paso a ventilación de alta frecuencia y óxido nítrico.</p> <p>Presión arterial (mmHg): 45/20, Presión arterial media (Mmhg): 28</p> <p>Frecuencia cardiaca: 178</p> <p>Frecuencia respiratoria: 10</p> <p>Temperatura: 37. 6</p> <p>Peso: 3090</p> <p>Talla: 51</p> <p>...</p> <p>Análisis de resultados: Rx de tórax control post paso del tubo de tórax: Resolución de la mayor parte del neumotórax con neumo residual pequeño y opacidad generalizada de ambos hemitórax que borran la silueta cardiotónica. Tubo de toracotomía sobre inserto se retiró 0. 5 cm.</p> <p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: Se recibe paciente critico en malas condiciones generales, con soporte ventilatorio manual (bolsa autoinflable), con SatO2 52 % y FC 169 x min, en el momento se encuentra Dr. Gregorio Sierra, Pediatra de turno, intentando cambio del tubo de tórax derecho por obstrucción del previo con sangre, se utiliza tubo orotraqueal No. 3 y se deja fijo, se obtiene inicialmente oscilación, mejora SatO2, a 80-85%, manteniendo TA 66/54 TAM 60 FC 157 x min. Se toma Rx de tórax de control, evidenciando resolución de la mayor parte del neumotórax con neumo residual pequeño y opacidad generalizada de ambos hemitórax que borran la silueta cardiotímica.</p> <p>Se intenta paso a ventilación de alta frecuencia, cayendo SatO2 a 25 - 27 % a pesar de aumento de parámetros ventilatorios. Tubo de toracotomía sobre inserto se retiró 0. 5 cm y se fija. Se sutura incisión evidenciando sangrado persistente, se indica dosis de Fitomenadiona. Se termina procedimiento sin complicaciones.</p> <p>Se intentará nuevamente paso a ventilación de alta frecuencia y óxido nítrico.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).</p>	84-87
------------------	---	-------

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		Plan de manejo: Tubo de tórax derecho a trampa de agua Manejo dinámico del soporte ventilatorio SS/ Rx de tórax AP portátil (ya tomada) Fitomenadiona 1 mg IV ahora Resto sin cambios Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: Critico alto riesgo de morbilidad. Firmado Por: LILIANA MARIA SAYAGO BOTELLO, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA – NEONATO	
10/01/2018 07:43		Plan de manejo: nota retrospectiva, 4+00 paciente quien durante la noche no ha respondido a las estrategias terapéuticas, persiste desaturado y mal perfundido, en el momento observó paciente hipotenso y desaturado de 40% se procede a compensar con presión positiva sin lograr adecuada respuesta, se da aviso al dr Gregorio y la jefe Ruby, Dr ordena iniciar goteo de adrenalina, posterior a esto da orden de pasar a ventilación convencional con parámetros altos, ordena goteo de vecuronio, sin lograr adecuada respuesta, se continúa compensado con presión positiva, sin lograr respuesta, dr ordena rx evidenciando gran neumotórax derecho, por lo que decide realizar paso de yelco para descompresión y posterior paso de tubo tórax ordena tubo No 3. 5, primer intento fallido, ordena segundo tubo No 3. 5 fallido, orden tercer tubo No 3. 5 fallido, Dra sallago intenta pasar tubo No 3. 0 logrando oscilación, con control radiológico, de resolución de neumotórax, pero persiste desaturado a pesar de continua con presión positiva, 7+00 entrego turno y paciente con presión positiva. Firmado Por: CLAUDIA MARCELA CARREÑO SALAZAR, TERAPIA RESPIRATORIA,	88-
10/01/2018 09:28		NOTAS MÉDICAS BOLO DE SSN0. 9% 30CC EN 15 MTS SE REPITE FUROSEMIDA 3MG IV AHORA GLUCOMETRÍA CADA 8 HS. SS GASES, IONOGRAMA, BUN Y CREATININA SS ECOCARDIOGRAMA (YA). VIGILAR PATRÓN RESPIRATORIO PENDIENTE HEMOCULTIVOS. ECOGRAFIA TRASFONTANELAR AL 3 DÍA DE VIDA. TERAPIA RESPIRATORIA. AVISAR CAMBIOS. Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CONTINÚA EN CUIDADO INTENSIVO POR ESTADO CRÍTICO. Firmado Por: MONICA PATRICIA SANCHEZ VARGAS, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA – NEONATO	99-102
10/01/2018 10:34		NOTAS MÉDICAS BICARBONATO. PERSISTE HIPOXÉMICO. SATURACIÓN PERIFÉRICA DE 9\$%. SE COLOCA SIDENAFIL COMO COADYUDANTE DE ÓXIDO NÍTRICO SE AUMENTA ÓXIDO NÍTRICO A 25PPM SE DEJA GOTEO LENTO DE BICARBONATO. Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: 1. SIDENAFIL. 6MG VO CADA 6 HORAS. 2. BICARBONATO 6CC EN 6CC DE AGUA DESTILADA A 1CC/H 3. ÓXIDO NÍTRICO A 25 PPM Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CONTINUA EN CUIDADO INTENSIVO POR ESTADO CRITICO. Firmado Por: MONICA PATRICIA SANCHEZ VARGAS, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA – NEONATO	102-106
Fecha: 10/01/2018 12:49		Subjetivo, Objetivo, Análisis: PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, MAL PERFUNDIDO, DESATURADO, LABIL A LA MANIPULACIÓN, CON VENTILACIÓN MECÁNICA DE ALTA FRECUENCIA CON VOLUMEN GARANTIZADO Y ÓXIDO NÍTRICO A 20 PPM, CON PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS, SEDADO Y RELAJADO, ACOPLADO A LA VENTILACIÓN MECÁNICA, CON AMPLITUD DEL TÓRAX NORMAL Y VIBRACION TORACICA SIMETRICA Y HASTA EL OMBLIGO. A LA	107

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>AUSCULTACION PRESENTA MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES</p> <p>Sin resultados nuevos</p> <p>Temperatura(°C): 37 Saturación de oxígeno (%): 94 Peso(G): 3090</p> <p>Plan de manejo: 07:40 AM, SE REALIZA ASPIRACIÓN POR TOT CON SISTEMA DE SUCCION CERRADA #8 Y POR BOCA, OBTENIENDO MODERADA SECRECION MUCOAMARILLA POR TOT Y MUCOADHERENTE POR BOCA</p> <p>07:50 AM, POR ORDEN MÉDICA SE PASA PRIMERA DOSIS DE SURFACTANTE PULMONAR, ADMINISTRANDO 12 CC DE SURVANTA POR TOT EN 4 TIEMPOS, PACIENTE PRESENTA DESATURACIÓN EN EL PROCEDIMIENTO, SE AUMENTAN PARAMETROS VENTILATROIOS Y POSTERIORMENTE E CAMBIA DE ESTRATEGIA VENTILATORIA POR NO RECUPERAR SATURACIÓN DE OXÍGENO Y SE DEJA EN MODO A/C CON VOLUMEN GARANTIZADO.</p> <p>11:00 AM, POR ORDEN MEDICA SE AUMENTA ON A 25 PPM, SIN COMPLICACIONES</p> <p>COBRO DE OXÍGENO: 36. 600.</p> <p>Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTINEZ FAJARDO, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	
10/01/2018 14:05		<p>NOTAS MÉDICAS</p> <p>*CEFEPIME 150 MGS IV CADA 8 HORAS (FI 10/01) (DO)</p> <p>*GLUCOMETRIA CADA 12 HS.</p> <p>*PENDIENTE HEMOCULTIVOS 09/01 **SS/ NUEVOS HEMOCULTIVOS 10/01</p> <p>*TERAPIA RESPIRATORIA MINIMA</p> <p>*SS ECO TRANSFONTANELAR DOPPER.</p> <p>*SS CH PCR GASES HEMOS RESERVA PLASMA PLAQUETAS INDICADA TRANSFUSIÓN GRE.</p> <p>*SS RX DE TÓRAX.</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: INTENSIVOS VENTILACIÓN MECÁNICA. CHOQUE REFRACTARIO COMPROMISO MULTIORGANICO.</p> <p>Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA - NEONATO,</p>	107-112
10/01/2018 18:44		<p>SE REVISAR HC MATERNA NO RECIBIO PROFILAXIS PRE NI INTRAPARTO - NO SE TENIA DATO DEL AISLAMIENTO.</p> <p>- PERSISTE CRITICO HA REQUERIDO AUMENTO PROGRESIVO DEL SOPORTE INOTROPICO ACTUALMENTE MÁXIMO CON PRONÓSTICO RESERVADO RX CONTROL CON 8 EIC COMPROMISO MULTILOBAR SIGNOS DE CONSUMO SE INDICA SEGUNDA DOSIS DE SURFACTANTE PORCINO 4.5CC BAJO PROTOCOLO.</p> <p>FUERON AJUSTADOS LOS GOTEOS DE INOTROPICOS EN AUMENTO Y DE FUROSEMIDA POR OLIGOANURIA DURANTE LA TARDE.</p> <p>Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA - NEONATO</p>	112
10/01/2018 14:05		<p>NOTAS MÉDICAS</p> <p>HAY DISCRETA MEJORÍA DEL ÍNDICE DE OXIGENACIÓN DE 30 A 26 POST (09/01 PM) Y POST SURFACTANTE DE RESCATE (10/01 AM). PTE RX Y GASES DE CONTROL.</p> <p>ACTUALMENTE EN AYUNO NO DRENA PATOLOGICO NO SANGRADO PERO ALTO REISGO DE COAGULOPATIA HGB EN DESCENSO SE DECIDE TRANSFUNDIR GRE PARA MEJORAR APOORTE DE O2 A TEJIDOS RESERVAR PLAQUETAS Y PLASMA.</p> <p>BOLO DE CRISTALOIDES EN 2 HORAS. ELECTROLITOS DEL MEDIO DIA HIPONATREMIA EN CORRECCION HIPERLCAUCEMIA LEVE POTASIO NORMAL GLUCOMETRIAS NORMALES.</p> <p>EN LA MADRUGADA OLIGOANURIA POST BOLO DE FUROSEMIDA MEJORA DIURESIS, PERO EN ULTIMAS DOS HORAS BAJA EL GU DE 6 A 2 CC/K/H POR LO QUE INICIO</p>	112-115-128

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>FUROSEMIDA EN INFUSION CONTINUA BAJAS DOSIS CREATININA ACTUAL LIMITE NORMAL POR EDAD, PERO ALTO RIESGO DE FALLA OLIGOANURICA SE TITULARÁ GOTEÓ DINÁMICAMENTE. DESDE EL PUNTO VISTA INFECCIOSO CON NUEVO DATO DE COLONIZACION MATERNA AGACTIAE SE DEJAN DOSIS PLENAS DE AMPICILINA HOY ULTIMA DOSIS PM DE GENTAMICINA Y SE ROTA A CEFEPIME PARA AMPLIAR CUBRIMIENTO ANTE LO CRITICO Y LA INVASION, ADEMAS SE SOLICITAN NUEVOS HEMOCULTIVOS LOS PREVIOS AUN SIN AISLAMIENTO. SS GASES RX DE TÓRAX ECO DOPPER TRANSFONTANELAR. PACIENTE CON PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO A SU EVOLUCION SE HABLA AMPLIAMENTE CON MADRE REFIERE ENTENDER. AFECTO TRISTE. SS APOYO PSICOLOGÍA.</p> <p>...</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: SS VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA MADRE AFECTO TRISTE EN DUELO PACIENTE CRÍTICO MULTISOPORTADO ALTO RIESGO DE MUERTE PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO. Plan de manejo: SS VALORACION POR PSICOLOGÍA MADRE AFECTO TRISTE EN DUELO PACIENTE CRÍTICO MULTISOPORTADO ALTO RIESGO DE MUERTE PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO. Observaciones de la epicrisis: Fecha: 10/01/2018 15:58 Evolución Menor de 5 Años - PEDIATRIA - NEONATO Subjetivo, Objetivo, Análisis: SS VALORACION POR PSICOLOGIA MADRE AFECTO TRISTE EN DUELO PACIENTE CRITICO MULTISOPORTADO ALTO RIESGO DE MUERTE PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO. Presión arterial (mmHg): 52/29, Presión arterial media (Mmhg): 36 Frecuencia cardiaca: 185 Frecuencia respiratoria: 60 Temperatura: 36. 9 Peso: 3090 Talla: 51 Perímetro cefálico: 34. 5 Examen Físico: Cabeza Cráneo: Normal Análisis de resultados: SS VALORACION POR PSICOLOGIA MADRE AFECTO TRISTE EN DUELO PACIENTE CRITICO MULTISOPORTADO ALTO RIESGO DE MUERTE PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO. Subjetivo, Objetivo, Análisis: SS VALORACION POR PSICOLOGIA MADRE AFECTO TRISTE EN DUELO PACIENTE CRITICO MULTISOPORTADO ALTO RIESGO DE MUERTE PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO. Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio). NOTAS MÉDICAS Plan de manejo: SS VALORACION POR PSICOLOGIA MADRE AFECTO TRISTE EN DUELO PACIENTE CRÍTICO MULTISOPORTADO ALTO RIESGO DE MUERTE PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO. Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: SS VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA MADRE AFECTO TRISTE EN DUELO PACIENTE CRÍTICO MULTISOPORTADO ALTO RIESGO DE MUERTE PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO. Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA - NEONATO, Registro 33700190, CC 33700190</p> <p>----- ----- -----</p>	
--	--	---	--

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		ÓRDENES MÉDICAS Interna/Hospitalización - INTERCONSULTAS 10/01/2018 16:03 890408-INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA Interconsulta SS VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA MADRE AFECTO TRISTE EN DUELO PACIENTE CRITICO MULTISOPORTADO ALTO RIESGO DE MUERTE PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO. SS VALORACION POR PSICOLOGIA MADRE AFECTO TRISTE EN DUELO PACIENTE CRITICO MULTISOPORTADO ALTO RIESGO DE MUERTE PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO.	
10/01/2018 15:58		Análisis de resultados: SS VALORACION POR PSICOLOGIA MADRE AFECTO TRISTE EN DUELO PACIENTE CRITICO MULTISOPORTADO ALTO RIESGO DE MUERTE PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO. Subjetivo, Objetivo, Análisis: SS VALORACION POR PSICOLOGIA MADRE AFECTO TRISTE EN DUELO PACIENTE CRITICO MULTISOPORTADO ALTO RIESGO DE MUERTE PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO. Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: SS VALORACION POR PSICOLOGIA MADRE AFECTO TRISTE EN DUELO PACIENTE CRITICO MULTISOPORTADO ALTO RIESGO DE MUERTE PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO. Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: SS VALORACION POR PSICOLOGIA MADRE AFECTO TRISTE EN DUELO PACIENTE CRITICO MULTISOPORTADO ALTO RIESGO DE MUERTE PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO. Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA - NEONATO	128
10/01/2018 20:32		RECIBO PACIENTE CON ÓXIDO NÍTRICO A 25 PPM CON INICIO EN EL TURNO DE 1.650 3 PM SE AUMENTA A 30 PPM Y ENTREGO TURNO A 1.500, CONSUMO DEL TURNO 150. Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA,	129
10/01/2018 18:38		HORA 4+20PM SE AUSCULTA CON ESTERTORES BRONQUIALES CENTRADOS, SE REALIZA HIGIENE BRONQUIAL POR TUBO, SE OBTIENEN SECRECIONES PURULENTAS, POR TUBO, Y HIALINAS MODERADAS POR BOCA Y NARIZ, PRESENTA DESATURACIÓN DEL 77%, A LA MANIPULACION CON ENFERMERIA EN TOMA DE CULTIVOS Y GASES, SE RECUPERA DESPUES DE TERAPIA, CONTINÚA CON INOTROPIA, DOPA DOBUTA, ADRENA, BICARBONATO, FURSEMIDA, CON TUBO DETÓRAX POR NEUMOTÓRAX EN EL PULMON DERECHO, DRENAJE DEL TUBO A TRAMPA DE AGUA OSCILANTE MAS NO DRENAJE, SE DEJA CON CONTROL DE GASES CON PH 7. 1 CO2 58 PO2 28 CHO3 18 BE -10 SAT 35% LACT 2. 2, SE DISMINUYE AL PEEP DE 8 A 6 EN INTERVALO DE UNA HORA. MEJORA SATURACIÓN DEJO CON ÓXIDO NÍTRICO A 30PPM, SUBIDO POR MÉDICO DE TURNO, PACIENTE MUESTRA MEJORÍA SATURACIÓN DE 92%, Y TENSIONES 49/29 MEDIA 39. DEJO TRANQUILO, Y EN ESTADO CRÍTICO. DEJO CON PENDIENTE PASO SURFACTANTE 4. 5 CC. Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA	130
10/01/2018 21:50		PACIENTE ATERMINO MUY CRÍTICO CON PRONÓSTICO RESERVADO. CON SPORTE VASOACTIVO, CHOQUE REFRACTARIO A	130-134-136

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>CATECOLAMINAS, SE INCIO HIDROCOTISONA. SOPORTE VENTILAOTRIO ALTO. SIN EMBATGO MEJRTOIA DE LA OXIMETRIA</p> <p>EN LA NORCHE, PENIOENTE CONTROL DE GASES. SE AJUSTA NUEVAMENTE NORADRENALINA. VIGILANCIA DE CIFRAS TENSIONALES. PENDIOENTE TRANSFUSIÓN. PENDOENTE GASES ARTERIOALES. SE DA INFROMACION AL PADRE Y REFIERE ENTENDER.</p> <p>NOREPINEFRINA 0, 7CC/HORA</p> <p>SE SOLICLITA RX DE TÓRAX, GASES ARTERIALES ROM IGUALES</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio), SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECIFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO.</p> <p>Plan de manejo:</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: SEPSIS.</p> <p>Firmado Por: ALICIA MARCELA TOBITO GUILLOT, CONS PEDIATRIA</p> <p>...</p> <p>NOREPINEFRINA 0, 7CC/HORA</p> <p>SE SOLICLITA RX DE TÓRAX, GASES ARTERIALES ROM IGUALES</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio), SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO.</p> <p>Plan de manejo:</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: SEPSIS.</p> <p>Firmado Por: ALICIA MARCELA TOBITO GUILLOT, CONS PEDIATRIA</p>	
10/01/2018 22:35		<p>GASES ARTERIALES: PH: 7.10 PO2: 63.7 PCO2: 77 HCO3: 24.6 BE: -5.1 LACTATO: 2.1 CON ACIDOSIS MISTA.</p> <p>MEJORÍA DE LA OXIGENACIÓN. DISMINUYE OI: 23.5 MEJORÍA DE BICARBONATO. SE DISMINIUYTE PEEP</p> <p>CONTROL DE GASES 6AM O ANTES DE SER NECESARIO.</p> <p>PENDOENTE RX DE TÓRAX</p> <p>Firmado Por: ALICIA MARCELA TOBITO GUILLOT, CONS PEDIATRÍA</p>	136
11/01/2018 00:24		<p>RX DE TÓRAX CON UEN VOLUMEN PULM ONAR Y BUENA TRANSPRARENCIA TOT ALTO, PERO POR POSICIÓN.</p> <p>TORACOSTOMIA EN HEMIOTÓRAX DERECHO. SILUETA CARDIOTIMICA NORMAL</p> <p>Firmado Por: ALICIA MARCELA TOBITO GUILLOT, CONS PEDIATRIA</p>	136
11/01/2018 01:27		<p>Plan de manejo: RECIBO PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, EN ESTADO SEDADO Y RELAJADO,</p> <p>HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIOS Y CON SOPORTE DE OXÍGENO POR VENTILACIÓN MECÁNICA DINÁMICA</p> <p>CON PAR´AMETROS VENTILATORIOS DE: FIO2 AL 100%/V. CORRIENTE. 12/PEEP. 5/PIM. 34/RELACION I/E 60A 0. 12LPM PRESENTANDO</p> <p>VALORES DE SATURACIÓN MAYORES AL 93%.</p> <p>CAMPOS PULMONARES SIN RONCUS EN ASCOPS PUOLMONARES</p> <p>SE REALIZATRATAMIENTO DE TERAPIA RESPIRATORIS DE HIGIENE BRONQUIAL CON ACELERACION DE FLUJO-VIBRACION-HIGIENE NASAL</p> <p>Y ASPIRACIÓN DE SECRECIONES MUCOIDES. TRATAMIENTO SIN V ¿VOM, PLI NO SE OBTIENEN SECRECIONES. SE VIGILAN CAMBIOS EN EL PATRÓN RESPIRATORIO EN EL MOMENTO INESTABLE HEMODINÁMICAMENTE CON TENSIONES MEDIAS DE 36. / CON SOPORTE INOTROPICO, ANTIBIÓTICO, CON</p>	136

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		ÓXIDO NÍTRICO A 30PPM, Sildenafil, ETC, COBRO DE OXÍGENO. PACIENTE EN POSICIÓN PRONO. COBRO DE OXÍGENO. 43. 800. Firmado Por: DIANA LUCIA PEREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA	
11/01/2018 01:27		RECIBO PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, EN ESTADO SEDADO Y RELAJADO, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIOS Y CON SOPORTE DE OXÍGENO POR VENTILACIÓN MECÁNICA DINÁMICA CON PARAMETROS VENTILATORIOS DE: FIO2 AL 100%/V. CORRIENTE. 12/PEEP. 5/PIM. 34/RELACION I/E 60A O. 12LPM PRESENTANDO VALORES DE SATURACIÓN MAYORES AL 93%. CAMPOS PULMONARES SIN RONCUS EN ASCOPS PUOLMONARES SE REALIZATRAMIENTO DE TERAPIA RESPIRATORIS DE HIGIENE BRONQUIAL CON ACELERACION DE FLUJO-VIBRACIONHIGIENE NASAL Y ASPIRACIÓN DE SECRECIONES MUCOIDES. TRATAMIENTO SIN V ¿VOM, PLI NO SE OBTIENEN SECRECIONES. SE VIGILAN CAMBIOS EN EL PATRÓN RESPIRATORIO EN EL MOMENTO INESTABLE HEMODINÁMICAMENTE CON TENSIONES MEDIAS DE 36. / CON SOPORTE INOTROPICO, ANTIBIOTICO, CON ÓXIDO NÍTRICO A 30PPM, Sildenafil, ETC, COBRO DE OXÍGENO. PACIENTE EN POSICION PRONO. COBRO DE OXÍGENO. 43. 800. Firmado Por: DIANA LUCIA PEREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA	137
11/01/2018 06:48 -		Plan de manejo: paciente en malas condiciones generales, hemodinámicamente inestable, con soporte ventilatorio con modo controlado, sin cambios en los parámetros durante la noche. con soporte inotrópico co dopamina /dobutamina/sildenafil/bicarbonato/adrenalina/noradrenalina vecuronio/morfina/furosemida/hidrocortisona. se le realizo transfusión de sangre. paciente quien presento picos febriles durante la madrugada, (presentando valores de:38. 7°c), con desaturaciones hasta 82%. paciente a quien lo entregó desaturado, edema generalizado, conectado y acoplado a la ventilación mecánica dinámica + óxido nítrico 30 partes por millón. paciente con pronóstico reservado. pendiente reporte de gases tomados a las 6+00am. cobro de gasto de óxido nítrico:250. lts. gastados durante 12 horas turno noche. Firmado Por: DIANA LUCÍA PEREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA	137
11/01/2018 06:48		Plan de manejo: paciente en malas condiciones generales, hemodinámicamente inestable, con soporte ventilatorio con modo controlado, sin cambios en ellos parámetros durante la noche. con soporte inotrópico con dopamina /dobutamina/sildenafil/bicarbonato/adrenalina/noradrenalina vecuronio/morfina/furosemida/hidrocortisona. se le realizo transfusión de sangre. paciente quien presento picos febriles durante la madrugada, (presentando valores de:38. 7°c), con desaturaciones hasta 82%. paciente a quien lo entrego desaturado, edema generalizado, conectado y acoplado a la ventilación mecánica dinámica + óxido nítrico 30 partes por millón. paciente con pronóstico reservado. pendiente reporte de gases tomados a las 6+00am.	137

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>cobro de gasto de óxido nítrico:250. lts. gastados durante 12 horas turno noche.</p> <p>Firmado Por: DIANA LUCIA PEREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	
<p>11/01/2018 10:54</p>		<p>ANÁLISIS: PACIENTE A RECIEN NACIDO A TERMINO CON NEUMONÍA CONGÉNITA COMPROMISO MULTILOBAR (MADRE HOY TRAE REPORTE DE CULTIVO RECTOVAGINAL 05/01 S. AGALACTIAE) EL PACIENTE EN PRIMREAS HORAS DE VIDA PROGRESA</p> <p>A FALLA VENTILATORIA SEVERA ASOCIADA A SINDROME DE FUGA DE AIRE REQUIERE TORACOSTOMIA CERRADA DERECHA</p> <p>(10/01) CON RESOLUCIÓN CASI TOTAL DEL NEUMOTÓRAX. ASOCIADO CHOQUE MIXTO (SÉPTICO/CARDIOGÉNICO/OBSTRUCTIVO) REFRACTARIO A SOPORTE MAXIMO DE CATECOLAMINAS REQUIERE INICIO DE CORTICOIDE SISTEMICO. EL ECOCARDIOGRAMA DE HOY CON HIPERTENSION PULMONAR SEVERA A NIVEL SUPRASISTEMICO PSVD DE 73 MMHG SIN MALFORMACION ESTRUCTURAL EL DUCTUS ES PURO DE DERECHA A IZQUIERDA</p> <p>RECIBE ÓXIDO NÍTRICO DOSIS MAXIMAS.</p> <p>SE ENCUENTRA EN ESTADO CRITICO HEMODINÁMICAMENTE INESTABLE MULTISOPORTADO CIFRAS TENSIONALES LIMITOFES POR LO CUAL CONTINUA MANEJO INOTROPICO INSTAURADO. CON PARAMETROS MUY ALTOS DE VENTILADOR</p> <p>HAY MEJORÍA RADIOLOGICA DESPUES DE PASO DE SEGUNDA DOSIS DE SURFACTANTE, LA OXIGENACIÓN MEJORO</p> <p>CONTINÚA CON ÓXIDO NÍTRICO A 20PPM, AYER SE TRASFUNDIO GRE, HOY PRESENTO FIEBRE LOS HEMOCULTIVOS A LA FECHA VAN NEGATIVOS. TIENE BUEN CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO. CONTINUA SIN VÍA ORAL CON NPT SE ENCUENTRA CON HIPONATREMIA SE AUMENTA APOORTE DE SODIO EN NPT, CUANDO ESTE MAS ESTABLE SE TOMARÁ ECOGRAFIA TRASFONTANELAR, SE DISMINUYE RELAJACIÓN CONTINUA SEDACION. HAY BUENA DIURESIS CONTINUA GOTEO DE FUROSEMIDA.</p> <p>PACIENTE EN ESTADO CRITICO CON MANEJO PLENO PARA HIPERTENSION PULMONAR CON ESCASAS RESPUESTA ALTO RIESGO DE FALLECER, CONTINUA EN CUIDADO INTENSIVO. SE BRINDA APOYO PSICOLOGIA A LOS PADRES. EN LA VISITA SE LES EXPLICA ESTADO DEL PACIENTE EVOLUCION Y PRONÓSTICO DICEN ENTENDER...</p> <p>...</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CONTINÚA EN CUIDADO INTENSIVO POR ETRADO CRITICO, SOPORTE INOTRÓPICO Y VENTILACIÓN INVASIVA.</p> <p>Firmado Por: MONICA PATRICIA SANCHEZ VARGAS, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO,</p>	<p>138-146-149</p>
<p>11/01/2018 10:54</p>		<p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CONTINUA EN CUIDADO INTENSIVO POR ETRADO CRITICO, SOPORTE INOTROPICO Y VENTILACIÓN INVASIVA.</p> <p>Firmado Por: MONICA PATRICIA SANCHEZ VARGAS, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO</p>	<p>149-154</p>
<p>11/01/2018 12:46</p>		<p>NOTA ACLARATORIA</p> <p>EL MANEJO DE INOTROPICOS ES DE ORDEN</p> <p>1.ADRENALINA PASAR A 0.8CC/H</p> <p>2.NOPEPINEFRINA 0,7CC/H</p> <p>3.FUROSEMIDA A 0.4CC/H.</p>	<p>154</p>

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		Firmado Por: MONICA PATRICIA SANCHEZ VARGAS, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO	
11/01/2018 12:50		<p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, PÁLIDO, EDEMATIZADO, LO RECIBO EN POSICIÓN PRONO, LABIL A LA MANIPULACIÓN, CON VENTILACIÓN MECÁNICA CONVENCIONAL, EN A/C, CON VOLUMEN GARANTIZADO A 12 ML Y ÓXIDO NÍTRICO A 30 PPM, EL CUAL SE DISMINUYE A 25 PPM SOBRE LAS 7:00 Y A 20 PPM A LAS 9:00 AM, CON PARAMÉTROS VENTILATORIOS ALTOS, SEDADO Y RELAJADO, ACOPLADO A LA VENTILACIÓN MECÁNICA, CON AMPLITUD DEL TÓRAX NORMAL Y EXPANSIBILIDAD TORACICA SIMÉTRICA. A LA AUSCULTACION PRESENTA MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES</p> <p>Temperatura(°C): 36. 5 Saturación de oxígeno (%): 89 Peso(G): 3090</p> <p>Plan de manejo: 10:00 AM, SE REALIZA PERMEABILIZACION DE TOT, ASPIRANDO POR TOT CON SISTEMA DE SUCCION CERRADA #8 Y POR BOCA, OBTENIENDO MODERADA SECRECION MUCOAMARILLA POR TOT Y MUCOADHERENTEABUNDANTE POR BOCA, SE DEJA EN POSICIÓN SUPINO HORIZONTAL, QUEDA CON SATO2; 89% COBRO DE OXÍGENO: 36. 600.</p> <p>RECIBO BALA DE ÓXIDO NÍTRICO A 1. 250 LTS Y LO ENTREGÓ A 1. 150 LTS.</p> <p>Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTINEZ FAJARDO, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	155
11/01/2018 12:50		<p>Resumen de la atención: SOAP: PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, PALIDO, EDEMATIZADO, LO RECIBO EN POSICIÓN PRONO, LABIL A LA MANIPULACIÓN, CON VENTILACIÓN MECÁNICA CONVENCIONAL, EN A/C, CON VOLUMEN GARANTIZADO A 12 ML Y ÓXIDO NÍTRICO A 30 PPM, EL CUAL SE DISMINUYE A 25 PPM SOBRE LAS 7:00 Y A 20 PPM A LAS 9:00 AM, CON PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS, SEDADO Y RELAJADO, ACOPLADO A LA VENTILACIÓN MECÁNICA, CON AMPLITUD DEL TÓRAX NORMAL Y EXPANSIBILIDAD TORACICA SIMETRICA. A LA AUSCULTACIÓN PRESENTA MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES</p> <p>Plan de manejo: 10:00 AM, SE REALIZA PERMEABILIZACION DE TOT, ASPIRANDO POR TOT CON SISTEMA DE SUCCION CERRADA #8 Y POR BOCA, OBTENIENDO MODERADA SECRECION MUCOAMARILLA POR TOT Y MUCO ADHERENTE ABUNDANTE POR BOCA, SE DEJA EN POSICIÓN SUPINO HORIZONTAL, QUEDA CON SATO2; 89% COBRO DE OXÍGENO: 36. 600.</p> <p>RECIBO BALA DE ÓXIDO NÍTRICO A 1. 250 LTS Y LO ENTREGÓ A 1. 150 LTS.</p> <p>Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTINEZ FAJARDO, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	155
11/01/2018 14:54		<p>*MANTENER EUTÉRMICO.</p> <p>*SIN VÍA ORAL.</p> <p>*SOG A BOCAL.</p> <p>*LACTOBACILO REUTERI DAR 5 GOTAS VO DIA.</p> <p>*VENTILACIÓN INVASIVA MANEJO DINAMICO SINCRONICO.</p> <p>*ÓXIDO NÍTRICO --20 PPM -</p> <p>*VECURONIO 7 MG EN 24CCDE SSN PASAR A 0. 1CC/H (10 MICROGRAMOS /K/H) BAJO</p> <p>*MORFINA 3. 6 MGS EN 12CCC DE SSN PASAR A 0. 5CC/H (50MCG/K/H)</p> <p>*SIDENAFIL 6 MG VO CADA 6 HORAS.</p> <p>*NPT PASAR A 11CC/H.</p> <p>*DOPAMINA 44 MGS EN 12 CC DE SSN PASAR A 1 CC/H. (1 CC: 20 MCG/K/MIN)</p>	156-165

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>*DOBUTAMINA 44 MGS EN 12 CC DE SSN PASAR A 1 CC/H. (1 CC: 20 MCG/K/MIN)</p> <p>*ADRENALINA 4. 5 MGS EN 25 CC DE SSN PASAR A 0. 8 CC/H. (1CC: 1 MCG/K/MIN)</p> <p>*NOREPINEFRINA 4. 5 MGS EN 25 CC DE SSN PASAR A 0. 7 CC/H. (1CC: 1 MCG/K/MIN)</p> <p>*HIDROCROTISONA 3 MGS IV CADA 8 HORAS (FI 10/01)</p> <p>*SSN AL 0. 9% PASAR A 0, 5 CC/H - PERMEABILIDAD UMBILICAL ARTERIAL.</p> <p>*FUROSEMIDA 37 MGS EN 12 CC DE SSN A 0. 4 CC/H DINAMICO SEGUN DIURESIS.</p> <p>*APOYO PSICOLOGIA MADRE.</p> <p>*AMPICILINA 300 MG IV CADA 12 HORAS (FI 09/01) (2)</p> <p>*CEFEPIME 150 MGS IV CADA 8 HORAS (FI 10/01) (D1)</p> <p>*GLUCOMETRIA CADA 12 HS.</p> <p>*PENDIENTE HEMOCULTIVOS 09/01 **SS/ NUEVOS HEMOCULTIVOS 10/01</p> <p>*TERAPIA RESPIRATORIA MINIMA</p> <p>*PTE ECO TRANSFONTANELAR DOPPER.</p> <p>*CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO.</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO NEONATAL.</p> <p>Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA - NEONATO</p>	
11/01/2018 14:54		<p>-RX DE TÓRAX: 08/01 Discretas opacidades reticulares apicales y basales bilaterales sin evidencia de consolidaciones definidas o derrames pleurales.</p> <p>Corazón de tamaño normal. El mediastino se encuentra libre no se identifican masas o colecciones. La vía aérea tiene curso y calibre normal.</p> <p>-RX DE TÓRAX: #1 09/01 anterior que sugiere Cámara de neumotórax. Opacidades de vidrio esmerilado de los parénquimas pulmonares sin derrames pleurales asociados. Silueta cardiotónica de tamaño y morfología usual.</p> <p>-RX DE TÓRAX: #2 09/01 Banda radiolúcida para cardíaca y para mediastinal anterior que sugiere cámara de neumotórax. Opacidades de vidrio esmerilado de los parénquimas pulmonares sin derrames pleurales asociados.</p> <p>Silueta cardiotímica de tamaño y morfología usual. Estructuras óseas visualizadas sin alteraciones. Extremo distal de tubo endotraqueal a nivel de T1 y de la sonda esofágica en cámara gástrica.</p> <p>-RX DE TÓRAX: #3 09/01 ha disminuido parcialmente el tamaño de la banda radiolúcida para mediastinal anterior y para cardíaca descrita, que sugiere cámara de neumotórax, asociado a persistencia de opacidades de vidrio esmerilado difusas de los parénquimas pulmonares sin consolidaciones ni derrames pleurales.</p> <p>-RX DE ABDOMEN 09/01: Importante distensión de asas intestinales de mesogastrio y flancos sin evidencia de neumatosis intestinal, gas en porta y/o aire libre en cavidad abdominal. Siluetas viscerales y planos grasos retro y preperitoneales obliterados. No hay calcificaciones patológicas. Extremo distal de sonda esofágica en cámara gástrica y del catéter umbilical arterial a nivel de T5.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio), SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO.</p> <p>Plan de manejo: *MONITOREO INTENSIVO.</p> <p>*MINIMA MANIPULACIÓN Y ESTIMULO.</p> <p>*MANTENER EUTERMICO.</p>	165-169

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>*SIN VÍA ORAL. *SOG A BOCAL. *LACTOBACILO REUTERI DAR 5 GOTAS VO DIA. *VENTILACIÓN INVASIVA MANEJO DINAMICO SINCRONICO. *ÓXIDO NÍTRICO --20 PPM - *VECURONIO 7 MG EN 24CCDE SSN PASAR A 0. 1CC/H (10 MICROGRAMOS /K/H) BAJO *MORFINA 3. 6 MGS EN 12CCC DE SSN PASAR A 0. 5CC/H (50MCG/K/H) *SIDENAFIL 6 MG VO CADA 6 HORAS. *NPT PASAR A 11CC/H. *DOPAMINA 44 MGS EN 12 CC DE SSN PASAR A 1 CC/H. (1 CC: 20 MCG/K/MIN) *DOBUTAMINA 44 MGS EN 12 CC DE SSN PASAR A 1 CC/H. (1 CC: 20 MCG/K/MIN) *ADRENALINA 4. 5 MGS EN 25 CC DE SSN PASAR A 0. 8 CC/H. (1CC: 1 MCG/K/MIN) *NOREPINEFRINA 4. 5 MGS EN 25 CC DE SSN PASAR A 0. 7 CC/H. (1CC: 1 MCG/K/MIN) *HIDROCROTISONA 3 MGS IV CADA 8 HORAS (FI 10/01) *SSN AL 0. 9% PASAR A 0, 5 CC/H - PERMEABILIDAD UMBILICAL ARTERIAL. *FUROSEMIDA 37 MGS EN 12 CC DE SSN A 0. 4 CC/H DINAMICO SEGUN DIURESIS. *APOYO PSICOLOGIA MADRE. *AMPICILINA 300 MG IV CADA 12 HORAS (FI 09/01) (2) *CEFEPIME 150 MGS IV CADA 8 HORAS (FI 10/01) (D1) *GLUCOMETRIA CADA 12 HS. *PENDIENTE HEMOCULTIVOS 09/01 **SS/ NUEVOS HEMOCULTIVOS 10/01 *TERAPIA RESPIRATORIA MINIMA *PTE ECO TRANSFONTANELAR DOPPER. *CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO. Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO NEONATAL. Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA - NEONATO</p>	
11/01/2018 18:02		<p>SS ECOCARDIOGRAMA DE CONTROL Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA - NEONATO</p>	169
11/01/2018 20:23		<p>...HORA 3+20PM SE AUSCULTA CON ESTERTORES BRONQUIALES CENTRADOS, SE REALIZA HIGIENE BRONQUIAL POR TUBO, SE OBTIENEN SECRECIONES PURULENTAS, POR TUBO, Y TAMBIÉN PURULENTAS MODERADAS POR BOCA Y NARIZ, PRESENTA DESATURACIÓN DEL 80%, A LA MANIIPULACION, SE RECUPERA DESPUES DE TERAPIA, TÓRAX POR NEUMOTÓRAX EN EL PULMON DERECHO, DRENAJE DEL TUBO A TRAMPA DE AGUA OSCILANTE HOY CON DRENAJE SEROSANGUINOLENTO, SE DEJA CON CONTROL DE GASES CON PH 7. 0 CO2 63 PO2 44 CHO3 18 BE -11 SAT 35% LACT 1. 7 SE DISMINUYE A LA FR 55 Y SE AUMENTA VOLUMEN GARANTIZADO A 15. DEJO CRITICO ESTABLE. SE RECIBE ÓXIDO NÍTRICO EN 1. 150 PSI ENTREGÓ EN 1. 000 CONSUMO PACIENTE 150. Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	170
11/01/2018 20:23		<p>SE OBSERVA PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, SE RECIBE EN INCUBADORA CERRADA CEDADO Y RELAJADO CON INOTROPIA, DOPA, DOBUTA, ADRENA, BICARBONATO, FUROSEMIDA CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN MODO IPPV CON PAR´AMETROS VENTILATORIOS DE FIO2 100 VT GARANT 12 PEEP 5 PIM 34 MEDIA 16 FR 60 T. 037, SE RECIBE CON ÓXIDO NÍTRICO A 20 PPM, EN POSICION SUPINO, CON SIGNOS VITALES DE FC 154 POR MIN Y SATURACIÓN DE 92%,</p>	170-171

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		CON EXPANSION VISIBLE, CON ÍNDICE DE OXIGENACIÓN 25, EN LAS HORAS DE LA MAÑANA. HORA 3+20PM SE AUSCULTA CON ESTERTORES BRONQUIALES CENTRADOS, SE REALIZA HIGIENE BRONQUIAL POR TUBO, SE OBTIENEN SECRECIONES PURULENTAS, POR TUBO, Y TAMBIÉN PURULENTAS MODERADAS POR BOCA Y NARIZ, PRESENTA DESATURACIÓN DEL 80%, A LA MANIIPULACION, SE RECUPERA DESPUES DE TERAPIA, TÓRAX POR NEUMOTÓRAX EN EL PULMON DERECHO, DRENAJE DEL TUBO A TRAMPA DE AGUA OSCILANTE HOY CON DRENAJE SEROSANGUINOLENTO, SE DEJA CON CONTROL DE GASES CON PH 7. 0 CO2 63 PO2 44 CHO3 18 BE -11 SAT 35% LACT 1. 7 SE DISMINUYE A LA FR 55 Y SE AUMENTA VOLUMEN GARANTIZADO A 15. DEJO CRITICO ESTABLE. SE RECIBE ÓXIDO NÍTRICO EN 1. 150 PSI ENTREGÓ EN 1. 000 CONSUMO PACIENTE 150. Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA	
11/01/2018 20:54		PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO, ACTIVO REACTIVO. CON ADECUADA EXPANSIÓN TOR+ACICA, CON TORACOSTOMIA DERECHA CONECTADA A TRAMPA DE AGUA SIN OCILACION SIN DRENAJE, QUIEN A LA AUSCULTACION PRESENTA ESTERTORES FINOS DISEMINADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SE REALIZA DRENAJE BRONQUIAL, ACELERACION DE FLUJO, VIBRACION, LAVADO Y SUCCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL, NARIZ Y BOCA, OBTENIENDOSE ABUNDANTES SECRECIONES MUCOIDES, SIN COMPLICACIONES, DEJO PACIENTE ESTABLE PARA SU CONDICION CLINICA *** COBRO DE OXÍGENO TURNO NOCHE VENTILACIÓN MECÁNICA CON FIO2 100%: 58. 200. Firmado Por: CLAUDIA MARCELA CARREÑO SALAZAR, TERAPIA RESPIRATORIA	171
11/01/2018 21:08		*GLUCOMETRIA CADA 12 HS. *PENDIENTE HEMOCULTIVOS 09/01 Y 10/01 *TERAPIA RESPIRATORIA MINIMA *PENDIENTE ECO TRANSFONTANELAR DOPPLER. Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO POR VENTILACIÓN MECÁNICA, SHOCK MIXTO REFRACTARIO. Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRIA	172-183
11/01/2018 21:08		ANÁLISIS: PACIENTE RECIÉN NACIDO A T+ERMINO CON NEUMONIA CONGÉNITA COMPROMISO MULTILobar, LA MADRE TIENE REPORTE DE CULTIVO RECTOVAGINAL 05/01 POSITIVO PARA S. AGALACTIAE. LUEGO DEL NACIMIENTO PRESENTA FALLA VENTILATORIA SEVERA ASOCIADA A NEUMOTÓRAX POR LO CUAL SE REALIZA TORACOSTOMIA CERRADA DERECHA (10/01) CON RESOLUCIÓN CASI TOTAL DEL NEUMOTÓRAX AL DIA DE HOY. MEJORÍA RADIOLOGICA DESPUES DE PASO DE SEGUNDA DOSIS DE SURFACTANTE. CONTINÚA EN VENTILACIÓN MECÁNICA, MUESTRA ALGUNOS ESFUERZOS RESPIRATORIOS AUTONOMOS. MOVILIZACION DE SECRECIONES PSEUDOPURULENTAS POSIBLEMENTE INFECCIÓN POR S AGALACTIAE, CON CHOQUE MIXTO REFRACTARIO A CATECOLAMINAS POR LO QUE SE INICIA CORTICOIDE SISTÉMICO, CON RESPUESTA	183-187

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>IRREGULAR HASTA EL MOMENTO. EL ECOCARDIOGRAMA MUESTRA HIPERTENSION PULMONAR SEVERA SUPRASISTÉMICA PSVD DE 73 MMHG SIN MALFORMACIÓN ESTRUCTURAL, DUCTUS CON CORTO DE DERECHA A IZQUIERDA,</p> <p>RECIBE ÓXIDO NÍTRICO EN DÓSIS MÁXIMAS INICIALES QUE SE ESTAN DISMINUYENDO. LAS CIFRAS TENSIONALES SON LIMITROFES HACIA VALORES BAJOS A PESAR DE MANEJO INOTRÓPICO. AYER SE TRASFUNDIÓ GRE, SIN COMPLICACIONES, HAY ALTO RIESGO DE SANGRADO MULTISISTEMICO, EN SEGUIMIENTO. EN MANEJO ANTIBIOTICO CON AMPICILINA, LOS HEMOCULTIVOS A LA FECHA VAN NEGATIVOS.</p> <p>HIPONATREMIA EN MANEJO POR AUMENTO DE APOORTE DE SODIO EN NPT, ESTA PENDIENTE TOMA DE ECOGRAFIA TRASFONTANELAR.</p> <p>GASTROINTESTINAL EN REPOSO INTESTINAL.</p> <p>COMPLEMENTADO CON NUTRICIÓN PARENTERAL. AUNQUE MANTIENE BUENA DIURESIS, SE ENCUENTRA MÍNIMO EDEMA EN PORCIONES TERMINALES DE EXTREMIDADES. NEUROLOGICO NO ES VALORABLE POR LA SEDACIÓN INSTAURADA.</p> <p>EL PRONÓSTICO VITAL ESTA MUY COMPROMETIDO DEBIDO AL CUADRO DE SEPSIS Y CHOQUE MIXTO REFRACTARIO, SITUACIÓN EXPLICADA AMPLIAMENTE A LA FAMILIA.</p> <p>...</p> <p>Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRIA</p>	
12/01/2018 01:42		<p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: OXIMETRIAS EN PROMEDIO 84, AUN CON TERAPIA Y MANEJO DINÁMICO DEL VENTILADOR. MUESTRA TENSIONES ARTERIALES CON MINIMA MEJORÍA EL LA INVASIVA 32, EN LA PERIFERICA 43.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio), SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO.</p> <p>Plan de manejo: ORDENES MEDICAS:</p> <p>1. - SE SOLICITA CONTROL DE GASES 6AM</p> <p>2. - RESTO SIN CAMBIOS.</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado:</p> <p>Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRIA</p>	192
12/01/2018 02:00		<p>EXPANSIÓN TORÁCICA, CON TORACOSTOMIA DERECHA CONECTADA A TRAMPA DE AGUA SIN OCILACION SIN DRENAJE, QUIEN A LA AUSCULTACIÓN PRESENTA ESTERTORES FINOS DISEMINADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SE REALIZA DRENAJE BRONQUIAL, ACELERACIÓN DE FLUJO, VIBRACIÓN, LAVADO Y SUCCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL, NARIZ Y BOCA, OBTENIÉNDOSE ABUNDANTES SECRECIONES MUCOIDES, SIN COMPLICACIONES, DEJO PACIENTE ESTABLE PARA SU CONDICIÓN CLÍNICA.</p> <p>Firmado Por: CLAUDIA MARCELA CARREÑO SALAZAR, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	193
12/01/2018 11:10		<p>PACIENTE EN ESTADO MUY CRITICO CON NEUMONÍA IN UTERO, SHOCK MULTIFACTORIA, HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA SIN RESPUESTA AL MANEJO ALTO RIESGO DE FALLECER, CONTINÚA EN CUIDADO INTENSIVO. SE BRINDA APOYO PSICOLOGIA A LOS PADRES. EN LA VISITA SE LES EXPLICA ESTADO DEL PACIENTE EVOLUCION Y PRONÓSTICO DICEN ENTENDER</p> <p>...</p> <p>Firmado Por: MONICA PATRICIA SANCHEZ VARGAS, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA – NEONATO</p>	193-198

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

12/01/2018 11:10		<p>PACIENTE EN ESTADO MUY CRITICO CON NEUMONIA IN UTERO, SHOCK MULTIFACTORIA, HIPERTENSION PULMONAR SEVERA SIN RESPUESTA AL MANEJO ALTO RIESGO DE FALLECER, CONTINÚA EN CUIDADO INTENSIVO. SE BRINDA APOYO PSICOLOGÍA A LOS PADRES. EN LA VISITA SE LES EXPLICA ESTADO DEL PACIENTE EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DICEN ENTENDER.</p> <p>...</p> <p>Firmado Por: MONICA PATRICIA SANCHEZ VARGAS, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO</p>	199-209
13/01/2018 09:22		<p>NOTA ACLARATORIA.</p> <p>LOS GASES MUESTRAN ACIDOSIS METABÓLICA SEVRA NO COINCIDEN CON EL HISTORICO DEL PACIENTE POR LO CUAL SE DECIDE TOMAR NUEVA MUESTRA, LOS GASES SON SIMIILARES CON ACIDOSIS METABÓLICA SEVERA. SE HABLA CON EL LABORATORIOS QUIENES INFORMAN QUE LA MAQUINA ESTA FUNCIONADO ADECUADAMENTE (SE HABLA CON LA CORDINADORA CECILIA FLORIAN). POR LO CUAL SE TOMA CONDUCTA CON LOS GASES TOMADOS.</p> <p>Firmado Por: MONICA PATRICIA SANCHEZ VARGAS, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO</p>	209
12/01/2018 13:27		<p>PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, DESATURADO, MULTISOPORTADO, PALIDO, EDEMATIZADO, LABIL A LA MANIPULACIÓN, CON VENTILACIÓN MECÁNICA CONVENCIONAL, EN A/C, CON VOLUMEN GARANTIZADO A 15 ML Y ÓXIDO NÍTRICO A 20 PPM, CON PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS, SEDADO Y RELAJADO, ACOPLADO A LA VENTILACIÓN MECÁNICA, CON AMPLITUD DEL TÓRAX NORMAL Y EXPANSIBILIDAD TORÁCICA SIMÉTRICA. A LA AUSCULTACION PRESENTA MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES</p> <p>Sin resultados nuevos</p> <p>Temperatura(°C): 36. 7 Saturación de oxígeno (%): 74 Peso(G): 3090</p> <p>Plan de manejo: 10:00 AM, SE REALIZA PERMEABILIZACION DE TOT, ASPIRANDO POR TOT CON SISTEMA DE SUCCION CERRADA #8 Y POR BOCA, OBTENIENDO MODERADA SECRECION MUCOAMARILLA POR TOT Y MUCOADHERENTEABUNDANTE POR BOCA, SE DEJA EN POCISION SUPINO HORIZONTAL, QUEDA CON SATO2; 72% COBRO DE OXÍGENO: 65. 400</p> <p>RECIBO BALA DE ÓXIDO NÍTRICO A 850 LTS Y LO ENTREGO A 750 LTS.</p> <p>Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTINEZ FAJARDO, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	210
12/01/2018 13:27		<p>Resumen de la atención: SOAP: PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, DESATURADO, MULTISOPORTADO, PALIDO, EDEMATIZADO, LABIL A LA MANIPULACIÓN, CON VENTILACIÓN MECÁNICA CONVENCIONAL, EN A/C, CON VOLUMEN GARANTIZADO A 15 ML Y ÓXIDO NÍTRICO A 20 PPM, CON PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS, SEDADO Y RELAJADO, ACOPLADO A LA VENTILACIÓN MECÁNICA, CON AMPLITUD DEL TÓRAX NORMAL Y EXPANSIBILIDAD TORACICA SIMETRICA. A LA AUSCULTACION PRESENTA MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES</p> <p>Plan de manejo: 10:00 AM, SE REALIZA PERMEABILIZACION DE TOT, ASPIRANDO POR TOT CON SISTEMA DE SUCCION CERRADA #8 Y POR BOCA, OBTENIENDO MODERADA SECRECIÓN MUCOAMARILLA POR TOT Y MUCOADHERENTEABUNDANTE POR BOCA, SE DEJA EN POCISION SUPINO HORIZONTAL, QUEDA CON SATO2; 72% COBRO DE OXÍGENO: 65. 400</p> <p>RECIBO BALA DE ÓXIDO NÍTRICO A 850 LTS Y LO ENTREGO A 750 LTS.</p>	210

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTINEZ FAJARDO, TERAPIA RESPIRATORIA	
12/01/2018 15:09		<p>*FRACTURA CLAVICULA DERECHA DESCARTADA</p> <p>...</p> <p>Análisis de Resultados: PERSISTE GRAVEMENTE ENFERMO CRITICO MULTISOPORTADO.</p> <p>TA: 53/20 35 MMHG CHOQUE MULTISOPORTADO NO MODULADO.</p> <p>FC: 136-151 XMIN</p> <p>FR/SAT: VG:15/PIPMAXIMA36/PEEP5/F:15/T:0.</p> <p>37/O2100%/IMV:55XMIN. SATURA 71-83 % GASIMETRIA ACIDEMIA RESPIRATORIA</p> <p>LACTATO NORMAL.</p> <p>T: 36. 6-36. 7 GRADOS.</p> <p>PIPP 1 SIN DOLOR.</p> <p>BALANCE HIDRICO: -30 CC, AH:165CC/K/D, GU:6. 8 CC/K/H NORMAL.</p> <p>GLUCOMETRIAS:105-118 MG/DL.</p> <p>...</p> <p>***DIAGNÓSTICO:</p> <p>*RECIÉN NACIDO A TERMINO CON PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL 40 SEMANAS POR BALLARD.</p> <p>*SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO QUE PROGRESA A FALLA VENTILATORIA</p> <p>-NEUMONIA CONGENITA MULTILobar EN MANEJO.</p> <p>-NEUMOTÓRAX DERECHO.</p> <p>-HIPERTENSION PULMONAR SEVERA PSVD 73% EN MANEJO. (ON 09/01).</p> <p>-ENFERMEDAD DE MEMBRANA / CONSUMO DE SURFACTANTE # 3 (10 Y 12 /01).</p> <p>*CHOQUE MIXTO(CARDIOGENICO/OBSTRUCTIVO/SEPTICO) REFRACTARIO A CATECOLAMINAS MULTISOPORTADO</p> <p>...</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO NEONATAL MULTISOPORTE.</p> <p>Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA - NEONATO</p>	211-220
12/01/2018 16:23 -		<p>Análisis clínico y Objetivos terapéuticos: Interconsulta - Paciente requiere atención y seguimiento de proceso para mejoría del RN, se orienta a madre para toma de conciencia en dificultad de salud del RN y brindar el afecto que puede darle desde la disponibilidad con madre, Se enfatiza en el apoyo del grupo interdisciplinario como apoyo y se fortalece a madre para aceptación de lo que pueda suceder, Madre acepta y comprende la situación no teniendo la última palabra como personas al cuidado del RN y como apoyo en salud, pero sin dejar de fortalecer a madre e hijo.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: P221 - TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio), P369 – SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), R579 - CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, P073 - OTROS</p> <p>RECIÉN NACIDOS PRETERMINO.</p> <p>Talla (Cm): 51.</p> <p>Firmado Por: ZORAIDA REY, CONS PSICOLOGÍA,</p>	225
12/01/2018 17:59		<p>SE DIO INFORME A MADRE Y PADRE INCLUSO DE MANERA GRÁFICA SE ENTREVISTARON CON PSICOLOGIA Y SE HA REALIZADO ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE DEL PROCESO DE DUELO - SE HAN ACLARADO DUDAS Y REFIEREN ENTENDER LA PATOLOGÍA DE BASE Y EL ESTADO DE MAXIMA GRAVEDAD DEL PACIENTE CON ALTO RIESGO DE MORTALIDAD TEMPRANA. SE LES INFORMA QUE SE CONTINUARA EL TRATAMIENTO PLENO DE SU PATOLOGIA.</p> <p>SE INDICA TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS CADA 8 HORA, S SE INICA OMEPRAZOL SE REALIZAN AJUSTES VENTILATORIOS</p> <p>SE SOLICITAN GASES Y PLACA POST #3 DOSIS DE SURFACTANTE.</p>	226-230

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: -TRANSFUNDIR 30 CC CADA 8 HORAS DE PLAQUETAS</p> <p>-OMEPRAZOL 3 MG IV CADA 12 HORAS.</p> <p>-SS GASES Y RX POST SURFACTANTE.</p> <p>-RESTO SIN CAMBIOS.</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: INTENSIVOS.</p> <p>Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA – NEONATO</p>	
12/01/2018 17:59		<p>... ESTADO COAGULOPATICO TIEMPOS NO SE LOGRAN PROCESAR - TROMBOCITOPENIA SEVERA CON FALLA RENAL AKI II CON DIURESIS CONSERVADA / RECIBE INFUSION DE FUROSEMIDA 0.3MG/K/H.</p> <p>ELECTROLITOS NORMALES. SE INDICA TRANSFUSIÓN PLAQUETAS CADA 8H Y SE INICIA OMEPRAZOL.</p> <p>SE ADMINISTRO TERCERA DOSIS DE SURFACTANTE PULMONAR CON DISCRETA MEJORÍA EN LA SATURACIÓN, PERO PERSISTE HIPOXEMIA SEVERA CON IO ALTOS EN ÚLTIMA GASIMETRIA CON LA QUE FUERON AJUSTADOS LOS PARÁMETROS AL VENTILADOR EN CONVENCIONAL PUES NO TOLERÓ PASO A VAFO ACTUALMENTE CON VOLUMEN TIDAL 5 CC/K (ADECUADO) SE DIO INFORME A MADRE Y PADRE INCLUSO DE MANERA GRÁFICA SE ENTREVISTARON CON PSICOLOGÍA Y SE HA REALIZADO ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE DEL PROCESO DE DUELO - SE HAN ACLARADO DUDAS Y REFIEREN ENTENDER LA PATOLOGÍA DE BASE Y EL ESTADO DE MAXIMA GRAVEDAD DEL PACIENTE CON ALTO RIESGO DE MORTALIDAD TEMPRANA...</p> <p>justificación para que el paciente continúe hospitalizado: INTENSIVOS.</p> <p>Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA - NEONATO,</p>	230-231
12/01/2018 18:17		<p>SE OBSERVA PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, SE RECIBE EN INCUBADORA CERRADA CEDADO SIN RELAJACIÓN CON SEDACIONM</p> <p>M´AS INOTROPIA, DOPA, DOBUTA, ADRENA, BICARBONATO, FUROSEMIDA CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN MODO IPPV CON PARAMETROS</p> <p>VENTILATORIOS DE FIO2 100 VT GARANT 15 PEEP 5 PIM 37 MEDIA 13.3 FR 50 T. 037, SE RECIBE CON ÓXIDO NÍTRICO A 20 PPM, EN</p> <p>POSICIÓN SUPINO, CON SIGNOS VITALES DE FC 164 POR MIN Y SATURACIÓN DE 74%, CON EXPANSION VISIBLE, CON ÍNDICE DE OXIGENACIÓN 58,</p> <p>HORA 2+20PM SE AUSCULTA CON ESTERTORES BRONQUIALES CENTRADOS, SE REALIZA HIGIENE BRONQUIAL POR TUBO, SE OBTIENEN SECRECIONES PURULENTAS, POR TUBO, Y TAMBIÉN PURULENTAS MODERADAS POR BOCA Y NARIZ, PRESENTA DESATURACIÓN DEL 64%,</p> <p>A LA MANIPULACIÓN, SE RECUPERA DESPUES DE TERAPIA, 71%TÓRAX POR NEUMOTÓRAX EN EL PULMON DERECHO, DRENAJE DEL TUBO A TRAMPA DE AGUA OSCILANTE HOY CON DRENAJE SEROSANGUINOLENTO, SE DEJA CON CONTROL DE GASES CON PH 7.0 CO2 82</p> <p>PO2 2.4 CHO3 24.2 BE -7.1 SAT 20.9% LACT 1.4 SE DISMINUYE A LA FR 50 Y SE AUMENTA VOLUMEN GARANTIZADO A 15. DEJO CRITICO</p>	231-232

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		ESTABLE. SE RECIBE ÓXIDO NÍTRICO EN 750 PSI ENTREGO EN 650 CONSUMO 100. Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA	
13/01/2018 01:52		Plan de manejo: paciente en estables regulares condiciones generales, en estado de relajación con morfina suspendido vecuronio, en riesgo de falla ventilatoria, continúa conectado y acoplado a la ventilación mecánica con parámetros ventilatorios de<. fio2 al 100%/flujo 15/v. c. 12. 6/peep. 7. 0/pim. 25/pip. 28/presión media de la vía aérea. 12/imv-46 /tiempo inspiratorio. 0. 35. continua también con óxido nítrico a 20ppm. paciente quien lo recibo con saturaciones por monitoria en 73 %. medico de turno realiza cambios en medicamentos como: suspende dopamina/dobutamina y adrenalina. y adiciona al tratamiento milrrinone, y durante 6 horas se le toma pvc. quien va mejorando poco a poco. en el momento con valores de saturación de:90%. con reporte de gases arteriales que muestran un índice de oxigenación de. 24. gases venosos y areterlaes en rangos de mejoría. campos pulmonares sin agregados. 9+00pm. se realiza tratamiento de terapia respiratoria con maniobras de higiene bronquial con aceleración de flujo-vibración-higiene nasal y aspiración de secreciones mucopurulentas espesas y adherentes por tubo orotraqueal/boca y nariz. sin complicaciones. cobro de oxígeno. 72. 600. y cobro de óxido nítrico 150 en la noche. Firmado Por: DIANA LUCIA PEREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA	237
13/01/2018 01:52		Resumen de la atención: Plan de manejo: paciente en estables regulares condiciones generales, en estado de relajación con morfina suspendido vecuronio, en riesgo de falla ventilatoria, continúa conectado y acoplado a la ventilación mecánica con parámetros ventilatorios de<. fio2 al 100%/flujo 15/v. c. 12. 6/peep. 7. 0/pim. 25/pip. 28/presión media de la vía aérea. 12/imv-46 /tiempo inspiratorio. 0. 35. continua también con óxido nítrico a 20ppm. paciente quien lo recibo con saturaciones por monitoria en 73 %. medico de turno realiza cambios en medicamentos como: suspende dopamina/dobutamina y adrenalina. y adiciona al tratamiento milrrinone, y durante 6 horas se le toma pvc. quien va mejorando poco a poco. en el momento con valores de saturación de:90%. con reporte de gases arteriales que muestran un índice de oxigenación de. 24. gases venosos y areterlaes en rangos de mejoría. campos pulmonares sin agregados. 9+00pm. se realiza tratamiento de terapia respiratoria con maniobras de higiene bronquial con aceleración de flujo-vibración-higiene nasal y aspiración de secreciones mucopurulentas espesas y adherentes por tubo orotraqueal/boca y nariz. sin complicaciones. cobro de oxígeno. 72. 600. y cobro de óxido nítrico 150 en la noche. Firmado Por: DIANA LUCIA PEREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA	237
13/01/2018 12:22		NOTAS MÉDICAS GLUCOMETRIA CADA 12 HS. PENDIENTE HEMOCULTIVOS 09/01 Y 10/01 TERAPIA RESPIRATORIA MINIMA PENDIENTE ECO TRANSFONTANELAR DOPPER. VECURONIO 0, 3MG IV SEGUIDO DE INFUSION: 7MG EN 24 CC SSN A 0, 1CC/H Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: SHOCK MIXTO REFRACTARIO. Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRIA	237-248

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

13/01/2018 17:22		PACIENTE REQUIERE AUMENTO DE PARAMETROS VENTILATORIOS PARA SOSTENER SATURACIÓN DE OXÍGENO, CON LOS CUALES RECUPERA LENTAMENTE RECIBO BALA DE ON: 500 ENTREGÓ BALA DE ON: 300 COBRO DE OXÍGENO: 79. 800. Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTINEZ FAJARDO, TERAPIA RESPIRATORIA	253
13/01/2018 17:22		PACIENTE REQUIERE AUMENTO DE PARAMETROS VENTILATORIOS PARA SOSTENER SATURACIÓN DE OXÍGENO, CON LOS CUALES RECUPERA LENTAMENTE RECIBO BALA DE ON: 500 ENTREGÓ BALA DE ON: 300 COBRO DE OXÍGENO: 79. 800. Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTINEZ FAJARDO, TERAPIA RESPIRATORIA	254
13/01/2018 17:43		Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO POR VENTILACIÓN MECÁNICA, SHOCK MIXTO REFRACTARIO. Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRIA	254-265
13/01/2018 17:43		PRONÓSTICO VITAL ESTÁ MUY COMPROMETIDO DEBIDO AL CUADRO DE SEPSIS Y CHOQUE MIXTO REFRACTARIO, CON COMPROMISO MULTISISTEMICO QUE EN ESTE MOMENTO ES ESTABLE PERO MUY CRITICO. MONITOREO DE CUIDADO INTENSIVO POR VENTILACIÓN MECÁNICA, SHOCK MIXTO REFRACTARIO. Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: ÓRDENES: ... Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO POR VENTILACIÓN MECÁNICA, SHOCK MIXTO REFRACTARIO. Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRIA	265-270
13/01/2018 18:08		Fecha: 13/01/2018 20:11 - Sede: 026-CENTRO ESPECIALIZADO-USS SUBA - Ubicación: SU-P3 UCI RECIEN NACIDOS - Servicio: Hospitalización Evolución Menor de 5 Años - Ronda - CONS PEDIATRIA Paciente de 5 Días, Género MASCULINO, 5 día(s) en hospitalización Diagnósticos activos antes de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO. Indicador de rol: Ronda Subjetivo, Objetivo, Análisis: HIJO DE ANDREA VIVIANA RONCANCIO MARTINEZ 529855583 EDAD 05 DIAS. PESO 3070 (EL DEL NACIMIENTO) EVOLUCIÓN DE LA NOCHE.	284
13/01/2018 20:11		Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA, SHOCK MIXTO REFRACTARIO. Plan de manejo: ORDENES: MONITOREO INTENSIVO. MÍNIMA MANIPULACIÓN Y ESTIMULO ESTRUCTOS MANTENER EUTÉRMICO. SIN VÍA ORAL. SOG A BOCAL.	284-297

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>NPT PASAR A 11CC/H LACTOBACILO REUTERI DAR 5 GOTAS VO DIA. VENTILACIÓN INVASIVA MANEJO DINAMICO SINCRONICO. ÓXIDO NÍTRICO --15 PPM - MORFINA 3. 6 MGS EN 12CCC DE SSN PASAR A 0. 5CC/H (50MCG/K/H) FENOBARBITAL 7. 5 MG IV CADA 12 HORAS SIDENAFIL 6MG VO CADA 6 HORAS. TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS 30CC CADA 8 HORAS. ESTA NOCHE ULTIMA DOSIS POR AHORA OMEPRAZOL 3 MG IV CADA 12 HORAS. VASOPRESINA 5 UI EN 24 CC SSN A 1CC/H IV (1 CC = 0. 07 UI/KG/H) MILRINONE 3 MG EN 24 CC SSN A 1CC/H IV (1 CC = 0. 7 MCG/KG/MIN) NOREPINEFRINA 4. 5 MGS EN 25 CC DE SSN PASAR A 1 CC/H. (1CC: 1 MCG/K/MIN) HIDROCROTISONA 3 MGS IV CADA 8 HORAS (FI 10/01) SSN AL 0. 9% PASAR A 0, 5 CC/H - PERMEABILIDAD UMBILICAL ARTERIALAMPICILINA 300 MG IV CADA 12 HORAS (FI 09/01) (4) CEFEPIME 150 MGS IV CADA 8 HORAS (FI 10/01) (D3) ... ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: ORDENES: MONITOREO INTENSIVO. MÍNIMA MANIPULACIÓN Y ESTÍMULO ESTRUCTOS MANTENER EUTÉRMICO. SIN VÍA ORAL. SOG A BOCAL. NPT PASAR A 11CC/H LACTOBACILO REUTERI DAR 5 GOTAS VO DIA. VENTILACIÓN INVASIVA MANEJO DINÁMICO SINCRÓNICO. ÓXIDO NÍTRICO --15 PPM - MORFINA 3. 6 MGS EN 12CCC DE SSN PASAR A 0. 5CC/H (50MCG/K/H) FENOBARBITAL 7. 5 MG IV CADA 12 HORAS SIDENAFIL 6MG VO CADA 6 HORAS. TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS 30CC CADA 8 HORAS. ESTA NOCHE ULTIMA DOSIS POR AHORA OMEPRAZOL 3 MG IV CADA 12 HORAS. VASOPRESINA 5 UI EN 24 CC SSN A 1CC/H IV (1 CC = 0. 07 UI/KG/H) MILRINONE 3 MG EN 24 CC SSN A 1CC/H IV (1 CC = 0. 7 MCG/KG/MIN) NOREPINEFRINA 4. 5 MGS EN 25 CC DE SSN PASAR A 1 CC/H. (1CC: 1 MCG/K/MIN) HIDROCROTISONA 3 MGS IV CADA 8 HORAS (FI 10/01) SSN AL 0. 9% PASAR A 0, 5 CC/H - PERMEABILIDAD UMBILICAL ARTERIALAMPICILINA 300 MG IV CADA 12 HORAS (FI 09/01) (4) CEFEPIME 150 MGS IV CADA 8 HORAS (FI 10/01) (D3) VITAMINA K 1 MG IV DIA 2/3 DOSIS GLUCOMETRIA CADA 12 HS. PENDIENTE HEMOCULTIVOS 09/01 Y 10/01 TERAPIA RESPIRATORIA MINIMA VECURONIO 7MG EN 24 CC SSN A 0, 1CC/H (10MCG/K/H) SE SOLICITAN GASES ARTERIALES Y GLUCOMETRIA AHORA. Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA, SHOCK MIXTO REFRACTARIO. Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRÍA</p>	
13/01/201 8 20:11		MONITOREO DE CUIDADO INTENSIVO POR VENTILACIÓN MECÁNICA, SHOCK MIXTO REFRACTARIO.	297- 303

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECIFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: ÓRDENES: MONITOREO INTENSIVO. MINIMA MANIPULACIÓN Y ESTÍMULO ESTRUCTOS MANTENER EUTÉRMICO. SIN VÍA ORAL. SOG A BOCAL. NPT PASAR A 11CC/H LACTOBACILO REUTERI DAR 5 GOTAS VO DIA. VENTILACIÓN INVASIVA MANEJO DINÁMICO SINCRÓNICO. ÓXIDO NÍTRICO --15 PPM - MORFINA 3. 6 MGS EN 12CCC DE SSN PASAR A 0. 5CC/H (50MCG/K/H) FENOBARBITAL 7. 5 MG IV CADA 12 HORAS SIDENAFIL 6MG VO CADA 6 HORAS. TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS 30CC CADA 8 HORAS. ESTA NOCHE ÚLTIMA DÓISIS POR AHORA OMEPRAZOL 3 MG IV CADA 12 HORAS. VASOPRESINA 5 UI EN 24 CC SSN A 1CC/H IV (1 CC = 0. 07 UI/KG/H) MILRINONE 3 MG EN 24 CC SSN A 1CC/H IV (1 CC = 0. 7 MCG/KG/MIN) NOREPINEFRINA 4. 5 MGS EN 25 CC DE SSN PASAR A 1 CC/H. (1CC: 1 MCG/K/MIN) HIDROCORTISONA 3 MGS IV CADA 8 HORAS (FI 10/01) SSN AL 0. 9% PASAR A 0, 5 CC/H - PERMEABILIDAD UMBILICAL ARTERIALAMPICILINA 300 MG IV CADA 12 HORAS (FI 09/01) (4) CEFEPIME 150 MGS IV CADA 8 HORAS (FI 10/01) (D3) VITAMINA K 1 MG IV DIA 2/3 DOSIS GLUCOMETRIA CADA 12 HS. PENDIENTE HEMOCULTIVOS 09/01 Y 10/01 TERAPIA RESPIRATORIA MINIMA VECURONIO 7MG EN 24 CC SSN A 0, 1CC/H (10MCG/K/H) SE SOLICITAN GASES ARTERIALES Y GLUCOMETRIA AHORA. Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA, SHOCK MIXTO REFRACTARIO. Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRI</p>	
13/01/2018 21:39		<p>PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, EDEMATIZADO, LABIL A LA MANIPULACIÓN, CON EDEMA GENERALIZADO, CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO, BAJO EFECTOS DE SEDORELAJACIÓN. CON ADECUADA EXPANSION TORACICA, TORACOSTOMIA DERECHA CONECTADA A TRAMPA DE AGUA CON OCCILACION, PERO SIN DRENAJE, QUIEN A LA AUSCULTACION PRESENTA ESTERTORES FINOS DISEMINADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SE REALIZA DRENAJE BRONQUIAL, ACELERACIÓN DE FLUJO, VIBRACION, LAVADO Y SUCCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL, NARIZ Y BOCA, OBTENIÉNDOSE ABUNDANTES SECRECIONES MUCOAMARILLENAS, SIN COMPLICACIONES, DEJO PACIENTE ESTABLE PARA SU CONDICIÓN CLÍNICA *** COBRO DE OXÍGENO TURNO NOCHE VENTILACIÓN MECÁNICA: 87. 000. Firmado Por: CLAUDIA MARCELA CARREÑO SALAZAR, TERAPIA RESPIRATORIA,</p>	304-305
13/01/2018 21:39		<p>PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, EDEMATIZADO, LABIL A LA MANIPULACIÓN, CON EDEMA GENERALIZADO, CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO, BAJO EFECTOS DE SEDORELAJACIÓN. CON ADECUADA EXPANSION TORACICA, TORACOSTOMIA DERECHA CONECTADA A TRAMPA DE AGUA</p>	304

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>CON OCCILACION, PERO SIN DRENAJE, QUIEN A LA AUSCULTACION PRESENTA ESTERTORES FINOS DISEMINADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SE REALIZA DRENAJE BRONQUIAL, ACELERACION DE FLUJO, VIBRACION, LAVADO Y SUCCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL, NARIZ Y BOCA, OBTENIENDOSE ABUNDANTES SECRECIONES MUCOAMARILIENTAS, SIN COMPLICACIONES, DEJO PACIENTE ESTABLE PARA SU CONDICION CLINICA</p> <p>***</p> <p>COBRO DE OXÍGENO TURNO NOCHE VENTILACIÓN MECÁNICA: 87. 000.</p> <p>Firmado Por: CLAUDIA MARCELA CARREÑO SALAZAR, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	
14/01/2018 00:01		<p>PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, QUIEN DURANTE EL PASO DE PLAQUETAS Y TOMA DE GASES PRESENTA DESATURACIÓN DE 68%, SE MANIPULA EN COMPAÑIA DEL DR QUIÑONES, SE PROCEDE A COMPENSAR PACIENTE CON PRESIÓN POSTIVA, SE REALIZA SUCCIÓN DE TUBO OROTRAQUEAL, NARIZ Y BOCA, OBTENIÉNDOSE SANGRADO, ESCASO DR ORDENA PASO DE CRIOPRECIPITADOS, SE LOGRA ESTABILIZAR SON SATURACIONES RANGO DE 82%, 1+00 PRESENTA NUEVAMENTE DESTAURACION DE 60% REQUIRIENDO COMPENSAR CON PRESIÓN POSITIVA, SE REALIZA OPTIMIZACION DE PARAMETROS VENTILATORIOS LOGRANDO ESTABILIDAD DE SATURACIÓN DE 83%, 4+15 JEFE DE TURNO REALIZA PASO DE CRIOPRECIPITADOS, PACIENTE SE DESATURA HASTA 54%, REQUIRIENDO NUEVAMENTE COMPENSAR NUEVAMENTE Y LOGRANDO ESTABILIZAR EN 80%, SE DEJA CONECTADO A VENTILADOR CON SATURACIONES RANGO DE 75%-80%.</p> <p>Firmado Por: CLAUDIA MARCELA CARREÑO SALAZAR, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	304-305
14/01/2018 00:01		<p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: EN EL MOMENTO DE LA TOMA DE GASES Y MANIPULACIÓN DE LA NOCHE SE PRESENTA DESATURACIÓN HASTA 50 CON REQUERIMIENTO DE PRESIÓN POSITIVA PARA RECUPERACION HASTA 70 DE LA OXIMETRIA. SE ENCUENTRAN MOVIMIENTOS AUTÓNOMOS ESPONTÁNEOS EN EXTREMIDADES Y ACCESO DE TOS, SE DECIDE ADMINISTRACIÓN DE NUEVA DÓISIS DE VECURONIO Y AUMENTAR INFUSION A 30MCG/K/MIN. LLAMA LA ATENCIÓN PRESENCIA DE SANGRADO ESCASO POR TUBO OROTRAQUEAL Y EN CAVIDAD ORAL, SE DECIDE COLOCAR DÓISIS DE CRIOPRECIPITADOS POR POSIBLE CID. YA TERMINO PASO DE PLAQUETAS DE LA NOCHE.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: ÓRDENES MÉDICAS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. - VECURONIO 0. 3MG IV EN BOLO AUMENTAR INFUSION A 0. 3CC/H (30 MCG/K/MIN)2. - CRIOPRECIPITADOS 30CC AHORA3. - RESTO SIN CAMBIOS <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA.</p> <p>Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRIA</p>	305-306
14/01/2018 00:10		<p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: EN EL MOMENTO DE LA TOMA DE GASES Y MANIPULACIÓN DE LA NOCHE SE PRESENTA DESATURACIÓN HASTA 50 CON REQUERIMIENTO DE PRESIÓN POSITIVA PARA RECUPERACIÓN HASTA 70 DE LA OXIMETRIA.</p> <p>SE ENCUENTRAN MOVIMIENTOS AUTONOMOS ESPONTÁNEOS EN EXTREMIDADES Y ACCESO DE TOS, SE DECIDE ADMINISTRACIÓN DE NUEVA DÓISIS DE VECURONIO</p>	306-322

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>Y AUMENTAR INFUSION A 30MCG/K/MIN. LLAMA LA ATENCIÓN PRESENCIA DE SANGRADO ESCASO POR TUBO OROTRAQUEAL Y EN CAVIDAD ORAL, SE DECIDE COLOCAR DÓISIS DE CRIOPRECIPITADOS POR POSIBLE CID. YA TERMINÓ PASO DE PLAQUETAS DE LA NOCHE.</p> <p>...</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. SOPORTE INOTROPICO, NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL. ÓXIDO NÍTRICO. Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA</p>	
14/01/2018 14:03		<p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: MONITOREO INTENSIVO.</p> <ul style="list-style-type: none">. MÍNIMA MANIPULACIÓN Y ESTÍMULO.. MANTENER EUTÉRMICO.. NADA VÍA ORAL.. SOG A DRENAJE. SOLUCIÓN SALINA 0. 9% IV PASAR 30 CC EN 1 HORA.. NPT PASAR A 12 CC/H. MORFINA 3. 6 MGS EN 12 CC DE SSN PASAR A 0. 5CC/H. VASOPRESINA 5 UI EN 24 CC SSN A 1CC/H. MILRINONE 3 MG EN 24 CC SSN A 1CC/H IV. NOREPINEFRINA 4. 5 MGS EN 25 CC DE SSN PASAR A 1 CC/H.. VECURONIO 7MG EN 24 CC SSN A 0, 1CC/H. FENOBARBITAL 7. 5 MG IV CADA 12 HORAS. Sildenafil 6 MG VO CADA 6 HORAS.. OMEPRAZOL 3 MG IV CADA 12 HORAS.. HIDROCORTISONA 3 MGS IV CADA 8 HORAS (FI 10/01). AMPICILINA 300 MG IV CADA 12 HORAS (FI 09/01) (5). CEFEPIME 150 MGS IV CADA 8 HORAS (FI 10/01) (D4). VITAMINA K 1 MG IV DIA 3/3 DOSIS. SSN AL 0. 9% PASAR A 0, 5 CC/H - PERMEABILIDAD UMBILICAL ARTERIAL-. VENTILACIÓN INVASIVA MANEJO DINAMICO SINCRONICO.. ÓXIDO NÍTRICO --15 PPM -. LACTOBACILO REUTERI DAR 5 GOTAS VO DIA.. SUSPENDER TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS. GLUCOMETRIA CADA 12 HS.. PENDIENTE HEMOCULTIVOS 09/01 Y 10/01. TERAPIA RESPIRATORIA A NECESIDAD. SS GASES ARTERIALES (YA).. AVISAR CAMBIOS. <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. SOPORTE INOTROPICO, NUTRICION PARENTERAL TOTAL. ÓXIDO NÍTRICO. Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA</p>	323-328
14/01/2018 16:07		<p>HORA 8+40AM, PACIENTE EN INCUBADORA CERRADA, CON SIGNOS VITALES DE FC 146 POR MIN, Y SATURACIÓN DE 80%, SE RECIBE CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN MODO IPPV EN VENTILADOR FABIAN. PACIENTE CON NEUMOTÓRAX DERECHO EN MANEJO, EN DREN DE TRAMPA DE AGUA, OSCILANTE Y DRENAJE CEROSANGUINOLENTO, EN REGULAR, INTUBADO, SEMIDESPIERTO Y ASISTENCIAS ESPONTANEAS, SE OBSERVA MENOS EDEMATIZADO CON Sonda VESICULAR Y ELIMINANDO BIEN, CONTINUA CON SEDACION INOTROPIA, MAS FENOBARBITAL POR MOVIMIENTOS ANORMALES ANOCHE.</p> <p>SE AUSCULTA CON RUIDOS RESPIRATORIOS CON ESTERTORES GRUESOS Y SIBILANCIAS ESPIRATORIAS, CENTRADOS, SE REALIZA HGIENE BRONQUIAL POR TUBO NARIZ YBOCA SE OBTIENEN SECRECIONES PURULENTAS Y</p>	329

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>HERRUMBROSAS MODERADAS POR TUBO, ENDOBRONQUIAL, Y MUCOHIALINAS ABUNDANTES POR NARIZ Y BOCA, PACIENTE PRESENTA DESATURACIÓN. LEVE DE 79% POR LO TANTO SE ESPERA Y PACIENTE RECUPERA SOLO, SE DEJA ESTABLE, SE TOMAN GASES QUE MUESTRA ALCALOSIS RESPIRATORIO, CON PH 7. 52 CO2 39. 9 PO2 34. 6 CHO3 32. 9 BE 9. 9 LACT 1. 5 LACT 1. 2. SE LE DISMINUYEN PARAMETROS A LA FR 75 A 70. DESPUES DE GASES A 65. PEEP DE 9 A 7 VTE GARANT A 14. SE DEJA QUIETO CON ÓXIDO NÍTRICO A 15 PPM. NO SE MODIFICA.</p> <p>SE RECIBE ÓXIDO NÍTRICO TERMINANDO EN 100 PSI, SE CAMBIA BALA POR OTRA NUEVA QUE INICIA EN 2. 248.</p> <p>SE DEJA PACIENTE ESTABLE.</p> <p>COBRO OXÍGENO 94. 200.</p> <p>Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	
14/01/2018 17:01		<p>HORA 2+430 PM, PACIENTE EN INCUBADORA CERRADA, CON SIGNOS VITALES DE FC 146 POR MIN, Y SATURACIÓN DE 80%, SE RECIBE CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN MODO IPPV EN VENTILADOR FABIAN. PACIENTE CON NEUMOTÓRAX DERECHO EN MANEJO, EN DREN DE TRAMPA DE AGUA, OSCILANTE Y DRENAJE CEROSANGUINOLENTO, EN REGULAR ESTADO, INTUBADO, SEMIDESPIERTO Y ASISTENCIAS ESPONTANEAS, SE OBSERVA MENOS EDEMATIZADO CON Sonda VESICULAR Y ELIMINANDO BIEN, CONTINUA CON SEDACION INOTROPIA, MAS FENOBARBITAL POR MOVIMIENTOS ANORMALES ANOCHE.</p> <p>SE AUSCULTA CON RUIDOS RESPIRATORIOS CON ESTERTORES GRUESOS Y SIBILANCIAS ESPIRATORIAS, CENTRADOS,</p> <p>SE REALIZA HIGIENE BRONQUIAL POR TUBO NARIZ YBOCA SE OBTIENEN SECRECIONES PURULENTAS Y HERRUMBROSAS MODERADAS POR TUBO, ENDOBRONQUIAL, Y MUCOHIALINAS ABUNDANTES POR NARIZ Y BOCA, PACIENTE PRESENTA DESATURACIÓN. LEVE DE 80% POR LO TANTO SE ESPERA Y PACIENTE RECUPERA SOLO, SE DEJA ESTABLE, CON SATURACIÓN MAXIMA DE 89- 90%, TENSION MEDIA DE 49 MMHG-.</p> <p>Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	329-330
14/01/2018 19:50		<p>HORA 7AM SE RECIBE BALA DE ÓXIDO NÍTRICO A 100 PPM TERMINANDO.</p> <p>HORA 1+00PM SE TERMINA BALA ANTERIOR.</p> <p>HORA 1+00PM INICIO BALA NUEVA EN 2.248 PSI</p> <p>HORA 7+00PM ENTREGO TURNO Y BALA EN 2.100 CONSUMO TARDE 148.</p> <p>Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	331
14/01/2018 17:27		<p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA. NUTRICION PARENTERAL TOTAL.</p> <p>Plan de manejo:</p> <p>Observaciones de la epicrisis: Fecha: 14/01/2018 17:27</p> <p>Evolución Menor de 5 Años - CONS PEDIATRIA</p> <p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. EVOLUCIÓN TURNO DE LA TARDE.</p> <p>HIJO DE ANDREA VIVIANA RONCANCIO MARTINEZ</p> <p>ID 529855583</p> <p>EDAD 06 DIAS.</p> <p>PESO 3070 (EL DEL NACIMIENTO)</p> <p>ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFÍCADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo:</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA. NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL.</p>	331-342

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA	
14/01/2018 17:27		<p>EL ECOCARDIOGRAMA MOSTRO HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA SUPRASISTÉMICA PSVD DE 73 MMHG, SE INTENTÓ ALTA FRECUENCIA, PERO NO SE OBTUVO RESPUESTA. SE INICIO ÓXIDO NÍTRICO EN 30PPM EL CUAL SE HA DISMINUIDO GRADUALMENTE, HOY EN 15 PPM. SE TRASFUNDIO GRE Y PLAQUETAS SIN COMPLICACIONES. PENDIENTE TOMA DE FIBRINOGENO. HOY MAS ESTABLE, CON FRECUENCIAS CARDIACAS TENSIONES ARTERIALES EN LIMITES NORMALES, PERO AUN CON APOYO INOTROPICO. MEJOR PERFUSION DISTAL. HA DISMINUIDO EDEMA. POSTERIOR A AJUSTE DE APORTE LIQUIDO Y BOLO DE HIDRATACION EL GASTO URINARIO HA MEJORADO Y ACTUALMENTE CON BALANCE POSITIVO. GASES ARTERIALES DE CONTROL CON ALCALOSIS MIXTA DE PREDOMINIO METABOLICO. SE CONTINUARA IGUAL MANEJO INSTAURADO. CONTINUA CON PRONÓSTICO VITAL RESERVADO DEBIDO AL CUADRO DE SEPSIS Y CHOQUE MIXTO REFRACTARIO, CON COMPROMISO MULTISISTEMICO QUE EN ESTE MOMENTO ES ESTABLE PERO MUY CRITICO CON ALTO RIESGO DE MORBIMORTALIDAD.</p> <p>PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none">. MONITOREO INTENSIVO.. MINIMA MANIPULACIÓN. NPT PASAR A 12 CC/H. OTRAS ÓRDENES MÉDICAS SIN CAMBIOS.. AVISAR CAMBIOS. <p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo:</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA. NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL.</p> <p>Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA,</p>	342-347
14/01/2018 22:06		<p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo:</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL.</p> <p>Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRÍA</p>	347-363
15/01/2018 01:03		<p>Plan de manejo: paciente en malas condiciones generales, en unidad de cuidados intensivos, en incubadora cerrada. con soporte de oxígeno por ventilación mecánica + óxido nítrico a 15ppm. paciente con parámetros ventilatorios de: fio2 al 100%/flujo 15/vc. 14/peep. 7/pim. 42/pip. 28/presión media de la vía aérea. 14/imv. 60/ tiempo inspiratorio. 0. 35canula nasal a 0. 12lpm presentando valores de saturaciones mayores al 94%. campos pulmonares sin agregados. paciente sedado y relajado con vecuronio y morfina. hemodinámicamente estable. en manejo con inotropia con milrrinone y vasopresina, continua con sindenafil y otro medicamento por orden médica.</p> <p>8+00pm. se le realiza tratamiento de terapia respiratoria con maniobras de higiene bronquial con aceleración de flujo-vibración-higiene nasal. se obtienen escasas secreciones mucoides. tratamiento sin complicaciones.</p> <p>se vigilan cambios en el patrón respiratorio. cobro de oxígeno. 101. 400.</p>	363

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		paciente quien se desatura con la terapia respiratoria. Firmado Por: DIANA LUCÍA PEREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA	
15/01/2018 06:56		Plan de manejo: paciente en malas condiciones generales, con pronóstico reservado, en estado sedado y relajado con vecuronio y morfina, paciente quien paso la noche sin desaturaciones extremas, continua con inotropia sin cambios y con ventilación mecánica en modo convencional con un afio2 al 100%/flujo. 15/vc. 14/peep. 7/pim. 42/pip. 28/presión media de la vía aérea. 14/imv. 60/relación i/e 1:1. 9/t. inspiratorio. 0. 35 presentando adecuados valores de saturación de:92%. campos pulmonares sin agregados. 2+00am. se realiza tratamiento de terapia respiratoria con maniobras de higiene bronquial con aceleración de flujo-vibración-cambios de posición y aspiración de secreciones mucoides moderadas por tubo orotraqueal/boca y nariz. paciente tolera el tratamiento. se cobra óxido nítrico de la noche. 100. Firmado Por: DIANA LUCÍA PÉREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA	364
15/01/2018 07:05		Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: SOPORTE VENTILATORIO + SOPORTE VASOACITVO. Firmado Por: LILIANA MARIA SAYAGO BOTELLO, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA – NEONATO	364-374
15/01/2018 09:22		Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: SOPORTE VENTILATORIO + SOPORTE VASOACITVO. Firmado Por: LILIANA MARIA SAYAGO BOTELLO, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO,	374-
15/01/2018 09:28		PLAN NUTRICION PARENTERAL - NUEVA MEZCLA PASAR A 13 ML/HORA IV RESTO SIN CAMBIOS Firmado Por: LILIANA MARIA SAYAGO BOTELLO, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO	379
15/01/2018 12:56		PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, SEDAO Y RELAJADO, CON TUBO DE TORACOSTOMIA DERECHA EL CUAL SE DEJA CERRADO EN LA MAÑANA, MENOS LABIL A LA MANIPULACIÓN, CON VENTILACIÓN MECÁNICA CONVENCIONAL, EN A/C, CON VOLUMEN GARANTIZADO A 18 ML Y ÓXIDO NÍTRICO A 15 PPM, CON PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS, ACOPLADO A LA VENTILACIÓN MECÁNICA, SIN ASISTENCIA VENTILATORIA, CON AMPLITUD DEL TÓRAX NORMAL Y EXPANSIBILIDAD TORACICA SIMETRICA. A LA AUSCULTACION PRESENTA MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES ... Plan de manejo: 8:00 AM, SE REALIZA PERMEABILIZACION DE TOT, ASPIRANDO POR TOT CON SISTEMA DE SUCCION CERRADA #8 Y POR BOCA, OBTENIENDO MODERADA SECRECIÓN MUCOHERRUMBROSO POR TOT Y MUCOADHERENTEABUNDANTE POR BOCA, QUEDA ESDTABLE, POR ÓRDEN MÉDICA SE DISMINUYE LENTAMENTE VG A 15 ML Y EL OXINO NÍTRICO SE DISMINUYE A 10 PPM A LAS 12:00 AM RECIBO BALA DE ON: 1. 800 ENTREGO BALA DE ON: 1. 700 COBRO DE OXÍGENO: 108. 600. Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTINEZ FAJARDO, TERAPIA RESPIRATORIA	380
15/01/2018 14:17		Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO NEONATAL VENTILACIÓN MECÁNICA.	381-390

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>Plan de manejo: CUIDADO INTENSIVO AMBIENTE EUTERMICO POSICIÓN Y MEDIDAS ANTIREFLUJO PROTOCOLO DE MÍNIMA MANIPULACIÓN NADA VÍA ORAL - Sonda OROGASTRICA A BOCAL</p> <p>...</p> <p>VENTILACIÓN INVASIVA - MANEJO DINAMICO - MANTENER SATO2 SOBRE 90% ÓXIDO NÍTRICO ACTUALEMENTE EN 10 PPM - PROXIMO DESCENSO MAÑANA 600 AM A 5 PPM. LACTOBACILO REUTERI DAR 5 GOTAS VO CADA 24 HORAS GLUCOMETRIA CADA 24 HORAS SEGUIMIENTO A HEMOCULTIVOS 09/01 Y 10/01 SS NUEVOS HEMOCULTIVOS Y UROCULTIVO AL RETIRAR EL CATETER ULBILICAL CULTIVO DE PUNTA. TERAPIA RESPIRATORIA SEGUN NECESIDAD PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA DE CONTROL HOY. AVISAR CAMBIOS</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO NEONATAL VENTILACIÓN MECÁNICA. Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA – NEONATO</p>	
15/01/2018 17:22		<p>ME COMUNICÓ TELEFÓNICAMENTE CON DRA LAURA LOZANO BACTERIOLOGA INDICA QUE SE PUEDEN TOMAR LOS NIVELES VALLE DE VANCOMICINA CON REPORTES A LAS 24 HORAS - SE REALIZA ORDEN MANUAL- DADA LA MEJORA EN LA TFG / AZOADOS SE DEJA 30 MGS IV CADA 8 HORAS (FI 15/01) Y SE AJUSTARÁN DOSIS CON NIVELES. VALLE 30 MIN PREVIOS A 4TA DOSIS.</p> <p>SIN OTROS CAMBIOS EN MANEJO.</p> <p>Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA - NEONATO</p>	394
15/01/2018 17:09		<p>Plan de manejo: HORA 2+20PM SE RECIBE PACIENTE EN INCUBADORA CERRADA, SEDADO, SIN RESPIRACIONES ESPONTANEAS NI MOVIMIENTOS ESPONTANEOS, CON VASOPRESINA, MILRINONE, HIDROCORTISONA, RETIRAN SEDACION</p> <p>PERO PACIENTE AUN DORMIDO, VENTILACIÓN MECÁNICA EN MODO DE IPPV, Y PARAMETROS DE FIO2 1. 0 FLUJO 15 VTG 15</p> <p>PEEP 7 PIM 42 SE DISMINUYE A 38 POR ORDEN MEDICA PIP 27 MEDIA 14 FR 60 FIO2 0. 35 RIE 1. 1. 9 ÓXIDO NÍTRICO A 10 PPM.</p> <p>SE OBSERVA MENOS EDEMATIZADO, CONTINUA CON TUBO DE TÓRAX CLAMPEADO Y CATETER UMBILICAL CLAMPEADO TAMBIÉN, TOMAN RADIOGRAFIA DE TÓRAX QUE MUESTRA, TUBO ENDOBRONQUIAL BIEN UBICADO, IMAGEN RADIOPACA GENERALIZADOS, COMPATIBLES CON NEUMONIA MULTILOBAR SEGUN EVOLUCION MEDICA.</p> <p>SE AUSCULTA CON ESTERTORES BRONQUIALES CENTRADOS, SE REALIZA LEVE ACELERACION DEL FLUJO, VIBRACION Y</p> <p>DRENAJE POSTURAL MAS HIGIENE BRONQUIAL POR TUBO, NARIZ Y BOCA SE OBTIENEN SECRECIONES MUCOIDES Y HERRUMBROSAS, SE CONTINUA CON ÓXIDO NÍTRICO A 10 PPM.</p> <p>RECIBO BALA EN 1. 700.</p> <p>Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORI</p>	394-
15/01/2018 19:13		<p>...</p> <p>DURANTE LA TARDE POBRE RESPUESTA ISOCORIA REACTIVA SE SUSPENDE VECURONIO MAÑANA SEGUN EVOLUCION</p> <p>POSIBILIDAD DE PROFILAXIS SX ABSTINENCIA Y DESCENSO DE MORFINA. EN MANEJO CON FENOBARBITAL POR</p>	394-406

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>MOVIMIENTOS ANORMALES SIN NUEVOS EPISODIOS DESCRITOS.</p> <p>CONTINUA EN AYUNO CON SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL, EUGLICEMICO PARA AJUSTES MAÑANA POR DISMETABOLIA Y COLESTASIS.</p> <p>CONTINUA CON PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO, ALTO RIESGO DE MORBIMORTALIDAD POR COMPROMISO MULTISISTÉMICO</p> <p>SE HABLA NUEVAMENTE CON MADRE SE LE EXPLICA AMPLIAMENTE LA PATOLOGIA DE SU HIJO REFIERE ENTENDER SE LE MUESTRA LA SERIE DE PLACAS REALIZADAS Y EL COMPROMISO NEUMONICO SEVERO ESTA CON MEJOR AFECTO RECIBE ACOMPAÑAMIENTO POR PSICOLOGÍA.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: MANEJO INSTAURADO</p> <p>CONTINÚA MULTISOPORTE: VENTILATORIO Y HEMODINÁMICO</p> <p>MINMIMA MANIPULACIÓN</p> <p>PENDIENTE CONTROL DE LABORATORIOS</p> <p>ESTABLE DENTRO DE CONDICION CRÍTICA</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: MANEJO CRÍTICO.</p> <p>Firmado Por: GREGORIO SIERRA DEL VILLAR, CONS PEDIATRÍA</p>	
15/01/2018 19:13		<p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: MANEJO INSTAURADO</p> <p>CONTINUA MULTISOPORTE: VENTILATORIO Y HEMODINÁMICO</p> <p>MÍNIMA MANIPULACIÓN</p> <p>PENDIENTE CONTROL DE LABORATORIOS</p> <p>ESTABLE DENTRO DE CONDICION CRÍTICA</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: MANEJO CRÍTICO.</p> <p>Firmado Por: GREGORIO SIERRA DEL VILLAR, CONS PEDIATRIA</p>	406-411
16/01/2018 00:27		<p>PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO, REACTIVO AL TACTO, LABIL A LA MANIPULACIÓN, PRESENTA DESATURACIÓN DE 62%, REQUIRIENDO COMPENSAR CON PRESIÓN POSITIVA. CON ADECUADA EXPANSION TORÁCICA</p> <p>TORACOSTOMIA CLAMPEADA, QUIEN A LA AUSCULTACIÓN PRESENTA ESTERTORES FINOS DISEMINADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SE REALIZA DRENAJE BRONQUIAL, ACELERACION DE FLUJO, VIBRACION, LAVADO Y SUCCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL,</p> <p>NARIZ Y BOCA CON GUANTES ESTERILES, JERINGA DE 10 CC, SONDA DE SUCCION ABIRTE No 8, OBTENIENDOSE ABUNDANTES SECRECIONES MUCOHERRUMBROSAS, SIN COMPLICACIONES, DEJO PACIENTE ESTABLE PARA SU CONDICIÓN CLÍNICA.</p> <p>Firmado Por: CLAUDIA MARCELA CARREÑO SALAZAR, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	414
16/01/2018 07:35		<p>NEONATO A TÉRMINO DE 8 DIAS DE VIDA, CRITICO CON ALTO RIESGO DE MORBIMORTALIDAD Y RIESGO ALTO NEUROLÓGICO. FRUTO DE MADRE CON CULTIVO RECTOVAGINAL (05/01/2018) POSITIVO PARA ST AGALACTIAE (REPORTE RECLAMADO DESPUÉS DEL NACIMIENTO).</p>	415-424-425

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

	<p>NEONATO QUIEN CURSO CON NEUMONIA IN UTERO CON COMPROMISO MULTILobar, SEPSIS, FALLA VENTILATORIA SEVERA, PRESENTÓ NEUMOTÓRAX MANEJADO CON PUNCION INICIAL Y POSTERIOR TORACOSTOMIA DERECHA CERRADA CON RESOLUCIÓN DEL NEUMOTÓRAX EN CONTROLES RADIOGRÁFICOS,</p> <p>EL TUBO ESTÁ CLAMPEADO DESDE AYER, SE SOLICITA CONTROL DE RX DE TÓRAX PARA DEFINIR RETIRO. HA RECIBIDO TRES DOSIS DE SURFACTANTE EXOGENO POR CONSUMO, CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO CONVENCIONAL, HA PERMITIDO DESCENSO DISCRETO DE PARAMETROS Y EN PLAN DE DISMINUIR ÓXIDO NÍTRICO, ACTUALMENTE EN 5 PPM,</p> <p>EN EL MOMENTO CON POBRE PATRÓN AUTONOMO RESPIRATORIO, ENTREGADO AL VENTILADOR BAJO EFECTO DE SEDACION, LA RELAJACIÓN FUE SUSPENDIDA AYER. SE SOLICITA CONTROL DE GASES. LAS SAUTRACIONES HAN BAJADO, EN ESPERA DE GASES PARA DEFINIR CONTINUAR DESMONTE DEL ÓXIDO NUTRICO. EN RX DE TÓRAX DE AYER, CON SOBRE</p> <p>DISTENSIÓN PULMONAR Y OPACIDADES MIXTAS BILATERALES. SE HAN DISMINUIDO PARAMETROS VENTILATORIOS,</p> <p>ACTUALMENTE CON VOLUMEN GARANTIZADO A 5 ML/KG. GASES DE AYER CON TRASTORNO MIXTO COMPENSADO Y LACTATO NORMAL. CONTINUA CON SILDENAFIL COMO COADYUVENTE EN EL MANEJO Y PARADISMINUIR RIESGO DE REBOTE DE LA HPERTENSION PULMONAR.</p> <p>DESDE EL PUNTO DE VISTA HEMODINÁMICO, LAS CIFRAS TENSIONALES MEDIAS HAN ESTADO SOBRE 60, EN DESCENSO DEL SOPORTE VASOACTIVO, EN PLAN DE CONTINUAR DESMONTE DE VASOPRESINA, MILRINONE Y NOREPINEFRINA; CON ADECUADA RESPUESTA DEL CHOQUE REFRACTARIO. ECOCARDIOGRAMA DE CONTROL (15/01/) CON HIPERTENSION PULMONAR MODERADA, DILATACION DE CAVIDADES DERECHAS, FORAMEN OVALE PERMEABLE, DUCTUS ARTERIOSO PERMEABLE PEQUEÑO, INSUFICIENCIA AORTICA LEVE Y BUENA FUNCIÓN BIVENTRICULAR.</p> <p>CONTINUA EN REPOSO INTESTINAL, DRENAJE CLARO POR Sonda OROGÁSTRICA SIN EVIDENCIA DE NUEVO SANGRADO DIGESTIVO, SE SUSPENDIO OMEPRAZOL, EN SEGUIMIENTO. EN PLAN DE INICIO DE ENTERAL TROFICA, UNA VEZ DE DESONTE EL SOPORTE VASOACTIVO. SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL, EN REPOSICION DE HIPOKALEMIA, EUGLICEMICO. CON DISLIPIDEMIA, COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS ALTOS, Y TRANSAMINASAS ALTAS, ADEMÁS DE COLESTASICO, SE AJUSTA APORTE EN NUTRICIÓN PARENTERAL.</p> <p>DESDE EL PUNTO DE VISTA RENAL, CON DESCENSO PROGRESIVO EN LA CREATININA, DESCENSO EN EL GASTO MIXTO ALTO Y CON BALANCE MENOS NEGATIVO. SE AJUSTA APORTE HIDRICO TOTAL. EN CORRECCION POR HIPOKALEMIA CON REPOSICIÓN DE POTASIO, NUEVO CONTROL EN LA TARDE.</p> <p>DESDE EL PUNTO DE VISTA INFECCIOSO, EN PARACLINICOS DE CONTROL, LEUCOCITOSIS, NEUTROFILIA, PCR EN ASCENSO, POR LO QUE SE ROTO ESQUEMA ANTIBIOTICO CON VANCOMICINA (DOSIS AJUSTADA A FALLA RENAL), PENDIENTE TITULACION DE DOSIS SEGUN NIVELES VALLE (30 MIN PREVIOS A 4TA DOSIS); LOS HEMOCULTIVOS INICIALES DEFINITIVOS VAN NEGATIVOS, LOS DE CONTROL RELIMINARES VAN NEGATIVOS, AYER SE POLICULTIVO, PENDIENTE REPORTE DE NUEVOS HEMOCULTIVOS, UROCULTIVO Y CULTIVO DE PUNTA DE CATETER UMBILICAL. EN PLAN DE SUSPENDER GOTEO CONTINUO DE SEDACION (MORFINA) Y SE DEJA DOSIS POR HORARIO, CON ALTO</p>	
--	--	--

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>RIESGO DE SÍNDROME DE ABSTINENCIA, SEGÚN EVOLUCION SE ASOCIARÁ AL MANEJO ALPRAZOLAM. CONTINUA CON FENOBARBITAL POR MOVIMIENTOS ANORMALES PRESENTADOS SIN EVIDENCIA DE NUEVOS EPISODIOS. SEGÚN EVOLUCIÓN, A PARTIR DE MAÑANA SE DEJARÁ DOSIS UNICA EN LA NOCHE.</p> <p>CONTINÚA CON PRONÓSTICO VITAL RESERVADO, ALTO RIESGO DE MORBIMORTALIDAD POR COMPROMISO MULTISISTEMICO CON QUE CURSA.</p> <p>EN EL MOMENTO NO SE ENCUENTRA ACOMPAÑADO POR LOS PADRES, EN ESPERA DE LA VISITA PARA DAR INFORMACION.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO</p> <p>ESPECIFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: CUIDADO INTENSIVO</p> <p>...</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: SOPORTE VENTILATORIO + SOPORTE VASOACITVO.</p> <p>Firmado Por: LILIANA MARIA SAYAGO BOTELLO, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA – NEONATO</p>	
16/01/2018 07:35		<p>DESDE EL PUNTO DE VISTA INFECCIOSO, EN PARACLINICOS DE CONTROL, LEUCOCITOSIS, NEUTROFILIA, PCR EN ASCENSO, POR LO QUE SE ROTÓ ESQUEMA ANTIBIÓTICO CON VANCOMICINA (DOSIS AJUSTADA A FALLA RENAL), PENDIENTE TITULACIÓN DE DÓISIS SEGÚN NIVELES VALLE (30 MIN PREVIOS A 4TA DOSIS); LOS HEMOCULTIVOS INICIALES DEFINITIVOS VAN NEGATIVOS, LOS DE CONTROL PRELIMINARES VAN NEGATIVOS, AYER SE POLICULTIVO, PENDIENTE REPORTE DE NUEVOS HEMOCULTIVOS, UROCULTIVO Y CULTIVO DE PUNTA DE CATETER UMBILICAL.</p> <p>EN PLAN DE SUSPENDER GOTEO CONTINUO DE SEDACION (MORFINA) Y SE DEJA DOSIS POR HORARIO, CON ALTO RIESGO DE SINDROME DE ABSTINENCIA, SEGÚN EVOLUCIÓN SE ASOCIARÁ AL MANEJO ALPRAZOLAM. CONTINUA CON FENOBARBITAL POR MOVIMIENTOS ANORMALES PRESENTADOS SIN EVIDENCIA DE NUEVOS EPISODIOS. SEGÚN EVOLUCIÓN, A PARTIR DE MAÑANA SE DEJARÁ DOSIS ÚNICA EN LA NOCHE.</p> <p>CONTINÚA CON PRONÓSTICO VITAL RESERVADO, ALTO RIESGO DE MORBIMORTALIDAD POR COMPROMISO MULTISISTEMICO CON QUE CURSA.</p> <p>EN EL MOMENTO NO SE ENCUENTRA ACOMPAÑADO POR LOS PADRES, EN ESPERA DE LA VISITA PARA DAR INFORMACION.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO</p> <p>ESPECIFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: CUIDADO INTENSIVO</p> <p>...</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: SOPORTE VENTILATORIO + SOPORTE VASOACITVO.</p> <p>Firmado Por: LILIANA MARIA SAYAGO BOTELLO, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO,</p>	426-430
16/01/2018 09:04		<p>PRESENTA MAYOR ESFUERZO RESPIRATORIO ESPONTÁNEO POR LO QUE SE CAMBIA MODO VENTILATORIO A SIMV + PS</p> <p>RESTO SIN CAMBIOS</p> <p>Firmado Por: LILIANA MARIA SAYAGO BOTELLO, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO</p>	430

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

16/01/2018 12:36		<p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, DESATURADO, SEDAO Y RELAJADO, CON TUBO DE TORACOSTOMIA CLAMPEADO DESDE AYER EN LA MAÑANA, LABIL A LA MANIPULACIÓN, CON VENTILACIÓN MECÁNICA CONVENCIONAL, EN A/C, CON VOLUMEN GARANTIZADO A 15 ML Y ÓXIDO NÍTRICO A 10 PPM, EL CUAL SE DISMINUYE A LAS 8:00 AM A 5 PPM, CON PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS, CON AUMENTO DE LA ASISTENCIA VENTILATORIA POR LO QUE SE CAMBIA DE MODO VENTILATORIO A MODO SIMV+PS+VG, CON AMPLITUD DEL TÓRAX NORMAL Y EXPANSIBILIDAD TORACICA SIMETRICA. A LA AUSCULTACION PRESENTA MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES</p> <p>Temperatura(°C): 37 Saturación de oxígeno (%): 74 Peso(G): 3160 Plan de manejo: 10:30 AM, SE REALIZA PERMEABILIZACION DE TOT, ASPIRANDO POR TOT CON SISTEMA DE SUCCION CERRADA #8 Y POR BOCA, OBTENIENDO MODERADA SECRECIÓN MUCOHERRUMBROSO POR TOT Y MUCOADHERENTEABUNDANTE POR BOCA, QUEDA DESATURADO.</p> <p>NOTA: POR ORDEN MEDICA SE DISMINUYE PEEP A 6</p> <p>RECIBO BALA DE ON: 1. 500</p> <p>ENTREGO BALA DE ON: 1. 420</p> <p>COBRO DE OXÍGENO: 123. 000.</p> <p>Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTINEZ FAJARDO, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	431-
16/01/2018 12:56		<p>Diagnósticos activos después de la nota: P073 - OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, P369 - SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA (En Estudio), R579 - CHOQUE, NO ESPECIFICADO, P221 - TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Talla (Cm): 51</p> <p>EVALUACIÓN MENTAL.</p> <p>Firmado Por: JUAN CARLOS TORRES ACUÑA, INFECTOLOGIA ADULTO</p>	432
16/01/2018 12:56		<p>Resumen de la atención: Fecha: 16/01/2018 12:56</p> <p>Evolución - INFECTOLOGÍA ADULTO</p> <p>Subjetivo: paciente de 8 día de vida con día 8 de hospitalización con tórpida evolución con deterioro clínico e infecto lógico se documenta en la madre s.</p> <p>agalactia se ic para determinar maneo se decide rotar ... de cultivo nuevos tomados riesgos para micosis</p> <p>Objetivo:</p> <p>Sin resultados nuevos.</p> <p>Firmado Por: JUAN CARLOS TORRES ACUÑA, INFECTOLOGIA ADULTO</p>	432
16/01/2018 14:03		<p>PROTOCOLO DE MÍNIMA MANIPULACIÓN</p> <p>NADA VÍA ORAL - Sonda OROGASTRICA A BOCAL - CAMBIO DE SOG A BOCAL N 8. VIGILAR P ABDOMINAL.</p> <p>NUTRICION PARENTERAL ACTUAL PASAR A 13 ML/HORA IV (100 ML/KG/DIA)</p> <p>NOREPINEFRINA 4. 5 MG LLEVAR A 25 ML DE SOLUCION SALINA 0. 9%: PASAR A 0. 8 ML/HORA IV - MANTENER TAM SOBRE 50</p> <p>VASOPRESINA 5 UI LLEVAR A 24 ML DE SOLUCION SALINA 0. 9%: PASAR A 0. 5 ML/HORA IV - EN DESCENSO</p> <p>MILRINONE 3 MG LLEVAR A 24 ML DE SOLUCION SALINA 0. 9%: PASAR A 0. 5 ML/HORA IV - EN DESCENSO</p> <p>MORFINA 3. 6 MG EN 12 ML DE SOLUCION SALINA 0. 9%: PASAR A 0. 2 ML/HORA IV -</p> <p>BOLOS DE RESCATE DE 200 MICROGRAMOS CADA 4 HORAS A NECESIDAD.</p> <p>FENOBARBITAL 7. 5 MG IV CADA 12 HORAS.</p> <p>SIDENAFIL 6 MG POR Sonda OROGASTRICA CADA 6 HORASHIDROCROTISONA</p> <p>SUSPENDIDA.</p>	432-442

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>AMPICILINA SUSPENDIDA. CEFEPIME 150 MG IV CADA 8 HORAS - DIA 6 - (INICIO 09/01/2018) VANCOMICINA 30 MG IV CADA 12 HORAS (INICIO 15/01/2018) - AJUSTADO A FALLA RENAL. VENTILACIÓN INVASIVA - MANEJO DINAMICO - MANTENER SATO2 SOBRE 90% ÓXIDO NÍTRICO ACTUALMENTE EN 5 PPM - DESCENSO PROGRESIVO DE 1 PPM ** LACTOBACILO REUTERI DAR 5 GOTAS VO CADA 24 HORAS PENDIENTE NIVELES VALLE - 30 MIN PREVIOS A 4TA DOSIS DE VANCOMICINA GLUCOMETRIA CADA 24 HORAS SEGUIMIENTO A HEMOCULTIVOS 10/01 Y 15/01; UROCULTIVO Y CULTIVO DE PUNTA DE CATETER (15/01/2018) TERAPIA RESPIRATORIA POR TURNO O SEGUN NECESIDAD PTE GASES SANGUINEOS CH PCR. IONOGRAMA NIVELES DE VANCO. AVISAR CAMBIOS Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO NEONATAL. Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA - NEONATO, Registro 33700190, CC 33700190</p>	
16/01/2018 14:03		<p>PACIENTE AMPLIAMENTE CONOCIDO CONTROL RX DE HOY CON TUBO CLAMPEADO SIN RECURRENCIA DE LA FUGA DE AIRE, PERO EL COMPROMISO PARENQUIMATOSO ES SEVERO MULTILOBAR Y PERSISTENTE EN LAS RX SERIADAS NO SE HA AISLADO GERMEN TIENE AMPLIO ESPECTRO ANTIBIÓTICO AVALADO POR INFECTOLOGÍA. PERSISTE MUY LABIL ÚLTIMAS HORAS DESATURACIÓN SIGNIFICATIVA AL DESPERTAR DESACOPLE IMPORTANTE SIN RESPUESTA A LOS AJUSTES REALIZADOS AL VENTILADOR; AUN HALLAZGOS EN ECOCARDIO DE HTP MODERADA CON PSVD EN 50 MMHG DILATACION IMPORTANTE DE CAVIDADES DERECHAS Y C- C DERECHA A IZQUIERDA POR LO QUE SE PREFIERE DESCENSO LENTO DE SEDACION CON RESCATES A NECESIDAD, Y PROFILAXIS DE ABSTINENCIA YA ORDENADA. POR AHORA DEJO PTV PTE REALIZAR GASES DE LA TARDE CON LOS NIVELES DE VANCO CONTROL DE HEMOGRAMA/ PCR Y POTASIO. HA PERMITIDO DESCENSO DE INOTROPIA CON TENSIONES MEDIAS ADEUCADAS. GU LIMITE ALTO. HA REQUERIDO REPOSICIONES DE K Y AJUSTES EN NPT POR COLESTASIS / DISLIPIDEMIA Y TRASTONRO HIDROELECTROLITICO. LAS GLUCOMETRIAS NORAMLES. EN LA TARDE DISTENSION ABDOMINAL LEVE NO DOLOR DEPOSICIOENS Y DRENAJE POR SONTA NORMALES SE PASA NUEVA SONTA 8 A DRENAJE VIGILANDO. PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL RESERVADO A EVOLUCION PADRES INFORMADOS CON APOYO POR PSICOLOGÍA. ... Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO NEONATAL. Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA - NEONATO</p>	443-446
16/01/2018 18:55		<p>Plan de manejo: HORA 2+45PM SE OBSERVA PACIENTE EN REGULAR ESTADO, CONTINUA EN INCUBADORA CERRADA, CON SIGNOS VITALES DE FC 140 POR MIN Y SATURACIÓN DE 76%, AL RECIBO DEL TURNO, CON INOTROPIA DE SOPORTE, CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN MODO DE SIMV +PS Y PARAMETROS DE FIO2 100 VTG 15 PEEP 6 PSV 15 PIM 30 FR 60 T. 037 MEDIA 11 ÓXIDO NÍTRICO A 5 PPM, SE OBSERVA CON LEVE EDEMA GENERALIZADO, CONTINUA CON TUBO DE TÓRAX CLAMPEADO, SEDACION DE MORFINA, EN DESCENSO, SE AUSCULTA CON ESTERTORES BRONQUIALES CENTRADOS</p>	447

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>GRUESOS, SE REALIZA LEVE ACELERACION DEL FLUJO, MAS DRENAJE POSTURAL MAS HIGIENE BRONQUIAL POR TUBO, NARIZ Y BOCA SE OBTIENEN SECRECIONES MUCOIDES EN GRAN CANTIDAD, PACIENTE MUESTRA DESATURACIÓN, PERO SE RECUPERA, OBSERVA SIN EMBARGO MUY LABIL A LA MANIPULACION.</p> <p>MÉDICO DE TURNO ORDENA CAMBIO DE MODO VENTILATORIO Y SE AJUSTAN PARAMETROS, SE DEJA CON MODO IPPV, CON FIO2 100 FLUJO 17 PEEP 6 PIM 32 PIP 24 FR 60 T. 040 ÓXIDO NÍTRICO A 5 PPM, SE DEJA ESTABLE CON PENDIENTE REPORTE DE GASES Y ELECTROLITOS.</p> <p>RECIBO BALA DE ÓXIDO NÍTRICO EN 1. 420</p> <p>DEJO EN 1. 400</p> <p>GASTO 20.</p> <p>Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	
16/01/2018 18:55		<p>DE FC 140 POR MIN Y SATURACIÓN DE 76%, AL RECIBO DEL TURNO, CON INOTROPIA DE SOPORTE, CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN MODO DE SIMV +PS Y PARAMETROS DE FIO2 100 VTG 15 PEEP 6 PSV 15 PIM 30 FR 60 T. 037 MEDIA 11 ÓXIDO NÍTRICO A 5 PPM, SE OBSERVA CON LEVE EDEMA GENERALIZADO, CONTINUA CON TUBO DE TÓRAX CLAMPEADO, SEDACION DE MORFINA, EN DESCENSO, SE AUSCULTA CON ESTERTORES BRONQUIALES CENTRADOS GRUESOS, SE REALIZA LEVE ACELERACION DEL FLUJO, MAS DRENAJE POSTURAL MAS HIGIENE BRONQUIAL POR TUBO, NARIZ Y BOCA SE OBTIENEN SECRECIONES MUCOIDES EN GRAN CANTIDAD, PACIENTE MUESTRA DESATURACIÓN, PERO SE RECUPERA, OBSERVA SIN EMBARGO MUY LABIL A LA MANIPULACION.</p> <p>M´RDICO DE TURNO ORDENA CAMBIO DE MODO VENTILATORIO Y SE AJUSTAN PARAMETROS, SE DEJA CON MODO IPPV, CON FIO2 100</p> <p>FLUJO 17 PEEP 6 PIM 32 PIP 24 FR 60 T. 040 ÓXIDO NÍTRICO A 5 PPM, SE DEJA ESTABLE CON PENDIENTE REPORTE DE GASES Y ELECTROLITOS.</p> <p>RECIBO BALA DE ÓXIDO NÍTRICO EN 1. 420</p> <p>DEJO EN 1. 400</p> <p>GASTO 20.</p> <p>Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	448
16/01/2018 22:31		<p>HÉM: MULTISOPORTADO. COTNONUA CON MILRINONE, VASOPRESINA Y NOREPINEFRINA. CON ADECUADA PERFUSIOND SITAL. PULS SIMETRICOS. MANTIENE BUENAS CIFRAS TENSIONALES. SE DISMINUYTE VASOPRESINA. COTNONUA EN DESCENSO. RESP: CON SOPORTE VENTILAOTRIO ASI: IMV: 60 FIO2: 100% PIM: 26-28 PEEP: 5. 0 VC: 16 CON GASES DE LA</p> <p>TARDE CON ACIDOSIS RESPIRATORIA. PH: 7. 21 PO2: 30. 1 PCO2: 75. 8 HCO3: 31. 1 BE: 3. 2 ÑACT: 1. 2 SIMETRICO.</p> <p>TORACOSTOMIA CLAMPEADA. ABD: BLANDO. NO DISTEDNIDO. SIN VÍA ROAL. DEP: 1 GU: PÉRSISTE CON TENDENCIA LA POLIURIA. SIN DIURETICO. ELEVE EDEMA GENERALZIADO. INFECC: SIN DISTERMIAS. CON</p> <p>HEMOGRAMA DE CONTROL:</p> <p>LEUC: 36540 CORREGIDOS: 29000 N: 39 L: 31 M: 19 E: 11 HB: 11. 7 HCTO: 32. 7 PLAQ: 175000 LECOSITOSIS EN DESCENSO CAMBIA DIFERENCIAL. PCR: 13. 42 EN DESCENSO POR AHORA IGUAL MANEJO ANTIBOTICO. HEMAT: NO SAGRADO ACTIVO.</p> <p>ANEMIA AUN SIN CRITERIO DE TRANSFUNDIR. VIGILANCIA ESTRUCTA MET: IONOGRAMA: NA: 133 CL: 93 K: 3. 81 CA: 1. 59 CON</p>	448-452

		<p>EVE HIPONATREMIA. SE AJUSTARÁ APORTE EN LA NTP. HIPERCALCEMIA. SE AJUSTARÁ APORTE TAMBIÉN. SNC: BAJO SEDACION CON MORFINA Y CON BOLOS DE RESCATE. EN OPCACIONES MOVIMIENTOS ESPONTANEOS. PACIENTE ATERMINO CON DX ANOTADOS, CON CHOQUE MULTIFACTORIAL MULTISOPORTAQDO. CON SOPORTE VENTIALOTRIO PROLOMGADO. REQIOERIPO DE AJUTE DE PARAMETROS VENTILAOTRIO. HA PERMANECIDO CON TENDENCIA ALA DESATUARCION Y NUEVAMENTE HIPERCAPNIA. COTNONUA SEDACION., SE DIMINUYE VCASOPRESINA. VIGILANCIA ETSRICTA. ALTO RIESGO DE NUEVA TRANSFUSIÓN DE GRE. COTINÚA MANEJO ANTIBIÓTICO SIN CAMBIOS. COTNINÚA MONITERO INTRSNIVO. APCOENTE CON ALTO RIESGO DE FALLECER. VASOPRESINA 0. 4CC/HORA MANEJO DINAMICPO DEL VENTILADOR</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: -</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CHOQUE.</p> <p>Firmado Por: ALICIA MARCELA TOBITO GUILLOT, CONS PEDIATRÍA</p>	
16/01/2018 22:31		<p>HEM: MULTISOPORTADO. COTNONUA CON MILRINONE, VASOPRESINA Y NOREPINEFRINA. CON ADECUADA PERFUSIOND SITAL. PULS SIMETRICOS. MANTIENE BUENAS CIFRAS TENSIONALES. SE DISMINUYTE VASOPRESINA. COTNONUA EN DESCENSO. RESP: CON SOPORTE VENTILAOTRIO ASI: IMV: 60 FIO2: 100% PIM: 26-28 PEEP: 5. 0 VC: 16 CON GASES DE LA TARDE CON ACIDOSIS RESPIRATORIA. PH: 7. 21 PO2: 30. 1 PCO2: 75. 8 HCO3: 31. 1 BE: 3. 2 ÑACT: 1. 2 SIMETRICO. TORACOSTOMIA CLAMPEADA. ABD: BLANDO. NO DISTEDNIDO. SIN VÍA ROAL. DEP: 1 GU: PÉRSISTE CON TENDENCIA LA POLIURIA. SIN DIURETICO. ELEVE EDEMA GENERALZIADO. INFECC: SIN DISTERMIAS. CON HEMOGRAMA DE CONTROL: LEUC: 36540 CORREGIDOS: 29000 N: 39 L: 31 M: 19 E: 11 HB: 11. 7 HCTO: 32. 7 PLAQ: 175000 LECOSITOSIS EN DESCENSO CAMBIA DIFERENCIAL. PCR: 13. 42 EN DESCENSO POR AHORA IGUAL MANEJO ANTIBOTICO. HEMAT: NO SAGRADO ACTIVO. ANEMIA AUN SIN CRITERIO DE TRANSFUNDIR. VIGILANCIA ETRICTA MET: IONOGRAMA: NA: 133 CL: 93 K: 3. 81 CA: 1. 59 CON EVE HIPONATREMIA. SE AJUSTARÁ APORTE EN LA NTP. HIPERCALCEMIA. SE AJUSTARÁ APORTE TAMBIÉN. SNC: BAJO SEDACION CON MORFINA Y CON BOLOS DE RESCATE. EN OPCACIONES MOVIMIENTOS ESPONTANEOS. PACIENTE ATERMINO CON DX ANOTADOS, CON CHOQUE MULTIFACTORIAL MULTISOPORTAQDO. CON SOPORTE VENTIALOTRIO PROLOMGADO. REQIOERIPO DE AJUTE DE PARAMETROS VENTILAOTRIO. HA PERMANECIDO CON TENDENCIA ALA DESATUARCION Y NUEVAMENTE HIPERCAPNIA. COTNONUA SEDACION., SE DIMINUYE VCASOPRESINA. VIGILANCIA ETSRICTA. ALTO RIESGO DE NUEVA</p>	453-454

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>TRANSFUSIÓN DE GRE. COTNONUA MANEJO ANTIBOTICO SIN CAMBIOS. COTNONUA MONITERO INETSNIVO. APCOENTE CON ALTO RIESGO DE FALLECER.</p> <p>VASOPRESINA 0. 4CC/HORA</p> <p>MANEJO DINAMICPO DEL VENTILADOR</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: -</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CHOQUE.</p> <p>Firmado Por: ALICIA MARCELA TOBITO GUILLOT, CONS PEDIATRIA</p>	
17/01/2018 02:22 -		<p>Resumen de la atención: Plan de manejo: paciente en regulares condiciones generales, con pronóstico reservado. paciente a quien lo recibo saturando 83%, con tendencia a la desaturación hasta 71%. paciente conectado y acoplado a la ventilación mecánica dinámica con parámetros ventilatorios de: IPPV. fr. 60/fio2 al 100%/v. corriente. 16/peep. 7. 0/pim. 34/pip. 25/presión media de la vía aérea. 11/ presentando valores de saturación mayores al 79%. campos pulmonares sin agregados.</p> <p>2+00am. se realiza tratamiento de terapia respiratoria con maniobras de higiene bronquial con aceleración de flujo-vibración-higiene nasal. y aspiración de abundantes secreciones mucopurulentas. paciente con tendencia a la desaturación.</p> <p>paciente con soporte inotrópico y sedado y relajado. por orden médica.</p> <p>paciente a quien se cambia de posición a posición prono. tratamiento sin complicaciones.</p> <p>Firmado Por: DIANA LUCIA PEREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	455
17/01/2018 07:34		<p>MANEJADO CON PUNCIÓN INICIAL Y POSTERIOR TORACOSTOMIA DERECHA CERRADA CON RESOLUCIÓN DE ESTE EN CONTROLES RADIOGRAFICOS. HA RECIBIDO 3 DOSIS DE SURFACTANTE EXOGENO POR CONSUMO. CONTINUA CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO CONVENCIONAL, ACTUALMENTE EN DESCENSO DEL ÓXIDO NÍTRICO, Y EN PLAN DE CONTINUAR DESCENSO DE 1 PPM CDA 6 A HORAS. EN PRONO, REQUIRIÓ AUMENTO DEL LOS PARÁMETROS VENTILATORIOS, BAJO EFECTO DE SEDACION SIN RELAJACIÓN. ÚLTIMOS GASES VENOSOS (AYER), ACIDEMIA RESPIRATORIA CO ALCALOSIS METABÓLICA; Y RX DE TÓRAX DE AYER, PERSISTE CON OPACIDADES MIXTAS BILATERALES, IMPRESIÓN PULMON HEPATIZADO CON BUEN VOLUMEN PULMONAR. TERAPIA RESPIRATORIA INFORMA QUE LA SECRECIÓN AMARILLA, ADHERENTE, SE SOLICITA GRAM Y CULTIVO DE SECRECIÓN OROTRAQUEAL. TUBO DE TORACOSTOMIA CLAMPEADO SIN RECURRENCIA DE LA FUGA DE AIRE CON COMPROMISO PARENQUIMATOSO SEVERO MULTILÓBULO Y PERSISTENTE EN LOS CONTROLES RADIOGRÁFICOS. EN MANEJO ANTIBIOTICO BICONGUGADO DE AMPLIO ESPECTRO, AVALADO POR INFECTOLOGIA CON HEMOCULTIVOS NEGATIVOS TANTO INICIALES COMO DE CONTROL; Y EN SEGUIMIENTO A POLICULTIVOS (HEMOCULTIVO 1 Y 2,</p>	470

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>UROCULTIVO Y CULTIVO DE PUNTA DE CATETER ARTERIAL UMBILICAL) DEL 15/01/2018, PENDIENTE LECTURA DE HOY. CON EVOLUCION TORPIDA, CRITICO Y LABIL, REQUIRIO CAMBIO DE ESTRATEGIA VENTILATORIA Y AUMENTAR NIVEL DE SEDACION PARA ACOPLAR AL VENTILADOR. EN CONTROL DE ECOCARDIOGRAMA HIPERTENSION PULMONAR MODERADA CON DILATACION IMPORTANTE DE CAVIDADES DERECHAS Y CORTO CIRCUITO DE DERECHA A IZQUIERDA, EN PLAN DE DESCENSO LENTO DE SEDACION CON RESCATES A NECESIDAD, SIN PROFILAXIS DE SINDROME DE ABSTINENCIA. EN DESCENSO DEL SOPORTE VASOACTIVO, MANTENIENDO TENSIONALES MEDIAS ADECUADAS. PENDIENTE REPORTE DE NIVELES DE VANCOMICINA. EN REPOSO INTESTINAL, DRENAJE CLARO POR Sonda OROGASTRICA SIN EVIDENCIA DE SANGRADO ACTIVO; CON SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL, EUGLICEMICO, CON DISLIPIDEMIA Y COLESTASICO, AYER SE AJUSTARON APORTES EN LA NUTRICION PARENTERAL. EN CONTROL DE PARACLINICOS, HEMOGRAMA SIN CAMBIOS SIGNIFICATICOS EN RELACION A PREVIO DEL DIA ANTERIOR, PCR POSITIVA, PERO EN DESCENSO Y CORRECCION DE LA HIPOKALEMIA. EN SEGUIMIENTO DESDE EL PUNTO DE VISTA RENAL, DESCENSO PROGRESIVO EN LA CREATININA Y DEL GASTO MIXTO ALTO Y BALANCE MENOS NEGATIVO. SE AJUSTA APORTE HIDRICO TOTAL. EN MANEJO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO Y SEGUIMIENTO A POLICULTIVOS, PENDIENTE LECTURA DE HOY Y PENDIENTE NIVELES DE VANCOMICINA (DOSIS AJUSTADA A FALLA RENAL). NO HAY REGISTRO DE EPISODIOS DE MOVIMIENTOS ANORMALES NUEVAMENTE, CONTINUA CON FENOBARBITAL CON LAS DÓSIS CADA 12 HORAS. PRONÓSTICO VITAL RESERVADO, ALTO RIESGO DE MORBIMORTALIDAD POR COMPROMISO MULTISISTÉMICO CON QUE CURSA. EN LA VISITA SE DARA INFORMACION A LA MADRE.</p> <p>...</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: SOPORTE VENTILATORIO + SOPORTE VASOACTIVO. Firmado Por: LILIANA MARIA SAYAGO BOTELLO, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO</p>	
17/01/2018 12:04		<p>09:50 AM, SE REALIZA PERMEABILIZACION DE TOT, ASPIRANDO POR TOT CON SISTEMA DE SUCCION CERRADA #8 Y POR BOCA, OBTENIENDO MODERADA SECRECIÓN MUCOHERRUMBROSA AMARILLA POR TOT Y MUCOADHERENTE ABUNDANTE POR BOCA, RECUPERA LENTAMENTE SATURACIÓN DE OXÍGENO RECIBO BALA DE ON: 1. 300 ENTREGO BALA DE ON: 1. 280 COBRO DE OXÍGENO: 137. 400. Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTINEZ FAJARDO, TERAPIA RESPIRATORIA,</p>	470
17/01/2018 12:30		<p>Paciente de 9 días de vida, quien continua con soporte nutricional parenteral para evitar depleción de reservas grasas y musculares, que puedan comprometer el neurodesarrollo y crecimiento normal del neonato. Paciente con manejo de dislipidemia en corrección. Continuar con soporte nutricional parenteral - pasar nueva a 14 cc/h + nada vía oral por orden médica. Aporte calórico total: 221, 1 kcal totales, 70 kcal /kg con cubrimiento del 70 % del requerimiento nutricional. Continuar con manejo nutricional instaurado por vía parenteral hasta tolerancia de la vía oral. Se mantiene manejo instaurado hasta lograr una ganancia de 50 g de peso al día mínimo, y adecuada toleranciaa la vía oral.</p> <p>...</p>	472-474

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		Firmado Por: DAVID EDUARDO MURCIA LESMES, CONS NUTRICION - ADULTO	
17/01/2018 17:11		<p>MONITOREO DE CUIDADO INTENSIVO POR VENTILACIÓN MECÁNICA, SEPSIS Y SHOCK.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: ÓRDENES MÉDICAS SIN CAMBIOS: CUIDADO INTENSIVO EN AMBIENTE EUTERMICO CON MEDIDAS ANTIREFLUJO PROTOCOLO DE MÍNIMA MANIPULACIÓN</p> <p>NADA VÍA ORAL - Sonda OROGÁSTRICA A BOCAL</p> <p>NUTRICION PARENTERAL ACTUAL PASAR A 13 ML/HORA IV Y NUEVA PASAR A 14 ML/HORA IV (110 ML/KG/DIA)</p> <p>NOREPINEFRINA 4. 5 MG LLEVAR A 25 ML DE SOLUCION SALINA 0. 9%: PASAR A 0. 8 ML/HORA IV - MANTENER TAM SOBRE 50</p> <p>VASOPRESINA 5 UI LLEVAR A 24 ML DE SOLUCION SALINA 0. 9%: PASAR A 0. 3 ML/HORA IV - EN DESCENSO - MANTENER TAM SOBRE 50</p> <p>MILRINONE 3 MG LLEVAR A 24 ML DE SOLUCION SALINA 0. 9%: PASAR A 0. 4 ML/HORA IV - EN DESCENSO - MANTENER TAM SOBRE 50</p> <p>MORFINA 3. 6 MG EN 12 ML DE SOLUCION SALINA 0. 9%: PASAR A 0. 3 ML/HORA IV</p> <p>BOLOS DE RESCATE DE 200 MICROGRAMOS CADA 4 HORAS - PREVÍA VALORACION MEDICA</p> <p>FENOBARBITAL 7. 5 MG IV CADA 12 HORAS</p> <p>SIDENAFIL 6 MG POR Sonda OROGÁSTRICA CADA 6 HORAS</p> <p>CEFEPIME 150 MG IV CADA 8 HORAS - DIA 7 (INICIO 09/01/2018)</p> <p>VANCOMICINA 30 MG IV CADA 12 HORAS (INICIO 15/01/2018) - AJUSTADO A FALLA RENAL</p> <p>VENTILACIÓN INVASIVA - MANEJO DINAMICO - MANTENER SATO2 SOBRE 90%</p> <p>ÓXIDO NÍTRICO ACTUALMENTE EN 5 PPM - DESCENSO PROGRESIVO DE 1 PPM CADA 6 A 8 HORAS - PREVÍA VALORACIÓN MÉDICA</p> <p>LACTOBACILO REUTERI DAR 5 GOTAS VO CADA 24 HORAS</p> <p>PENDIENTE NIVELES VALLE - 30 MIN PREVIOS A 4TA DOSIS DE VANCOMICINA</p> <p>GLUCOMETRIA CADA 24 HORAS</p> <p>SEGUIMIENTO A HEMOCULTIVOS, UROCULTIVO Y CULTIVO DE PUNTA DE CATETER (15/01/2018)</p> <p>TERAPIA RESPIRATORIA POR TURNO O SEGUN NECESIDAD</p> <p>AVISAR CAMBIOS</p> <p>SE SOLICITAN GASES SANGUINEOS AHORA.</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: INTENSIVO POR VENTILACIÓN MECÁNICA, SEPSIS Y SHOCK.</p> <p>Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRÍA</p>	476-488
17/01/2018 17:12		<p>HA ESTADO CON SEDACION Y RELAJACIÓN, AHORA SOLO CON MORFINA EN INFUSION Y BOLOS. SE PERCIBEN ALGUNOS MOVIMIENTOS ESPASMÓDICOS POR LO CUAL SE INICIO MANEJO CON FENOBARBITAL, NO MUESTRA EPISODIOS ANORMALES.</p> <p>ÚLTIMOS GASES VENOSOS (AYER), ACIDEMIA RESPIRATORIA, CON ALCALOSIS METABÓLICA. RX DE TÓRAX DE AYER, INTERPRETADA CON OPACIDADES MIXTAS BILATERALES, IMPRESIÓN PULMON HEPATIZADO CON BUEN VOLUMEN PULMONAR.</p>	494-506

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>ESTÁ PENDIENTE GRAM Y CULTIVO DE SECRECIÓN OROTRAQUEAL. QUE AUN ESTAN AMARILLENTAS. PENDIENTE REPORTE DE NIVELES DE VANCOMICINA. ESTABLE DENTRO DE SU ESTADO CRITICO, CONTINUA CON PRONÓSTICO VITAL Y NEUROLOGICO MUY COMPROMETIDOS DEBIDO AL CUADRO CLINICO. MONITOREO DE CUIDADO INTENSIVO POR VENTILACIÓN MECÁNICA, SEPSIS Y SHOCK. Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: ORDENES MEDICAS SIN CAMBIOS: SE SOLICITAN GASES SANGUINEOS AHORA. Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: INTENSIVO POR VENTILACIÓN MECÁNICA, SEPSIS Y SHOCK. Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRIA</p>	
17/01/2018 17:12		<p>MONITOREO DE CUIDADO INTENSIVO POR VENTILACIÓN MECÁNICA, SEPSIS Y SHOCK. Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: ORDENES MEDICAS SIN CAMBIOS: SE SOLICITAN GASES SANGUINEOS AHORA. Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: INTENSIVO POR VENTILACIÓN MECÁNICA, SEPSIS Y SHOCK. Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRIA</p>	511
17/01/2018 19:30		<p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: ÓRDENES MÉDICAS SIN CAMBIOS: CUIDADO INTENSIVO EN AMBIENTE EUTERMICO CON MEDIDAS ANTIREFLUJO. MÍNIMA MANIPULACIÓN NADA VÍA ORAL - Sonda OROGASTRICA A BOCAL NUTRICIÓN PARENTERAL A 14 ML/HORA IV (110 ML/KG/DIA) NOREPINEFRINA 4. 5 MG LLEVAR A 25 ML DE SOLUCION SALINA 0. 9%: PASAR A 0. 7 ML/HORA IV VASOPRESINA 5 UI LLEVAR A 24 ML DE SOLUCION SALINA 0. 9%: PASAR A 0. 2 ML/HORA IV MILRINONE 3 MG LLEVAR A 24 ML DE SOLUCION SALINA 0. 9%: PASAR A 0. 3 ML/HORA IV MORFINA 3. 6 MG EN 12 ML DE SOLUCION SALINA 0. 9%: PASAR A 0. 3 ML/HORA IV FENOBARBITAL 7. 5 MG IV CADA 12 HORAS SIDENAFIL 6 MG POR Sonda OROGASTRICA CADA 6 HORAS CEFEPIME 150 MG IV CADA 8 HORAS - DIA 7 (INICIO 09/01/2018) VANCOMICINA 30 MG IV CADA 12 HORAS (INICIO 15/01/2018) - AJUSTADO A FALLA RENAL VENTILACIÓN INVASIVA - MANEJO DINAMICO - MANTENER SATO2 SOBRE 90% ÓXIDO NÍTRICO DESCENSO PROGRESIVO DE 1 PPM CADA 6 A 8 HORAS - PREVIA VALORACION MEDICA. BAJAR A 4PPM. LACTOBACILO REUTERI DAR 5 GOTAS VO CADA 24 HORAS PENDIENTE NIVELES VALLE - 30 MIN PREVIOS A 4TA DOSIS DE VANCOMICINA GLUCOMETRIA CADA 24 HORAS SEGUIMIENTO A HEMOCULTIVOS, UROCULTIVO Y CULTIVO DE PUNTA DE CATETER (15/01/2018)</p>	524

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		TERAPIA RESPIRATORIA POR TURNO O SEGUN NECESIDAD Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: INTENSIVO POR VENTILACIÓN MECÁNICA, SEPSIS Y SHOCK. Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRIA	
17/01/2018 23:15		Subjetivo, Objetivo, Análisis: SE APRECIA DISTENSION ABDOMINAL, SE EXAMINA Sonda ENCONTRANDO ACODADURA, SE PROCEDE A CAMBIARLA POR UNA Sonda 10, RECUPERANDO 12CC DE LIQUIDO ASPECTO SEROHEMATICO ANTIGUO, CUNCHO DE CAFE, SE REALIZA LAVADO GASTRICO CON 20CC DE SOLUCION SALINA, SE DEJA A DRENAJE. EN EL MOMENTO DESATURACIÓN EN 78-80 UN POCO DESACOPLO DEL VENTILADOR, SE ADMINISTRARÁ BOLO DE MORFINA ORDENADO. Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: ÓRDENES: 1. - CAMBIO DE Sonda A UNA CALIBRE 10. 2. - LAVADO GÁSTRICO CON SSN 20CC 3. - BOLO DE MORFINA 200MCG IV AHORA Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRIA	530-534
17/01/2018 23:15 -		PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO, ACTIVO REACTIVO. CON ADECUADA EXPANSIÓN TORÁCICA, QUIEN A LA AUSCULTACIÓN PRESENTA ESTERTORES FINOS DISEMINADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SE REALIZA DRENAJE BRONQUIAL, ACELERACION DE FLUJO, VIBRACION, LAVADO Y SUCCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL, NARIZ Y BOCA CON GUANTES ESTERILES, JERINGA DE 10 CC, Sonda DE SUCCION ABIRTA No 8, OBTENIÉNDOSE ABUNDANTES SECRECIONES MUCOSANGUIONLENTAS, SE AVISA AL DR QUIÑONES SIN COMPLICACIONES, DEJO PACIENTE ESTABLE. *** COBRO DE OXÍGENO TURNO NOCHE VENTILACIÓN MECÁNICA: 144. 600. Firmado Por: CLAUDIA MARCELA CARREÑO SALAZAR, TERAPIA RESPIRATORIA	535
18/01/2018 00:06		PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO, ACTIVO REACTIVO. CON ADECUADA EXPANSIÓN TORÁCICA, QUIEN A LA AUSCULTACIÓN PRESENTA ESTERTORES FINOS DISEMINADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SE REALIZA DRENAJE BRONQUIAL, ACELERACION DE FLUJO, VIBRACION, LAVADO Y SUCCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL, NARIZ Y BOCA CON GUANTES ESTERILES, JERINGA DE 10 CC, Sonda DE SUCCION ABIRTA No 8, OBTENIÉNDOSE ABUNDANTES SECRECIONES MUCOSANGUIONLENTAS, SE AVISA AL DR QUIÑONES SIN COMPLICACIONES, DEJO PACIENTE ESTABLE. *** COBRO DE OXÍGENO TURNO NOCHE VENTILACIÓN MECÁNICA: 144. 600. Firmado Por: CLAUDIA MARCELA CARREÑO SALAZAR, TERAPIA RESPIRATORIA	535
18/01/2018 08:06		NEONATO A TERMINO DE 10 DIAS DE VIDA, CRITICO CON HIPERTENSION PULMONAR EN MANEJO Y CHOQUE MIXTO, DEPENDIENTE DEL SOPORTE VENTILATORIO Y VASOACTIVO, EN PLAN DE DESMONTE DEL ÓXIDO NÍTRICO. ESTA MAÑANA SE REALIZO CONTROL DE ECOCARFIOGRAMA QUE REPORTE	536-552

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>DESCENSO DE LA HIPERTENSION PULMONAR CON PERSISTENCIA DE DILATACIÓN DE CAVIDADES DERECHAS SECUNDARIA Y FORAMEN OVALE PERMEABLE CON DUCTUS ARTERIOSO PEQUEÑO E INSUFICIENCIA AORTICA LEVE CON BUENA FUNCIÓN BIVENTRICULAR. HA TOLERADO DESCENSO PROGRESIVO DEL SOPORTE VASOACTIVO, EN PLAN DE SUSPENDER MILRINONE Y VASOPRESINA Y CONTINUAR DESCENSO, SEGUN TOLERANCIA DE LA NOREPINEFRINA. CON ALTO RIESGO DE MORBIMORTALIDAD Y ALTO RIESGO NEUROLÓGICO. DESDE EL PUNTO DE VISTA RESPIRATORIO, CONTINUA CON SOPORTE VENTILATORIO, EN EL MOMENTO CON MAYOR ESFUERZO RESPIRATORIO ESPONTÁNEO POR LO QUE SE CAMBIA MODO VENTILATORIO A SIMV + PS CON SEGUIMIENTO ESTRICTO DEL PATRÓN RESPIRATORIO Y OXIMETRÍAS. EN CONTROLES RADIOGRÁFICOS PERSISTE PULMÓN HEPATIZADO, SE INDICA RETIRO DEL TUBO DE TORACOSTOMIA QUE HA ESTADO CLAMPEADO. CON CONTROL DE RX DE TÓRAX EN LA TARDE JUNTO CON GASES DE CONTROL. EN LOS ÚLTIMOS GASES MEJORÍA DE LA ALCALOSIS METABÓLICA Y LACTATO.</p> <p>DESDE EL PUNTO DE VISTA INFECCIOSO, COMPLETO 7 DÍAS DE CEFEPIME POR LO QUE SE DECIDE SUSPENDER Y CONTINUAR ESQUEMA CON VANCOMICINA, REPORTE PRELIMINAR DE CULTIVOS VAN NEGATIVOS (HEMO 1 Y 2 Y URO) CON COCOS GRAM POSITIVOS EN PUNTA DE CATETER, PENDIENTE LECTURA DE CULTIVO DE SECRECIÓN OROTRAQUEAL. EN ESPERA DE LECTURA DE HOY Y TIPIFICACIÓN DEL GERMEN GRAM POSITIVO. TERAPIA RESPIRATORIA INFORMA QUE CONTINUA CON SECRECIÓN AMARILLA Y ADHERENTE, CON RESTOS DE SANGRADO ANTIGUO, ANOCHE, REFIEREN SANGRADO FRESCO. CON EVOLUCIÓN MUY LENTA HACIA LA ESTABILIDAD, CONTINUA CRÍTICO, UN POCO MENOS LABIL. EN CONTROL DE ECOCARDIOGRAMA MEJORÍA DE LA HIPERTENSION PULMONAR SIN REMITIR TOTALMENTE Y CON PERSISTENCIA DE DILATACIÓN DE CAVIDADES DERECHAS, EN PLAN DE SUSPENDER MILRINONE Y VASOPRESINA Y DESCENSO PROGRESIVO DE LA NOREPINEFRINA. SE DISMINUYE SEDACIÓN EN INFUSIÓN CONTINÚA CON MORFINA Y SE DEJA MANEJO CON BOLOS POR HORARIO Y PREVIA VALORACIÓN MÉDICA.</p> <p>CON SEGUIMIENTO ESTRICTO POR ALTO RIESGO DE SÍNDROME DE ABSTINENCIA SECUNDARIO, INICIALMENTE, SE MANEJADA CON MORFINA EN BOLOS. PENDIENTE REPORTE DE NIVELES DE VANCOMICINA. CONTINÚA EN REPOSO INTESTINAL CON DISTENSIÓN ABDOMINAL, AUNQUE EL ABDOMEN ES BLANDO Y NO IMPRESIÓN A DOLOROSO. PENDIENTE TOMAR CONTROL DE PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA EL PRÓXIMO LUNES ANTES SI EL ESTADO CLÍNICO LO AMERITA, POR DISLIPIDEMIA Y COLESTASIS. CONTINUA CON FENOBARBITAL SIN REGISTRO DE EPISODIOS DE MOVIMIENTOS ANORMALES, SE DEJA DOSIS ÚNICA EN LA NOCHE.</p> <p>PRONÓSTICO VITAL RESERVADO, ALTO RIESGO DE MORBIMORTALIDAD POR COMPROMISO MULTISISTÉMICO CON QUE CURSA. EN EL MOMENTO NO SE ENCUENTRA ACOMPAÑADO POR LOS PADRES, EN ESPERA DE LA VISITA PARA DAR INFORMACIÓN.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECÍFICA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: CUIDADO INTENSIVO</p> <p>...</p>	
--	--	---	--

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: SOPORTE VENTILATORIO + SOPORTE VASOACTIVO. Firmado Por: LILIANA MARIA SAYAGO BOTELLO, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO	
18/01/2018 09:11		SS/ CONTROL DE ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR PARA EVALUAR SANGRADO EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL DE CONTROL POR ALTO RIESGO NEUROLÓGICO SS/ ECOCAORDIOGRAMA DE CONTROL (YA) RESTO SIN CAMBIOS Firmado Por: LILIANA MARIA SAYAGO BOTELLO, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO	552
18/01/2018 11:31		ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR DE CONTROL DENTRO DE LÍMITES NORMALES RESTO SIN CAMBIOS Firmado Por: LILIANA MARIA SAYAGO BOTELLO, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO	552
Fecha: 18/01/2018 14:34		MORFINA 200 MICROGRAMOS IV CADA 4 HORAS - PREVIA VALORACIÓN MÉDICA FENOBARBITAL 15 MG IV CADA 24 HORAS - EN LA NOCHE SIDENAFIL 6 MG POR Sonda OROGASTRICA CADA 6 HORAS VANCOMICINA 30 MG IV CADA 12 HORAS (INICIO 15/01/2018) - AJUSTADO A FALLA RENAL VENTILACIÓN INVASIVA - MANEJO DINAMICO - MANTENER SATO2 SOBRE 90% ÓXIDO NÍTRICO ACTUALMENTE EN 3 PPM - DESCENSO PROGRESIVO DE 1 PPM CADA 6 HORAS - PREVIA VALORACIÓN MÉDICA HASTA SUSPENDER LACTOBACILO REUTERI DAR 5 GOTAS VO CADA 24 HORAS ... PENDIENTE NIVELES VALLE - 30 MIN PREVIOS A 4TA DÓISIS DE VANCOMICINA GLUCOMETRIA CADA 24 HORAS SEGUIMIENTO A HEMOCULTIVOS, UROCULTIVO Y CULTIVO DE PUNTA DE CATETER (15/01/2018) SEGUIMIENTO A CULTIVO DE SECRECIÓN OROTRAQUEAL PTE RX DE TÓRAX Y ABDOMEN - EN LA MANIPULACIÓN DE LA TARDE LABORATORIOS CON REACTANTES Y GASES MANIPULACIÓN AM TERAPIA RESPIRATORIA POR TURNO O SEGUN NECESIDAD AVISAR CAMBIOS Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO NEONATAL. Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA - NEONATO	554-563
18/01/2018 18:25		Plan de manejo: HORA 2+00PM SE OBSERVA PACIENTE TRANQUILO, CONTINÚA CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN MODO DE SIMV +PS, CON PARAMETROS DE FR 60 FIO2 1. 0 FLUJO 17 VTE GARANTIZADO 16 PEEP 7 PSV 15 PIM 34 MEDIA 14 T. 0. 35. CON ÓXIDO NÍTRICO DE 2, SE OBSERVA DESPIERTO CON RESPIRACIONES ESPONTANEAS, CON RETIRO DE TUBO DE TÓRAX EN LAS HORAS DE LA MAÑANA, TOMAN RADIOGRAFIA DE TÓRAX DE CONTROL SE ESPERA REPORTE, SE OBSERVA MOVILIDAD TÓRAXICA SIMETRICA, CON AUSCULTACIÓN DE ESTERTORES BRONQUIALES CENTRADOS, SE REALIZA ACELERACION DEL FLUJO, VIBRACION Y DRENAJE POSTURAL MAS HGIENE BRONQUIAL POR TUBO, NARIZ Y BOCA SE OBTIENEN SECRECIONES MUCOIDES HERRUMBROSAS, MODERADAS, SE DEJA ESTABLE SIN COMPLICACIÓN. SE TOMARÁ GASES EN LA MADRUGADA SEGÚN ÓRDEN MEDICA. CONTINUA CON ÓXIDO NÍTRICO EN DESCENSO, RECIBO BALA EN 1. 150 ENTREGO EN 1. 120 GASTO 30. Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA	567-568

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

18/01/2018 21:01	Orden de Noradrenalina	<p>Análisis clínico y Objetivos terapéuticos: Neonato a término, con múltiples comorbilidades, crítico, lábil, respiratorio con ventilación mecánica + Óxido nítrico, inestable, aun parámetros altos, con HTP moderada, manejo con Óxido nítrico y sildenafil, presenta hacia los 21- 20 episodio de desaturación + bradicardia al examen físico con sangrado moderado por TOT, se recupera con bolsa autoinflable, se indica adrenalina intratraqueal una dosis, se ajusta parámetros del ventilador, con recuperación lenta (hemorragia); hemodinámico con perfusión distal deficiente, soporte con noradrenalina, tensiones medias dentro de meta; Infeccioso manejo antibiótico con vancomicina, policultivos en seguimiento.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: P073 - OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, P369 - SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), R579 - CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, P221 - TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Presión arterial (mmHg): 81/53, Presión arterial media (Mmhg): 62 Frecuencia cardiaca (Lat./Min): 143 Frecuencia respiratoria (Respe/Min): 60 temperatura(°C): 36. 7 Saturación de oxígeno (%): 91 Peso(G): 3220 Talla (Cm): 51 Índice de masa corporal (Kg/M2): 12. 38 Superficie corporal(M2): 0. 21.</p> <p>Justificación para que el paciente continente hospitalizado: Critico, lábil. alto riesgo de mortalidad</p> <p>Soporte ventilatorio dinámico, vigilancia de sangrado</p> <p>Soporte vasopresor}: Noradrenalina</p> <p>Plan de manejo: Critico, lábil</p> <p>Soporte ventilatorio dinámico, vigilancia de sangrado</p> <p>Soporte vasopresor}: Noradrenalina.</p> <p>Firmado Por: DANNY FERNANDO SALAMANCA FLOREZ, CONS PEDIATRIA</p>	568-570
19/01/2018 00:40		<p>Rx abdomen y tórax:</p> <p>Reporte: Distensión de la cámara gástrica. No se identifican niveles hidroaéreos, neumatosis intestinal, neumoperitoneo o gas portal. Los planos grasos pre y retroperitoneales se encuentran preservados. Estructuras óseas y tejidos blandos visualizados no demuestran alteración.</p> <p>En comparación con los estudios previos persisten las opacidades de tipo mixto asociado a la presencia de vidrio esmerilado en ambos parénquimas pulmonares. Tubo endotraqueal en adecuada posición.</p> <p>Firmado Por: DANNY FERNANDO SALAMANCA FLOREZ, CONS PEDIATRIA</p>	571
19/01/2018 01:07		<p>Plan de manejo: recibo paciente en aceptables condiciones generales, todavía con dosis de morfina cada 4 horas. le cambiaron a modo ventilatorio SIMV + presión de soporte. siendo las 9+20pm. y aun sin haberlo manipulado paciente quien presenta sangrado fresco y abundante por tubo orotraqueal, lo cual lo descompensa presentado de saturaciones 41% con bradicardia 118, con los cuales se realiza aumento de parámetros ventilatorios como peep. a 8 cms de agua y presión máxima 34. paciente a quien se le aspira la sangre por tubo orotraqueal (10cms) y por orden medica se le pasa por tubo orotraqueal 0. 3 de adrenalina pura para calmar el sangrado. paciente quien se ha ido recuperando poco a poco de saturación. sin bradicardia en el momento.</p> <p>continua con soporte con noradrenalina /sildenafil /omeprazol/morfina. hemodinámicamente estable, a pesar del sangrado. se vigilan cambios en el patrón respiratorio. tratamiento sin complicaciones. 15. 600.</p> <p>Firmado Por: DIANA LUCIA PEREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	573
19/01/2018 03:20 -		<p>Diagnósticos activos después de la nota: P073 - OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, P369 - SEPSIS BACTERIANA DEL</p>	573-574

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA (En Estudio), R579 - CHOQUE, NO ESPECIFICADO, P221 - TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Presión arterial (mmHg): 52/32, Presión arterial media (Mmhg): 38 Frecuencia cardiaca (Lat./Min): 126 Frecuencia respiratoria (Respe/Min): 60 temperatura(°C): 36. 2 Saturación de oxígeno (%): 80 Peso(G): 3220 Talla (Cm): 51 Índice de masa corporal (Kg/M2): 12. 38 Superficie corporal(M2): 0. 21.</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA, AYUNO, ANEMIA CON REPRCUSION CRITICO ALTO RIESGO DE MORTALIDAD</p> <p>Plan de manejo: PLAN</p> <p>Transfundir 30cc de GRE, pasar en 3 hrs</p> <p>Firmado Por: DANNY FERNANDO SALAMANCA FLOREZ, CONS PEDIATRIA</p>	
19/01/2018 09:39		<p>NEONATO A TERMINO DE 11 DÍAS DE VIDA, FRUTO DE MADRE DE 35 AÑOS, G3P3, EMBARAZO A TERMINO CONTROLADO EN 4 OCASIONES, CULTIVO RECTO VAGINAL MATERNO POSITIVO PARA ST AGALACTIAE. EN MANEJO POR HIPERTENSION PULMONAR CON SOPORTE TANTO VASOACTIVO COMO VENTILATORIO Y ÓXIDO NÍTRICO. CON MULTIPLES COOMORBILIDADES EN MANEJO Y SEGUIMIENTO, CRÍTICO, MENOS LABIL AL ESTIMULO EXTERNO, ANOCHE PRESENT´O NUEVAMENTE SANGRADO POR TUBO OROTRAQUEAL SIN EVIDENCIA EN EL MOMENTO DE SANGRADO ACTIVO. SE AJUSTA VOLUMEN DE LA TRANSFUSIÓN A 20 ML/KG, EN EL MOMENTO SE INICIA TRANSFUSIÓN DE GLOBULOS ROJOS SIN COMPLICACIONES.</p> <p>HA TOLERADO DESCENSO Y DESMONTE DEL SOPORTE VASOACTIVO CON VASOPRESINA Y MULRINOME Y EN CONTINUA EN DESCENSO DE LA NOREPINEFRINA MANTENIENDO CIFRAS TENSIONALES MEDIAS SOBRE, EN PLAN DE CONTINUAR DESCENSO HASTA SUSPENDER. DESDE EL PUNTO DE VISTA RESPIRATORIO, CONTINUA DEPENDIENTE DEL SOPORTE VENTILATORIO SIN PERMITIR DESCENSO DE PARAMETROS, HOY SE RETIRO EL ÓXIDO NÍTRICO. CONTINUA CON SILDENAFIL COMO MANEJO COADYUVANTE Y PARA EVITAR REBOTE DE LA HIPERTENSION PULMONAR. LLAMA LA ATENCIÓN EN SEGUIMIENTO RADIOGRAFICO PULMONAR, PERSISTENCIA DE OPACIDADES MIXTAS - HEPATIZACION PULMONAR BILATERAL EL CULTIVO DE SECRECION OROTRAQUEAL PRELIMINAR VA NEGATIVO. ECOCARDIOGRAMA DE AYER, CON MEJORÍA DE LA HIPERTENSION PULMONAR.</p> <p>LA SEDACION CON MORFINA EN INFUSION CONTINUA FUE RETIRADA, QUEDA EN BOLOS. AL EXAMEN FISICO CON HEPATOMEGALIA CON BORDE HEPATICO PALPABLE 4 CM POR DEBAJO DEL REBORDE COSTAL DERECHO. SE SOLICITA ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL. DESDE EL PUNTO DE VISTA INFECCIOSO-CONTINUA EN MANEJO ANTIBIOTICO CON VANCOMICINA, POLICULTIVOS CON REPORTE PRELIMINAR NEGATIVO, A EXCEPCION DE PUNTA DE CATETER CON AISLAMIENTO DE GERMEN GRAM POSITIVO, EN ESPERA DE TIPIFICACION. SE DECIDE AMPLIAR ESTUDIOS CON IGG E IGM PARA STORCH Y TOMA DE ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL, JUNTO CON MUESTRA PARA GASES. POR DISLIPIDEMIA Y COLESTASIS SE AJUSTARON APORTES EN LA NUTRICION PARENTERAL, HA ESTADO EUGLICEMICO. POR AYUNO PROLONGADO Y ANTECEDENTE DE SANGRADO, SE DEJA DOSIS DE FITOMENADIONA. NO HA PRESENTADO NUEVOS EPISODIOS DE MOVIMIENTOS ANORMALES, EN MANEJO CON</p>	575-585

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>FENOBARBITAL. UNA VEZ ESTE ESTABLE SE AMPLIARÁ ESTUDIOS CON NEUROIMAGENES Y ELECTROENCEFALOGAMA.</p> <p>ALTO RIESGO DE MORBIMORTALIDAD Y PRONÓSTICO A ESTABLECER. SE DA INFORMACIÓN A LA MADRE SOBRE EL ESTADO DEL PACIENTE, RIESGOS Y MANEJO A SEGUIR, DICE ENTENDER.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).</p> <p>...</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CONTINÚA HOSPITALIZADO EN CUIDADO INTENSIVO POR SOPORTE VENTILATORIO Y VASOACTIVO. CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO.</p> <p>Firmado Por: LILIANA MARIA SAYAGO BOTELLO, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO</p>	
19/01/2018 10:01		<p>SE EXPLICA A LA MADRE ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE, RIESGOS Y MANEJO A SEGUIR, Y NECESIDAD DE LA TRANSFUSIÓN Y RIESGOS.</p> <p>LA MADRE FIRMÓ CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUNDIR</p> <p>Firmado Por: LILIANA MARIA SAYAGO BOTELLO, CONS PEDIATRIA - PEDIATRIA - NEONATO</p>	590
19/01/2018 12:32		<p>SOAP: PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, LABIL A LA MANIPULACIÓN, CON VENTILACIÓN MECÁNICA CONVENCIONAL, EN SIMV+PS+VG, CON VOLUMEN GARANTIZADO A 16 ML, Y ÓXIDO NÍTRICO A 1 PPM, EL CUAL SE SUSPENDE A LAS 8:00</p> <p>AM, CON PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS, CON AMPLITUD DEL TÓRAX NORMAL Y EXPANSIBILIDAD TORACICA SIMÉTRICA. A LA AUSCULTACIÓN PRESENTA MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES</p> <p>Plan de manejo: 10:00 AM, SE REALIZA PERMEABILIZACION DE TOT, ASPIRANDO POR TOT CON SISTEMA DE SUCCIÓN CERRADA #8 Y POR BOCA, OBTENIENDO MODERADA SECRECIÓN MUCOHERRUMBROSA FLUIDA POR TOT Y MUCOADHERENTE ABUNDANTE POR BOCA.</p> <p>DEJO BALA DE ON: 1. 100</p> <p>COBRO DE OXÍGENO: 166. 200.</p> <p>Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTINEZ FAJARDO, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	590
19/01/2018 12:32 -		<p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, LABIL A LA MANIPULACIÓN, CON VENTILACIÓN MECÁNICA CONVENCIONAL, EN SIMV+PS+VG, CON VOLUMEN GARANTIZADO A 16 ML, Y ÓXIDO NÍTRICO A 1 PPM, EL CUAL SE SUSPENDE A LAS 8:00 AM, CON PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS, CON AMPLITUD DEL TÓRAX NORMAL Y EXPANSIBILIDAD TORACICA SIMETRICA. A LA AUSCULTACION PRESENTA MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES</p> <p>Sin resultados nuevos</p> <p>Temperatura(°C): 36 Saturación de oxígeno (%): 80 Peso(G): 3220</p> <p>Plan de manejo: 10:00 AM, SE REALIZA PERMEABILIZACION DE TOT, ASPIRANDO POR TOT CON SISTEMA DE SUCCION CERRADA #8 Y POR BOCA, OBTENIENDO MODERADA SECRECION MUCOHERRUMBROSA FLUIDA POR TOT Y MUCOADHERENTE ABUNDANTE POR BOCA.</p> <p>DEJO BALA DE ON: 1. 100</p> <p>COBRO DE OXÍGENO: 166. 200.</p> <p>Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTÍNEZ FAJARDO, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	591

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

19/01/2018 14:55		<p>Análisis de resultados: *** CONCEPTO: SAMUEL AMPLIAMENTE CONOCIDO CON COMPROMISO NEUMOCO SEVERO PARENQUIMA PERSISTE CONSOLIDADO CASI EN SU TOTALIDAD EN CONTORL RADIOLOGICO DE HOY. EL CHOQUE REFRACTARIO FUE SUPERADO Y LA FUGA DE AIRE NO RECURRE POST RETIRO DE TORACOSTOMIA. AUN CON SEDACION BOLOS MEJORANDO LA HTP SEVERA YA SUSPENDIDO ÓXIDO NÍTRICO. HOY SE AMPLIARON ESTUDIOS DE STORCH IgG E IGM (HERPES I II / VARICELA /TOXOPLASMA/CMV). TIENE SIFILIS Y VIH DE ÚLTIMO TRIMESTRE NEGATIVOS EN PROCESO. HA REQUERIDO MULTIPLES TRANSFUSIONES GRE LEUCORREDUCIDOS E IRRADIADOS ÚLTIMA HOY 19/01 SIN COMPLICACIONES. HA PRESENTADO EVENTOS DE SANGRADO POR TOT DE FORMA INTERMITENTE EN VIGILANCIA</p> <p>AUN PARAMETROS ALTOS AL VENTILADOR, PERO CON ADECUADAS SATURACIONES Y MENOR LABILIDAD. TIENE CUBRIMEINTO VANCOMICINA COMO UNICO AISLAMIENTO A LA FECHA S EPIDERMIDIS EN PUNTA DE CATETER (SENSIBLE A VANCO MIC 1). PTE NIVELES DE VANCOMICINA (17/01). NO SIRS CLINICO ACTUAL. DISMETABOLIA Y COLESTASIS EN MANEJO AJUSTES NPT PTE PROGRAMAR CICLADO Y SEGUN EVOLUCION DESCNESO DE SEDACION Y PROFILAXIS SX ABSTINENCIA.</p> <p>NO SE REALIZAN CAMBIOS EN ANEJO INSTAURADO MINIMA MANIPULACIÓN.</p> <p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: ***CUIDADO INTENSIVO NEONATAL ***</p> <p>...</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: NO REALIZO CAMBIOS EN MANEJO INSTAURADO</p> <p>EN PROCESO STORCH IgG E IGM (HERPES I II / VARICELA /TOXOPLASMA/CMV). TIENE SIFILIS Y VIH DE ULTIMO TRIMESTRE NEGATIVOS</p> <p>PTE ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL.</p> <p>SEGUIMIENTO POLICULTIVOS.</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO NEONATAL VENTILACIÓN MECÁNICA.</p> <p>Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRIA - NEONATO</p>	603-605
19/01/2018 16:15		<p>Análisis clínico y Objetivos terapéuticos: Interconsulta - Paciente en seguimiento por adaptación RN en dificultades respiratorias y proceso extremo. Se observa madre asumiendo de manera más estable emocionalmente y capacidad de seguimiento de instrucciones a pesar de que presentó recaída de salud recibiendo apoyo. Se continua apoyo emocional y proceso de adaptación respuesta para que el vínculo madre e hijo se continúe fortaleciendo.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: P073 - OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, P369 - SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), R579 - CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, P221 - TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Talla (Cm): 51.</p> <p>Firmado Por: ZORAIDA REY, CONS PSICOLOGÍA</p>	605
19/01/2018 21:27		<p>NEONATO A TERMINO FRUTO DE MADRE DE 35 AÑOS, G3P3, EMBARAZO A TERMINO CONTROLADO EN 4 OCASIONES, CULTIVO RECTO VAGINAL MATERNO POSITIVO PARA ST AGALACTIAE. EN MANEJO POR HIPERTENSION PULMONAR CON SOPORTE TANTO VASOACTIVO COMO VENTILATORIO Y</p>	608-612

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>ÓXIDO NÍTRICO. CON MULTIPLES COOMORBILIDADES EN MANEJO Y SEGUIMIENTO. CONTINUA DEPENDIENTE DEL SOPORTE VENTILATORIO SIN PERMITIR DESCENSO DE PARÁMETROS, HOY SE RETIRO EL ÓXIDO NÍTRICO. CONTINÚA CON SILDENAFIL COMO MANEJO COADYUVANTE Y PARA EVITAR REBOTE DE LA HIPERTENSION PULMONAR. LLAMA LA ATENCIÓN EN SEGUIMIENTO RADIOGRAFICO PULMONAR, PERSISTENCIA DE OPACIDADES MIXTAS HEPATIZACIÓN PULMONAR BILATERAL. ANOCHE PRESENTÓ NUEVAMENTE SANGRADO POR TUBO OROTRAQUEAL. ECOCARDIOGRAMA DE AYER, CON MEJORÍA DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR. HA TOLERADO LA SUSPENSIÓN DE VASOPRESINA Y MILRINOME, PERO EN LA TARDE AL INTENTAR DESCENSO DE LA NOREPINEFRINA, MOSTRÓ CAIDA DE LAS TENSIONES ARTERIALES POR LO CUAL SE CONTIN´OA SU ADMINISTRACION A 4ML/H, CON LO CUAL ESTA MANTENIENDO CIFRAS TENSIONALES MEDIAS SOBRE 45. ESTA MAÑANA SE REALIZA TRANSFUSIÓN DE GLOBULOS ROJOS SIN COMPLICACIONES. LA SEDACIÓN CON MORFINA ESTÁ POR BOLOS A NECESIDAD, NO HA PRESENTADO NUEVOS EPISODIOS DE MOVIMIENTOS ANORMALES, EN MANEJO CON FENOBARBITAL. EN EL EXAMEN MUESTRA HEPATOMEGALIA POR LO QUE SE SOLICITA ECOGRAFÍA ABDOMINAL TOTAL. POR DISLIPIDEMIA Y COLESTASIS SE AJUSTARON APORTES EN LA NUTRICION PARENTERAL. HA ESTADO EUGLICEMICO. POR AYUNO PROLONGADO Y ANTECEDENTE DE SANGRADO, SE ADMINISTRA UNA DÓISIS DE VITAMINA K. CONTINUA EN MANEJO ANTIBIOTICO CON VANCOMICINA, POLICULTIVOS CON REPORTE PRELIMINAR NEGATIVO, A EXCEPCION DE PUNTA DE CATETER CON AISLAMIENTO DE S EPIDERMIDIS, SENSIBLE A VANCO MIC 1. PTE NIVELES DE VANCOMICINA (17/01). SE DECIDE AMPLIAR ESTUDIOS CON IGG E IGM PARA STORCH, IgG E IGM (HERPES I II / VARICELA /TOXOPLASMA/CMV). TIENE SIFILIS Y VIH DE ÚLTIMO TRIMESTRE NEGATIVOS. EL CULTIVO DE SECRECIÓN OROTRAQUEAL PRELIMINAR VA NEGATIVO. AUN CON MUCHA LABILIDAD POR DESATURACIÓN ANTE LA MANIPULACIÓN, PRONÓSTICO VITAL Y NEUROLOGICO MUY COMPROMETIDOS POR EVOLUCIÓN Y ENFERMEDADES DE BASE. MONITOREO DE CUIDADO INTENSIVO POR VENTILACIÓN MECÁNICA.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECIFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECIFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>...</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CUIDADO INTENSIVO POR VENTILACIÓN MECÁNICA.</p> <p>Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRIA</p>	
20/01/2018 03:16		<p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, EDEMATIZADO, MAS DESPIERTO, LABIL A LA MANIPULACIÓN, CON VENTILACIÓN MECÁNICA CONVENCIONAL, EN SIMV+PS+VG, CON VOLUMEN GARANTIZADO A 16 ML, TOLERO EL RETIRO DEL ÓXIDO NÍTRICO DESDE ESTA MAÑANA, CON PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS, CON AMPLITUD DEL TÓRAX NORMAL Y EXPANSIBILIDAD TORACICA SIMETRICA. A LA AUSCULTACION PRESENTA MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES</p> <p>Sin resultados nuevos</p> <p>Temperatura(°C): 36. 2 Saturación de oxígeno (%): 92 Peso(G): 3220</p>	629

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>Plan de manejo: 03:00 AM, SE REALIZA PERMEABILIZACION DE TOT, ASPIRANDO POR TOT CON SISTEMA DE SUCCION CERRADA #8 Y POR BOCA, OBTENIENDO MODERADA SECRECION MUCOHERRUMBROSA FLUIDA POR TOT Y MUCOADHERENTE ABUNDANTE POR BOCA.</p> <p>Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTINEZ FAJARDO</p>	
20/01/2018 18:43		<p>Diagnósticos activos antes de la nota: OTROS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECIFICADA (En Estudio), TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO.</p> <p>...</p> <p>Plan de manejo: HORA 2+45PM SE OBSERVA PACIENTE HOY CRITICO, PERO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CON POSIBLE COMPROMISOS DE VARIOS ORGANOS, HOY CON POCA DIURESIS, SE OBSERVA MUY EDEMATIZADO GENERALIZADO, DESPIERTO CON PARÁMETROS SIN CAMBIOS DESDE LA MAÑANA, CON GASES DE CONTROL CON PH 7. 0 PO2 27. 9 CO2 57. 8</p> <p>CHO3 17. 3 BE -12. 9 SAT 32% VENOSOS, CON SIGNOS VITALES DE FC 140 POR MIN Y SATURACIÓN DE 92%, CON AUSCULTACION DE ESTERTORES BRONQUIALES CENTRADOS, SE REALIZA ACELERACIÓN DEL FLUJO, VIBRACIÓN Y DRENAJE POSTURAL MAS HIGIENE BRONQUIAL POR TUBO NARIZ Y BOCA SE OBTIENEN SECRECIONES HERRUMBROSAS CON TACOS SANGUINOLENTOS NO ACTIVOS, EN GRAN CANTIDAD SE DEJA QUIETO SIN DESCOMPENSACIÓN EN EL PROCEDIMIENTO.</p> <p>ENFERMERÍA PASA Sonda VESICAL Y BOLO DE MORFINA. DEJO QUIETO.</p> <p>Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	649
20/01/2018 19:02		<p>ANÁLISIS:</p> <p>PACIENTE FRUTO DE MADRE CON REPORTE DE CULTIVO RECTOVAGINAL 05/01/18 POSITIVO PARA S. AGALACTIAE, REPORTE RECLAMADO LUEGO DEL NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO A TERMINO QUE PRESENTA NEUMONIA CONGENITA CON COMPROMISO MULTILobar, SEPSIS, FALLA VENTILATORIA SEVERA CON PRESENCIA DE NEUMOTÓRAX PARA LO CUAL SE REALIZA TORACOSTOMIA CERRADA DERECHA (10/01) CON RESOLUCIÓN DEL NEUMOTÓRAX. SE ADMINISTRARON TRES DOSIS DE SURFACTANTE (ULTIMA 12/01), CONTINUA EN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA, PERMITIENDO LENTA DISMINUCIÓN DE PARÁMETROS VENTILATORIOS, PERO AUN MUY LABIL VENTILATORIAMENTE CON DESTURACIONES PROFUNDAS Y LENTA RECUPERACIÓN. PRESENTA CHOQUE MIXTO REFRACTARIO A LAS CATECOLAMINAS POR LO QUE RECIBIÓ CORTICOIDE SISTEMICO, SE MANTIENE EN INOTROPIA CON NOREPINEFRINA. SE INICIO SILDENAFIL. ÚLTIMO ECPCARDIOGRAMA DEL 18/01 CON HPERTENSIÓN PULMONAR MODERARADA. SE TRASFUNDIO GRE Y PLAQUETAS SIN COMPLICACIONES, POR SANGRADO MULTISISTEMICO RECIBIO VITA K. ACTUALMENTE EN ESTADO CRÍTICO CON FRECUENCIAS CARDIACAS Y TENSIONES ARTERIALES EN LIMITES NORMALES, PERO CON APOYO INOTROPICO. EDEMA GENERALIZADO, RETENCIÓN DE LIQUIDOS, CON GASTO URINARIO LIMITROFE CON BALANCE POSITIVO POR LO CUAL SE INICIÓ FUROSEMIDA. SE AJUSTA APOORTE PARENTERAL EN NTP A 119. 2 CC/K/D. SE CONTINUA IGUAL MANEJO ANTIBIÓTICO, HEMOCULTIVOS EN SEGUIMIENTO. SE INCREMENTO APOORTE PROTEICO EN NTP. PARACLINICOS CON HIPONATREMIA, HIPERCALCEMIA, AZOEMIIA, CREATININA ELEVADA, GASES VENOSOS CON ACIDOSIS RESPIRATORIA, HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE BILIRRUBINA DIRECTA, PT Y PTT CONSERVADOS. CITOMEGALOVIRUS Y TOXOPLASMA IGG E</p>	662

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>IGM NO REACTIVOS. PESIMA EVOLUCIÓN CON FALLA RENAL Y HEPATICA, DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO, SE ORDENÓ BOLO DE FUROSEMIDA, PERO EN VISTA DE HALLAZGOS CLINICOS Y PARACLINICOS SE DECIDE INICIAR FUROSEMIDA EN INFUSIÓN CONTINUA A RAZON DE 0. 2 MG/K/H. SE INICIA CORRECCION DE HIPONATREMIA CON SSN 0. 9% A 10 MEQ/K/D PARA 24 HORAS. SE VIGILARÁ FUNCION RENAL QUE EN ESTE MOMENTO CUMPLE CRITERIOS PARA DIALISIS. HOY HA REQUERIDO SOLO DOS DOSIS DE MORFINA Y SE ENCUENTRA MUY HIPOTONO E HIPOACTIVO SUGIRIENDO ENCEFALOPATIA HEPÁTICA.</p> <p>SE INICIA NTP CICLADA. CUIDADO INTENSIVO. PACIENTE CON PESIMO PRONÓSTICO VITAL DEBIDO AL CUADRO DE SEPSIS, CHOQUE MIXTO REFRACTARIO Y FALLA MULTISISTEMICA. EN LA VISITA SE DIO INFORMACIÓN A LA MADRE SOBRE EL ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE, QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. NUTRICION PARENTERAL TOTAL.</p> <p>Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA</p>	
20/01/2018 23:44		<p>PACIENTE FRUTO DE MADRE CON REPORTE DE CULTIVO RECTOVAGINAL 05/01/18 POSITIVO PARA S. AGALACTIAE, REPORTE RECLAMADO LUEGO DEL NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO QUE PRESENTA NEUMONIA CONGENITA CON COMPROMISO MULTILobar, SEPSIS, FALLA VENTILATORIA SEVERA CON PRESENCIA DE NEUMOTÓRAX PARA LO CUAL SE REALIZA TORACOSTOMIA CERRADA DERECHA (10/01) CON RESOLUCIÓN DEL NEUMOTÓRAX. SE ADMINISTRARON TRES DOSIS DE SURFACTANTE (ULTIMA 12/01), CONTINUA EN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA, PERMITIENDO LENTA DISMINUCIÓN DE PARAMETROS VENTILATORIOS, PERO AUN MUY LABIL VENTILATORIAMENTE CON DESTURACIONES PROFUNDAS Y LENTA RECUPERACIÓN. PRESENTA CHOQUE MIXTO REFRACTARIO A LAS CATECOLAMINAS POR LO QUE RECIBIO CORTICOIDE SISTÉMICO, SE MANTIENE EN INOTROPIA CON NOREPINEFRINA. SE INICIO SILDENAFIL. ÚLTIMO ECPCARDIOGRAMA DEL 18/01 CON HPERTENSIÓN PULMONAR MODERARADA. SE TRASFUNDIO GRE Y PLAQUETAS SIN COMPLICACIONES, POR SANGRADO MULTISISTÉMICO RECIBIÓ VITA K. ACTUALMENTE EN ESTADO CRITICO CON FRECUENCIAS CARDIACAS Y TENSIONES ARTERIALES EN LÍMITES NORMALES, PERO CON APOYO INOTROPICO. EDEMA GENERALIZADO, RETENCION DE LIQUIDOS, CON GASTO URINARIO LIMITROFE CON BALANCE POSITIVO POR LO CUAL SE INICIÓ FUROSEMIDA. SE AJUSTA APORTE PARENTERAL EN NTP A 119. 2 CC/K/D. SE CONTINUA IGUAL MANEJO ANTIBIOTICO, HEMOCULTIVOS EN SEGUIMIENTO. SE INCREMENTO APORTE PROTEICO EN NTP. PARACLINICOS CON HIPONATREMIA, HIPERCALCEMIA, AZOEMIIA, CREATININA ELEVADA, GASES VENOSOS CON ACIDOSIS RESPIRATORIA, HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE BILIRRUBINA DIRECTA, PT Y PTT CONSERVADOS. CITOMEGALOVIRUS Y TOXOPLASMA IGG E IGM NO REACTIVOS. PESIMA EVOLUCION CON FALLA RENAL Y HEPATICA, DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO, SE ORDENO BOLO DE FUROSEMIDA, PERO EN VISTA DE HALLAZGOS CLINICOS Y PARACLINICOS SE INICIO FUROSEMIDA EN INFUSION CONTINUA A RAZÓN DE 0. 2 MG/K/H. EN CORRECCION DE HIPONATREMIA CON SSN 0. 9% A 10 MEQ/K/D PARA 24 HORAS. SE VIGILARÁ FUNCION RENAL QUE EN ESTE MOMENTO CUMPLE CRITERIOS PARA DIALISIS. SE INICIO NTP CICLADA. CUIDADO INTENSIVO. PACIENTE CON PESIMO PRONÓSTICO VITAL</p>	680

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>DEBIDO AL CUADRO DE SEPSIS, CHOQUE MIXTO REFRACTARIO Y FALLA MULTISISTÉMICA.</p> <p>PLAN:</p> <p>MONITOREO INTENSIVO</p> <p>OTRAS ORDENES MEDICAS SIN CAMBIOS.</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo:</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado:</p> <p>VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL.</p> <p>Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA</p>	
20/01/2018 23:44		<p>SE TRASFUNDIO GRE Y PLAQUETAS</p> <p>SIN COMPLICACIONES, POR SANGRADO MULTISISTÉMICO RECIBIO VITA K. ACTUALMENTE EN ESTADO CRÍTICO CON FRECUENCIAS CARDIACAS Y TENSIONES ARTERIALES EN LÍMITES NORMALES, PERO CON APOYO INOTRÓPICO. EDEMA GENERALIZADO, RETENCION DE LIQUIDOS, CON GASTO URINARIO LIMITROFE CON BALANCE POSITIVO POR LO CUAL SE INICIÓ FUROSEMIDA. SE AJUSTA APOORTE PARENTERAL EN NTP A 119. 2 CC/K/D. SE CONTINUA IGUAL MANEJO ANTIBIOTICO, HEMOCULTIVOS EN SEGUIMIENTO. SE INCREMENTO APOORTE PROTEICO EN NTP. PARACLINICOS CON HIPONATREMIA, HIPERCALCEMIA, AZOEMIIA, CREATININA ELEVADA, GASES VENOSOS CON ACIDOSIS RESPIRATORIA, HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE BILIRRUBINA DIRECTA, PT Y PTT CONSERVADOS. CITOMEGALOVIRUS Y TOXOPLASMA IGG E IGM NO REACTIVOS. PESIMA EVOLUCION CON FALLA RENAL Y HEPATICA, DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO, SE ORDENÓ BOLO DE FUROSEMIDA, PERO EN VISTA DE HALLAZGOS CLINICOS Y PARACLINICOS SE INICIO FUROSEMIDA EN INFUSIÓN CONTIN+UA A RAZON DE 0. 2 MG/K/H. EN CORRECCION DE HIPONATREMIA CON SSN 0. 9% A 10 MEQ/K/D PARA 24 HORAS. SE VIGILARÁ FUNCIÓN RENAL QUE EN ESTE MOMENTO CUMPLE CRITERIOS PARA DIALISIS. SE INICIÓ NTP CICLADA. CUIDADO INTENSIVO.</p> <p>PACIENTE CON PESIMO PRONÓSTICO VITAL DEBIDO AL CUADRO DE SEPSIS, CHOQUE MIXTO REFRACTARIO Y FALLA MULTISISTÉMICA.</p> <p>....</p>	685
20/01/2018 23:58		<p>Plan de manejo: paciente en mal estado general, hoy presentando falla renal, no ha orinado en el transcurso del turno. paciente conectado y acoplado a la ventilación mecánica dinámica convencional, en este momento sin óxido nítrico, en modo ventilatorio simv + presión de soporte. con una fr. 55/fio2 100/ flujo 17/v. corriente. 16/pim. 39/pip. 25/presión media 16. 0/t. inspiratorio. 0. 35. Paciente presentando valores de saturación mayores al 93%. campos pulmonares sin agregados.</p> <p>8+00pm. se realiza tratamiento de terapia respiratoria con maniobras de higiene bronquial con aceleración de flujo-vibración-higiene nasal y aspiración de abundantes secreciones mucopurulentas por tubo orotraqueal/boca y nariz. tratamiento sin complicaciones. se vigilan cambios en el patrón respiratorio. paciente con pronóstico reservado. cobro de oxígeno. 187. 800.</p> <p>Firmado Por: DIANA LUCIA PEREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA,</p>	686
21/01/2018 07:44		<p>Plan de manejo: paciente en unidad de cuidados intensivos en incubadora cerrada, consciente, hidratado, afebril, paciente conectado y acoplado a la ventilación mecánica dinámica, como presento buenos valores de saturación, se le inicio descenso de parámetros ventilatorios.</p> <p>campos pulmonares sin agregados.</p>	687

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		se le realiza tratamiento de terapia respiratoria con maniobras de higiene bronquial con aceleración de flujo-vibración- higiene nasal. Se aspiran abundantes secreciones mucoides. tratamiento sin complicaciones. Firmado Por: DIANA LUCIA PEREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA	
21/01/2018		Análisis clínico y Objetivos terapéuticos: Neonato a término de 2 semanas de vida, en falla orgánica multisistémica con compromiso respiratorio, renal y hepático, ha permanecido un poco más estable desde el punto de vista respiratorio, con desaturación importante con la manipulación, no ha vuelto a presentar sangrado por TOT, gases de control de la mañana con acidemia metabólica, sin hiperlactatemia; Nutricional NTP ciclada por colestasis, ganando peso (edema) hoy pendiente peso por labilidad importante con la manipulación; Hemodinámico soporte con vasopresor, con adecuadas tensiones medias, mejoría de la perfusión distal, por ahora se continuo goteo, HTP moderada ya sin Óxido nítrico; Renal falla renal oligúrica, en manejo con soporte diurético con adecuado gasto urinario, balance ligeramente negativo, electrolitos de control con persistencia de hiponatremia que en contexto de paciente con anasarca puede corresponder a hiponatremia dilucional, se ajustará aporte de sodio en la NTP si no se puede, se reiniciará SSN; Infeccioso manejo con vancomicina hoy día 6, no deterioro infeccioso, policultivos en seguimiento Alto riesgo de morbimortalidad se explica a la mamá Diagnósticos activos después de la nota: P073 - OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, P369 - SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), R579 - CHOQUE, NO ESPECIFICADO, P221 - TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio). Presión arterial (mmHg): 81/53, Presión arterial media (Mmhg): 62 Frecuencia cardiaca (Lat/Min): 140 Frecuencia respiratoria (Respi/Min): 50 temperatura(°C): 36. 9 Saturación de oxígeno (%): 93 Peso(G): 3800 Talla (Cm): 51 Índice de masa corporal (Kg/M2): 14. 61 Superficie corporal(M2): 0. 23. Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: Critico, labilidad respiratoria, falla orgánica multisistémica Plan de manejo: Monitoreo intensivo, ventilación mecánica dinámica NTP ciclada Antibioticoterapia Firmado Por: DANNY FERNANDO SALAMANCA FLOREZ, CONS PEDIATRIA,	697
22/01/2018 05:59		NOTA MÉDICA Se reinició SSN a 0.7cc/hr Firmado Por: DANNY FERNANDO SALAMANCA FLOREZ, CONS PEDIATRIA	701
22/01/2018 12:53		PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE PERMANECE ESTABLE. ¿CON CIFRAS TENSIONALES ACEP? TABVLES. NORPINEFRINA EN DESCENSO. NO AUSCULTÓ SOPLOS. PERFUSION DISTAL DE 4 SEGUNDOS. RESPIRATORIO: CON SOPORTE VENTILATORIO CON PARAMETROS: VG: 15 PIM: 20 PEEP: 7. 0 FIO2: 100% IMV: 50 DURANTE LA MAÑANA MUY LABIL. CON SATURACIONES 50% SOSTENIDAS A PESAR DE AUENMTO DE PARÁMETROS VENTILAOTIROS. GASES DE LAS 8 AM: PH: 7. 14 PO2: 42. 3 PCO3: 53. 2 HCO3: 18. 3 BE: -10. 9 LACT: 0. 5 MOVILIZA SECRECIONES. CON SANGRADO POR TOTN MODERADO AHORA. SE SOLICLITA RX DE TÓRAX. ABD: BLANDO. NO DISTENDIDO. EN ANASARCA. EDEMA DE PARED. COTNONUA CON HIGADO PALPABLE 5CVM POR DRCD. SE AKJUSTA NUEVAMENTE NTP. DEP: NO GU: ADECUADO GASTO URINARIO. SIN EMBARGO, CON SOPORTE CON FUROSEMIDA EN INFUSIÓN CONTINÚA. EN ANASACRCA. FUNCIÓN RENAL SIN CAMBIOS: BUIN: 102. 3 CREATININA: 1.	719

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>97, POR ESTADO DEL PACINETE ES IMPOSIBLE EL TRASLDAO PARA DIALISIS. MET: BILIRRUBINA TOTAL: 19. 34 IND: 5. 42 DIR: 13. 92 COLESTASIS. SE AJSUTA NTP. SE CICLA PARA 18 HORAS. GLUCO: 102MG/DL. IONOGRAMA: NA: 130 CL: 99 K: 3. 79 CA: 1. 52 SE AJUSTA APORTE DE SODIO Y CALCIO EN LA NTP. COLESTEROL: 129 Y TG: 212 EN DESCENSO. HEMAT: SANGRADO FRESCO POR TOT Y ADEMAS EN CUNCHO DE CAFE POR Sonda OROGASTRICA. SE ORDENA DOSIS DE VITAMINA K AHORA Y CONTINUAR CADA 48 HORAS. INFECC: SIN DISTERMIAS. TERMINANDO ANTIBIOTICO. NO SE AISLA GERMEN. SNC: HIPOACTIVO. POCO REACTIVO. CONTINUAR CON DOSIS DE MORFINA DE RESCATE. FONAT EN LA LLENA, PERO NORMOTENSA.</p> <p>PACIENTE FRUTO DE MADRE CON REPORTE DE CULTIVO RECTOVAGINAL 05/01/18 POSITIVO PARA S. AGALACTIAE, REPORTE RECLAMADO LUEGO DEL NACIMIENTO DEL RECIEN NACIDO A TERMINO QUE PRESENTA NEUMONIA CONGENITA CON COMPROMISO MULTILOBAR, SEPSIS, FALLA VENTILATORIA SEVERA CON PRESENCIA DE NEUMOTÓRAX PARA LO CUAL SE REALIZA TORACOSTOMIA CERRADA DERECHA (10/01) CON RESOLUCIÓN DEL NEUMOTÓRAX. SE ADMINISTRARON TRES DOSIS DE SURFACTANTE (ULTIMA 12/01), CONTINUA EN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA, PERMITIENDO LENTA DISMINICION DE PARAMETROS VENTILATORIOS, PERO AUN MUY LABIL VENTILATORIAMENTE CON DESTURACIONES PROFUNDAS Y LENTA RECUPERACION. PRESENTA CHOQUE MIXTO REFRACTARIO A LAS CATECOLAMINAS POR LO QUE RECIBIÓ CORTICOIDE SISTEMICO, SE MANTIENE EN INOTROPIA CON NOREPINEFRINA. SE INICIÓ SILDENAFIL. ÚLTIMO ECPCARDIOGRAMA DEL 18/01 CON HPERTENSIÓN PULMONAR MODERARADA. SE TRASFUNDIO GRE Y PLAQUETAS SIN COMPLICACIONES, POR SANGRADO MULTISISTEMICO RECIBIO VITA K Y SE DFEJA POR HORARIO POR AYUNO PROLOGADO. PACIENTE QUIEN PERMANECE MUY CRÍTICO EN FALLA MULTISISTÉMICA CON COMPROMISO CARDIACO, HEPÁTICO, RENAL, SNC, HEMATOLOGICO. CON MUY MAL PRONÓSTICO VITAL. REQUIERIO DE AUMENTO DE PARÁMETROS VENTILAOTIROS. CONTINUA FIURETICO ORAL. VITAMINA K POR HORARIO. SE AJUSTA NTP. PERSISTE PARACLINICOS CON HIPONATREMIA, HIPERCALCEMIA, AZOEMIIA, CREATININA ELEVADA, GASES VENOSOS CON ACIDOSIS RESPIRATORIA, COLESTASIS. CITOMEGALOVIRUS Y TOXOPLASMA IGG E IGM NO REACTIVOS</p>	
22/01/2018 18:12		<p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: SE INICIA CASPOFUNGINA 6 MG IV CADA 24 HORAS</p> <p>AJUSTES AL VENTILADOR.</p> <p>SE TRANSFUNDE GRE 60CC</p> <p>PLAQUETAS 30CC CADA 12 HORAS</p> <p>REANUDO INFUSION MORINF A0. 5CC/H</p> <p>FUROSEMIDA INFUSION 0. 3 MG/K/D</p> <p>SS TIEMPOS DE COAGULACION HEMOCULTIVOS (INCLUIDOS HONGOS) UROCULTIVO KOH EN ORINA N 1. -2-3}</p> <p>SS FERRITINA.</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: INTENSIVOS VENTILACIÓN MECÁNICA.</p> <p>Firmado Por: LIZETH ORTEGON PARRA, PEDIATRÍA – NEONATO</p>	724
22/01/2018 19:01		<p>Plan de manejo: HORA 2+30PM SE OBSERVA PACIENTE EN REGULAR ESTADO, CRITICAMENTE EN COMPROMISOS DE</p>	733

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>ORGANOS, SE OBSERVA EDEMATIZADO GENERALIZADO, AMARILLO Y CONECTADO AL VENTILADOR CON PARÁMETROS</p> <p>ALTOS CON FIO2 100 FLUJO 17 VTG 17 PEEP 7 PSV 15 PIM 36 PIP 25 MEDIA 14 FR 50 T. 0. 35. SE OBSERVA PACIENTE DESATURADO EN EL RECIBO DEL TURNO A 36%, CON AUSCULTACION DE ESTERTORES BRONQUIALES CENTRADOS, Y MUY DESPIERTO, ASISTENCIA ASINCRONICA CON EL VENTILADOR, INICIAN SEDACION CON MORFINA EN INFUSION, SE REALIZA HIGIENE BRONQUIAL POR TUBO, NARIZ Y BOCA SE OBTIENEN SECRECIONES MUCOIDES Y SANGUINOLENTAS FRESCAS, SE DEJA QUIETO Y SE CAMBIA MODO VENTILATORIO A SIPPV CON PEEP 6. 5 PIM 26 PIP 20 MEDIA 11 FR 50 RIE 1. 2. T. 037 PARA UN VTE 18, SE DEJA QUIETO MEJORA EN EL TRANCURSO DE LA TARDE ALGO DE SATURACIÓN HASTA 86- 92% SE DEJA QUIETO. CON PRONÓSTICO RESERVADO.</p> <p>Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA,</p>	
22/01/2018 22:45		<p>PACIENTE ATERMINO CONOCISO MUY CRÍTICO CON DETERIORO CLÍNICO Y PARACLINICO ADICIONAL. EN FALLA MULTIORGÁNICA. REQUIRIÓ DE AUMENTO DE PARÁMETROS VENTILATORIOS. MUY LABIL HOY. PACIENTE CON MUY MAL PRONÓSTICO VITAL. RECIBE VISITA DEL PADRE Y SE LE EXPLICA CLARAMENTE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE Y EL ALTO RIESGO DE FALLACER. MONITOREO INTENSIVO. Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: NOREPINEFRINA 0. 4CC/HORA ROM IGUALES</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: FALLA MULTIORGÁNICA.</p> <p>Firmado Por: ALICIA MARCELA TOBITO GUILLOT, CONS PEDIATR'IA,</p>	739
22/01/2018 23:37		<p>Plan de manejo: RECIBO PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN INCUBADORA CERRADA EN MALAS CONDICIONES GENERALES, SEDADO CON MORFINA, CONECTADO Y ACOPLADO A LA VENTILACIÓN MECÁNICA DINÁMICA EN MODO VENTILATORIO DE SIPPV CON UNA FIO2 AL 100% CON UN FLUJO DE 17/V VOLUMEN CORRIENTE. 16. 9/PIM. 26/PIP.</p> <p>21/PRESIÓN MEDIA DE LA VÍA AÉREA 11/IMV50 TIEMPO INSPITAORIO 0. 37. PRESENANDO DESATURACIONES HASTA 62%. CON SOPORTE INOTROPICO EN EL MOMENTO CON NOREPINEFRINA, SINDENAFIL.</p> <p>CAMPOS PULMONARES SIN AGREGADOS.</p> <p>8+00PM. SE REALIZA TRATAMIENTO DE TERAPIA RESPIRATORIA CON CAMBIOS DE POSICION, Y ASPIRACIÓN DE ABUNDANTES SECRECIONES POR TUBO OROTRAQUEAL /BOCA Y NARIZ. CON RESTOS SANGUINOLENTOS. PACIENTE A QUIEN SE LE DEJA EN POSCION PRONO Y SE LE PROGRAMA VOLUMEN GARANTIZADO DE 16. COBRO DE OXÍGENO. 216. 600.</p> <p>Firmado Por: DIANA LUCIA PEREZ BURGOS, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	740
23/01/2018 12:21		<p>SE HACE UNA REUNIÓN CON NEONATALOGOS DE TURNO DE LA MAÑANA DRA SANCHEZ, DRA SAYAGOI Y PEDIATRA DRA TOBITO JUNTO CON LA MADRE Y SE LE EXPLICA CLARAMENTE LOS DIAGNÓSTICOS DESDE SU INGRESO HASTA LA FECHA. ADEMAS SE ACLARAN DUDAS ACERCA DE ESTOS. SE LE EXPLICA CLARAMENTE QUE LA REMISION A 4TO NIVEL DE COMPLEJIDAD ES IMPOSIBLE EN ESTE MOMENTO POR EL ALTO SOPORTE VENTILAOTIRO CON</p>	745

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>EL QUE SE ENCUTRA EL PACINTE Y QUE EL TRASLADO PUEDE SER FATAL EN ESTE MOMENTO.</p> <p>LA MADRE REFIERE ENTENDER CLARAMENTE. SE CONTINUARÁ MANEJO INTENSIVO, MULTISDOPORTADO. MONITERO INTENSIVO NO INVASIVO.</p> <p>...</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: FALLA MULTIORGÁNICA.</p> <p>Firmado Por: ALICIA MARCELA TOBITO GUILLOT, CONS PEDIATRIA,</p>	
23/01/2018 12:39		<p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, EDEMATIZADO, CON VENTILACIÓN MECÁNICA CONVENCIONAL, EN SIPPV+VG, CON VOLUMEN GARANTIZADO A 16 ML, CON PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS, CON ASISTENCIA VENTILATORIA OCASIONAL, AMPLITUD DEL TÓRAX NORMAL Y EXPANSIBILIDAD TORACICA SIMETRICA. A LA AUSCULTACIÓN PRESENTA MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES</p> <p>Sin resultados nuevos</p>	755
23/01/2018 12:50		<p>ANÁLISIS:</p> <p>Paciente de 15 días de vida, quien continua con soporte nutricional parenteral para evitar depleción de reservas grasas y musculares, Que puedan comprometer el neurodesarrollo y crecimiento normal del neonato. Paciente con manejo de dislipidemia en corrección. Continuar con soporte nutricional parenteral - pasar nueva a 16 cc/h + nada vía oral por orden médica. Aporte calórico total: 244 kcal Totales, 110 kcal /kg con cubrimiento del 80 % del requerimiento nutricional. Continuar con manejo nutricional instaurado por vía parental hasta tolerancia de la vía oral. Se mantiene manejo instaurado hasta lograr una ganancia de 50 g de peso al día mínimo, adecuada tolerancia a la vía oral e indicación médica.</p> <p>...</p> <p>Atentos a su evolución.</p> <p>Firmado Por: DAVID EDUARDO MURCIA LESMES, CONS NUTRICIÓN</p>	757
23/01/2018 15:37		<p>Subjetivo: paciente de 15 días de vida con diagnóstico anotados invadido con antecedentes relevante presenta y se documenta sepsis neonatal con falla orgánica múltiple con múltiples esquemas atb se consensuo por mala evolución iniciar caspofungina. s. epidermis, pero en catéter umbilical Diagnósticos activos después de la nota: P073 - OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, P369 - SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA (En Estudio), R579 - CHOQUE, NO ESPECIFICADO, P221 - TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Talla (Cm): 51</p> <p>EVALUACIÓN MENTAL.</p> <p>Firmado Por: JUAN CARLOS TORRES ACUÑA, INFECTOLOGIA ADULTO</p>	758
23/01/2018 17:40		<p>NEONATO A TERMINO FRUTO DE MADRE DE 35 AÑOS, G3P3, EMBARAZO A TERMINO CONTROLADO EN 4 OCASIONES, CULTIVO RECTO VAGINAL MATERNO POSITIVO PARA ST AGALACTIAE, INFORMADO MPOSTERIOR AL NACIMIENTO. HA REQUERIDO SOPORTE MULTIPLE CONNVASOACTIVOS, INOTROPICOS, VENTILATORIO, ÓXIDO NÍTRICO ENTRE OTROS, CON RESPUESTA DESFAVORABLE Y TENDENCIA A DETERIORO. HA SIDO TRANSFUNDIDO CON DIVERSOS COMPONENTES SANGUINEOS POR SUS PATOLOGIAS. EN LA MAÑANA SE SUSPENDE LA NOREPINEFRINA. MANTIENE INICIALMENTE TENSIONES ACEPTABLES, PERO EN LA TARDE ESTA MOSTRANDO GRAN DISOCIACIÓN DE LA TENSIÓN CON CAIDA DE LA DIASTOLICA, POR LO QUE SE REINICIARA LA NOREPINEFRINA. CONTINUA EN SEDACIÓN CON MORFINA EN INFUSION CONTINUA. CONTINUA EN MANEJO CON</p>	773

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

		<p>FENOBARBITAL. EN LA MAÑANA ANURIA POR LO CUAL SE ADMINISTRA BOLO DE FUROSEMIDA Y CONTINUA EN INFUSION CONTINUA, PERO PERSISTE EN ANASARCA. SE TRASFUNDIO GRE Y PLAQUETAS SIN COMPLICACIONES. DRENAJE POR LA Sonda. PERSISTE CUNCHO DE CAFE. EN MANEJO CON CASPOFUNGINA, POR SOSPECHA DE INFECCIÓN MICOTICA. POLICULTIVOS POR AHORA NEGATIVOS. PENDENTE HOY 2DO KOH</p> <p>...</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: INTENSIVO POR VENTILACIÓN MECÁNICA. Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRIA</p>	
23/01/2018 18:20		<p>Plan de manejo: HORA 2+50PM SE RECIBE PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, CRITICAMENTE ENFERMO, SE OBSERVA EDEMATIZADO GENERAL, CON Sonda VESICAL Y POCO DRENAJE DE ORINA, SEDADO CON MORFINA, NOREPI FUROSEMIDA, SILDENAFIL, FENOBARBITAL, SE OBSERVA CON SIGNOS VITALES DE FC 136 POR MIN Y SATURACIÓN DE 86- 92%, CON BUENA EXPANSION TORACICA Y CON MODO VENTILATORIO EN SIPPV + VTE GARANTIZADO EN 16 FIO2 1. 0FLUJO</p> <p>17 PEEP 7 PIM 36 PIP 32 MEDIA 16 FR 55 RIE 1. 2 t. 036, CON AUSCULTACION DE ESTERTORES BRONQUIALES CENTRADOS GRUESOS SE REALIZA LEVE DESATRAPAMIENTO AEREO Y REALIZÓ HIGIENE BRONQUIAL POR TUBO NARIZ Y BOCA SE OBTIENEN SECRECIONES SANGUINOLENTAS MOCOIDEOS EN CANTIDAD MODERADA POR TUBO Y ABUNDANTES POR NARIZ PURULENTAS Y MUCOIDES POR BOCA, SE CAMBIA DE POSICIÓN A SUPINO, SIN COMPLICACIÓN SE DEJA CON SATURACIÓN A 91%. DEJO QUIETO.</p> <p>Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	775
Fecha: 23/01/2018 22:45		<p>Subjetivo, Objetivo, Análisis: EN ESTE MOMENTO ESTA MUY DISOCIADO DEL VENTILADOR CON DESATURACIÓN SECUNDARIA HASTA 25, SE DECIDE ADMINISTRAR BOLO DE ORFINA 300 MCG Y AUMENTAR INFUSION A 0. 6CC/H</p> <p>Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).</p> <p>Plan de manejo: ÓRDENES MÉDICAS:</p> <p>1. - BOLO DE MORFINA 300MCG.</p> <p>2. - AUMENTAR INFUSION A 0. 6CC/H</p> <p>2. - RESTO SIN CAMBIOS</p> <p>Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: Firmado Por: GABRIEL BERNARDO QUIÑONES CASAS, CONS PEDIATRIA,</p>	793
24/01/2018 02:13		<p>Resumen de la atención: Plan de manejo: PACIENTE QUIEN AUN CONTINÚA CRÍTICO Y DESATURADO, EL DR QUIÑONES DA ÓRDEN MÉDICA DE NO MOVILIZAR MAS EN EL TURNO DE LA NOCHE, PERMITIENDO RECUPERACIÓN DE LA SATURACIÓN CON AUMENTO DE PARÁMETROS</p> <p>Firmado Por: CLAUDIA MARCELA CARREÑO SALAZAR, TERAPIA RESPIRATORIA</p>	798
24/01/2018 12:13		<p>Paciente de 16 días de vida, quien continua con soporte nutricional parenteral para evitar depleción de reservas grasas y musculares, que puedan comprometer el neurodesarrollo y crecimiento normal del neonato. Paciente con manejo de dislipidemia en corrección. Continuar con soporte nutricional parenteral - pasar nueva a 16 cc/h + nada vía oral por orden médica. Aporte calórico total: 244 kcal totales, 110 kcal /kg con cubrimiento del 80 % del requerimiento nutricional. Continuar con manejo nutricional instaurado por vía parental hasta tolerancia de la vía oral. Se mantiene manejo</p>	800

		instaurado hasta lograr una ganancia de 50 g de peso al día mínimo, adecuada tolerancia a la vía oral e indicación médica.	
24/01/2018 13:32		Diagnósticos activos después de la nota: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO, SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECÍFICADA (En Estudio), CHOQUE, NO ESPECÍFICADO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio). Plan de manejo: Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: CHOQUE. Firmado Por: ALICIA MARCELA TOBITO GUILLOT, CONS PEDIATRIA	815
24/01/2018 13:32		PACIENTE FRUTO DE MADRE CON REPORTE DE CULTIVO RECTOVAGINAL 05/01/18 POSITIVO PARA S. AGALACTIAE, REPORTE RECLAMADO LUEGO DEL NACIMIENTO DEL RECIEN NACIDO A TERMINO QUE PRESENTA NEUMONIA CONGENITA CON COMPROMISO MULTILOBAR, SEPSIS, FALLA VENTILATORIA SEVERA CON PRESENCIA DE NEUMOTÓRAX PARA LO CUAL SE REALIZA TORACOSTOMIA CERRADA DERECHA (10/01) CON RESOLUCIÓN DEL NEUMOTÓRAX. SE ADMINISTRARON TRES DOSIS DE SURFACTANTE (ULTIMA 12/01), CONTINUA EN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA, CON PARÁMETROS AUN MÁS ALTOS. SEGURAMENTE POR RESTRICCIÓN. SE INSISTE EN DESTETE DE NORPIENEFRINA. COTNONUA CON DOPAMINA A DOSIS RENAL. EN ANURIA, CREATININA EN ASCENSO. NO ES POSIBLE TRASLDO A 4TO NIVEL PARA DIALISIS PERITONEAL. PERSISTE EN ANASARCA. PACIENTE QUEIN PERMENACE MUY CRITICO EN FALLA MULTISISTEMICA CON COMPROMISO CARDIACO, HEP´ATICO, RENAL, SNC, HEMATOLÓGICO. CON MUY MAL PRONÓSTICO VITAL. SE HABLA NUEVAMENTE CON LA MADRE Y EL PADRE Y SE DA INFORMACION CLARA Y PRECISA. REFIEREN ENTENDER. SE CONTINUARÁ MANEJO INTENSIVO, MULTISDOPORTADO. MONITERO INTENSIVO NO INVASIVO.	814
24/01/2018 16:37		22:15se administra previa asepsia y antisepsia se inicia nutrido parenteral a 16 cc/h se suspende dad 10%. previa verificación de los correctos Firmado Por: MARILUZ MARTÍNEZ RINCÓN, ENFERMERÍA,	Document o 003 cd fl. 37 Pág. 990

Se advierte que de las historias clínicas aportadas por la parte actora faltan las notas finales de muerte del menor, sin embargo, esta fue la historia clínica aportada por la parte actora sin solicitud de una copia como prueba en este proceso.

- c. En el dictamen pericial del Médico cirujano general de la Juan N Corpas en 1994, especialista en epidemiología clínica de la Juan N Corpas en 1998 y diplomado en auditoria en salud en 2010 y director médico y auditor de clínica Santa Ana de Facatativá el Dr. NÉSTOR ANDRÉS ROJAS MARTÍNEZ, describió lo obrante en la historia clínica así:
- 1) La autopsia No. 06-2018 realizada el 26 de enero de 2018 al menor SPR de 16 días de nacido con fecha de muerte del 25 de enero de 2018 realizada por la sede Simón Bolívar de la Subred Norte indicó:

“Causa de la muerte:

Caso de neonato quien desde su nacimiento presenta cuadro de dificultad respiratoria y que requirió hospitalización, se realizó presunción diagnostica de

neumonía intrauterina, evolucionando al deterioro incluyendo compromiso de la función respiratoria, hepática, renal, hematológica.

Con examen de necropsia macro y microscópica se encuentra además de los diagnósticos planteados una aspiración de líquido amniótico meconiado.

Conclusión: Neonato de 17 días, quien presenta cuadro de neumonía y aspiración de líquido amniótico que le están llevando a compromiso de la función respiratoria y cuadro icterico severo que en conjunto le llevan a una disfunción multisistémica” (f. 33 c.1).

En el dictamen pericial denominado auditoria clínica indicó que:

“Se trató de una hospitalización de una mujer en estado de embarazo a término para la inducción y atención del parto que fue eutócico (dícese del parto que se da con normalidad), presentado en la adaptación neonatal deterioro respiratorio del producto con abrupta disminución APGAR debiendo ser valorado por pediatría y posteriormente ingresado a UCI, con ventilación mecánica; requiriendo progresivamente múltiple soporte inotrópico y antibioticoterapia, bajo sospecha de sepsis pulmonar por neumonía in-útero, lo que finalmente lleva a su muerte....” (fl.40).

Señaló que se encontraron las siguientes falencias:

*“1.- No hay garantía de la secuencialidad y continuidad ya que no existen los registros de las valoraciones reclamadas tanto por medicina general en el momento de la adaptación y posteriormente por enfermería ya estando el neonato con ventilación mecánica y en condición progresiva a la gravedad. Folio 20/55: Comentado con pediatría (*nótese que se comentó, pero no fue valorado por el pediatra)*

Folio 838/1007: 00:39: aumenta la dificultad respiratoria con tirajes y quejido aumentando la concentración de O2 (FIO2) al 80% y se informa al médico de turno. Mary Luz Cardenas Bernal.

**nótese que no hay nota médica de lo dicho por la enfermera. 00:45: paciente tiende a la hipotensión, valorado por pediatra que inicia dopamina.*

**nota: no hay registro médico a esta hora y de dicha intervención, estando el paciente en condición crítica, requiriendo *medicamentos para mejorar la tensión arterial*

Folio 839/1007: 2:07: peor estado general con mayor dificultad respiratoria con aumento de los tirajes, siendo informado el médico de turno quien ordena aumentar la FIO” al 100%.

**No hay nota médica de dicha valoración ni el manejo dado*

2.- Lo registros médicos adolecen de los datos completos del examen físico para el caso mismo en la situación crítica.

25/1007: 23:33; nota de pediatría para reportar laboratorios, describe signos vitales y sigue igual manejo. *nótese que el espacio de exploración de tórax está en blanco

...

El perito también realizó las siguientes consideraciones:

CONSIDERACIONES

- 1.- Paso una hora desde la presencia de dificultad respiratoria del neonato y la valoración especializada, a pesar de haber ingresado a la UCI donde debería estar el especialista.
- 2.- Pasaron 5 horas para iniciar la ventilación mecánica no invasiva, a pesar de su dificultad respiratoria marcada.
- 3.- Pasaron 15 horas desde el inicio del cuadro de estrés respiratorio y la decisión de la intubación y la ventilación mecánica invasiva y 10 horas desde que se inició la ventilación no invasiva a pesar de estar documentado, en las notas de enfermería y terapia respiratoria la persistencia de signos de dificultad para respirar.
- 4.- A pesar del esfuerzo de enfermería de advertir el deterioro en la madrugada no hubo acompañamiento permanente del médico pediatra de turno ya que lo debieron estar llamado cada hora y de estas valoraciones no existe nota del especialista en la historia.
- 5.- Si bien existe una nota aclaratoria que no se hizo lavado gástrico ni existió meconio, diciendo que fue un error, es relevante comparar esto con la autopsia. El informe de patología confirma la neumonía in útero, pero también recalca la aspiración de líquido amniótico y de meconio.

Entonces, ¿hubo o no meconio? Con la patología es claro que sí. Pero entonces, ¿porque hacer una nota diciendo lo contrario? Si en la adaptación se evidenció el meconio y se realizó el lavado gástrico, bien este líquido infundido a través de una sonda insertada por la boca supuestamente al estómago, esto pudo haber quedado en la vía respiratoria y llevar tanto el líquido amniótico y el meconio a los bronquios (broncoaspiración) si no fue esto, entonces la aspiración de líquido amniótico y de meconio, simplemente no fue advertida en la atención del parto ni en la adaptación del neonato, los dos hechos por médicos generales. (es permitido por la norma de habilitación)

Accesibilidad: Si se evalúan las fechas de las atenciones, es claro que no se garantizó el acceso a los servicios especializados requeridos, en especial la valoración por pediatría ya que la adaptación fue por médico general quien solicitó la asistencia del especialista.

Pertinencia: Los exámenes, medicamentos e ingreso a la UCIN fueron pertinentes.

Oportunidad: Se evidencia afectación a este atributo por cuanto la decisión de ventilar al paciente de forma mecánica se prolongó innecesariamente hasta obtener la imagen radiográfica y no por los signos clínicos que presentó desde la adaptación neonatal, con un retardo de 5 horas al igual que las valoraciones de control con espacios de hasta 3 horas y los 35 minutos para la intubación traqueal.

Seguridad: La demora en decidir el soporte ventilatorio puso en riesgo la seguridad del paciente, al igual que en el momento de la intubación ya que estando en situación crítica por orden del pediatra fue la terapeuta respiratoria quien intento en varias oportunidades sin tener éxito y no se entiende por qué motivo no lo intentó el médico especialista y solo se pudo con la intervención de anestesiología. Comentario importante se debe hacer frente a las notas de enfermería donde consignan llamadas al médico de turno en la madrugada, (notas médicas que por demás no están en la historia) y la permanencia en el servicio se exige presencial, según la Resolución de habilitación 2003.

Continuidad: La continuidad del manejo médico se rompió por la falta de las valoraciones antes anotadas y especialmente por la falta de registro de lo actuado en el momento crítico en la evolución de la madrugada

Satisfacción del usuario y/o su familia: No se puede evaluar porque no ha existido entrevista con los familiares.

Concluyó:

“Conclusiones:

El cuadro el de deterioro del estado respiratorio se debido a neumonía in- útero, confirmada en la autopsia, patología que resulta grave y con alta letalidad, sin embargo también se confirmó la bronco-aspiración de líquido amniótico y de meconio, lo que se contradice con la nota aclaratoria, respecto a negar la presencia de meconio y la realización del lavado gástrico cuyo principal riesgo es que la sonda con la que se instila la solución para el lavado sea introducida de forma inadvertida en la vía respiratoria o que parte de lo aspirado o introducido migre accidentalmente del sistema digestivo al árbol respiratorio.

En cuanto al manejo médico, resulta criticable haber tardado 5 horas en decidir la ventilación mecánica bien invasiva o no invasiva, pero que ante los signos de marcada dificultad respiratoria sin mejoría en la primera hora con medidas conservadoras se debió haber instaurado sin esperar la radiografía o los gases arteriales, es decir de forma inmediata, en coherencia con las recomendaciones del Ministerio de Salud y Colciencias. Así lo dicho, no se puede concluir que fa muerte hubiera sido evitable al cursar con una neumonía in-Útero, pero sí que faltó oportunidad en la intervención para intentar afectar positivamente en el pronóstico". (fl. 46-47)

Las imputaciones del proceso se basan en las consideraciones del peritazgo, además de la inobservancia de la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud, hoja 124, porque no se intubó y ventiló al bebé SPR, máxime cuando se confirmó la broncoaspiración, tal como lo expuso el auxiliar de la justicia.

Respecto a la observancia de las guías médicas se recuerda que las guías son un paso a paso que pueden ayudar al diagnóstico, pero NO SON una camisa de fuerza ya que la *lex artis* se basa además de la literatura y la evidencia en exámenes clínicos, exámenes diagnósticos, secuencia lógica de pensamiento, tiene todas las consideraciones analíticas y que el Ministerio de salud tiene un manual que indica que las guías son declaraciones que tiene recomendaciones.

Encontró el Despacho que el Ministerio de Salud y Protección Social en la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano¹⁵ define que las guías de práctica clínica son:

"Una Guía de Práctica Clínica (GPC) se define como el conjunto de afirmaciones, desarrollado de manera sistemática, para asistir a médicos y pacientes en la toma de decisiones sobre atención en salud apropiada para circunstancias específicas [1]. En ese sentido, la calidad de una GPC se habrá de juzgar en función de la claridad de sus recomendaciones, de su factibilidad, de su validez científica y, en últimas, la evaluación de una GPC también dependerá de la medida en que efectivamente logre su objetivo primordial: influenciar las decisiones clínicas en contextos específicos".

El Ministerio de Salud también en su guía de implementación práctica clínica explicó que:

"Finalmente, no hay "recetas mágicas" que sirvan de la misma forma para todas las GPC o para todas las IPS.

En términos generales, dichas revisiones sistemáticas hallaron que los diferentes procesos de difusión e implementación de las GPC podrían generar algún cambio en el comportamiento de los profesionales, pero también concluyen que las estrategias de implementación de las GPC tienen más probabilidades de ser eficaces si se tiene en cuenta el entorno local, se utilizan intervenciones activas de educación, y simultáneamente se utilizan recordatorios específicos para los pacientes"¹⁶.

¹⁵ Tomada de:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20gu%C3%ADas.pdf>

¹⁶ Tomado de:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Guia_implementacion_practica_clinica_basada_en_evidencia.pdf

También la Corte Suprema de Justicia en un caso similar adujo que la prueba documental, relativa a las guías de manejo para la apendicitis aguda, y alguna literatura médica, su interpretación debe estar mediada por un experto en la materia», lo que no implica una desatención o desfiguración de su contenido, sino que para darle pleno alcance era perentorio obtener un concepto especializado, así:

“... Respecto de la historia clínica abierta en el Hospital Engativá, la literatura relacionada con el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda, así como la calificación de invalidez que dio Seguros Bolívar, todos ellos se relacionan con la situación presentada luego del retiro de la Clínica Partenón, sin que vistos individualmente o en conjunto revelen el comportamiento culposos de la contradictora. Incluso, como lo recalcó el juzgador «con todo y que con la demanda se haya allegado prueba documental, relativa a las guías de manejo para la apendicitis aguda, y alguna literatura médica, es claro que la interpretación de esa información debe estar mediada por un experto en la materia», lo que no implica una desatención o desfiguración de su contenido, sino que para darle pleno alcance era perentorio obtener un concepto especializado, que no se produjo en este caso. Tal situación no es rebatida en el escrito de sustentación de esta vía extraordinaria, en la que se citaron dichos elementos como aportados, pero sin que se individualizara la trascendencia de cada uno de ellos en la decisión cuestionada o en qué consistió el desatino del Tribunal al valorarlos”¹⁷.

Por lo expuesto, no es solo con el uso de las guías que se cumple la *lex artis* sino con la valoración conjunta de los profesionales y la observación del paciente, literatura, la evidencia en exámenes clínicos, exámenes diagnósticos, secuencia lógica de pensamiento, con todas las consideraciones analíticas sumado a que la interpretación de las guías y la literatura debe estar mediada por un experto.

Se tiene así que la Resolución número 00002003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud en su artículo 1 señaló que “...*tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución*” en las páginas 124 y 125 indicaron que:

¹⁷ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN CIVIL, SC15746-2014, Radicación N° 11001-31-03-029-2008-00469-01, sentencia del catorce (14) de noviembre de dos mil catorce (2014), Magistrado Ponente FERNANDO GIRALDO GUTIÉRREZ

Grupo: Internación	Servicio: Cuidado intensivo neonatal
Descripción del Servicio: <p>La terapia intensiva neonatal es un servicio para la atención de pacientes recién nacidos críticamente enfermos, hasta los 30 días de vida o 44 semanas de edad corregida.</p> <p>Se desarrolla evaluación médica y de enfermería permanente y actividades precisas de monitorización y manejo de pacientes cuya condición clínica, pone en peligro la vida en forma inminente. Necesitan soporte para la inestabilidad neurológica, hemodinámica, respiratoria, gastrointestinal, renal, endocrina, hematológica y metabólica o después de una cirugía mayor.</p>	

Cuidado intensivo neonatal	
Estándar	Criterio
Talento Humano	<p>Cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neonatólogo o Pediatra. 2. Enfermera, con estudios de postgrado o con certificado de formación para la atención al paciente de cuidado intensivo neonatal. 3. Terapeuta respiratoria o Fisioterapeuta.

Procesos Prioritarios	<p>Adicional a lo exigido para unidad de cuidado intermedio neonatal cuenta con guías o protocolos para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Síndrome de dificultad respiratoria (Enfermedad de membrana hialina y síndromes aspirativos). 2. Hipertensión pulmonar. 3. Cardiopatías congénitas. 4. Asfixia perinatal. 5. Shock.
------------------------------	---

No se allegó la revisión de las guías específicas de las patologías descritas por la institución de salud accionada, esto es el Hospital de Suba.

Aquí vale la pena resaltar que además existen guías prácticas directamente relacionadas con el manejo del recién nacido como son:

- Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro.
- Guía de práctica clínica Detección de anomalías congénitas en el recién nacido.
- Guía de práctica clínica del recién nacido con asfixia perinatal.
- Guía de práctica clínica recién nacido: la sepsis neonatal temprana
- Guía de práctica clínica recién nacido con trastorno respiratorio.
- Guía de práctica clínica recién nacido sano.

En esta ocasión se resalta puntualmente que el señor auxiliar de la justicia:

- No se hizo mención de la guía de práctica clínica del recién nacido sano Guía No.

2¹⁸

Aquí se menciona frente a la dificultad respiratoria:

18 https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Prof_Sal_RNSano.pdf

4.3.2. Pregunta 7

4.3.2.1. Pregunta

¿Cómo y cuándo se valora si hay dificultad respiratoria?

4.3.2.2. Respuesta basada en la evidencia

No hay evidencia que evalúe la validez de la escala de Silverman-Anderson para la valoración de la dificultad respiratoria en recién nacidos. No hay evidencia disponible que refleje la asociación entre la escala de Silverman-Anderson y consecuencias a corto o largo plazo en recién nacidos.

Calidad de la evidencia:
Muy baja, recomendación basada en opinión de expertos

4.3.2.3. Recomendación

7. Se recomienda realizar valoración de la dificultad respiratoria en recién nacidos sin factores de riesgo a los 10 minutos utilizando los criterios de la escala de Silverman-Anderson.

Recomendación fuerte a favor de la intervención



- 19

- No se hizo alusión a la guía de práctica clínica recién nacido: sepsis neonatal temprana, Guía No. 6, en donde se aclara que una de las causas más frecuentes de sepsis es la neumonía, usualmente la más grave y que tiene mayor movilidad. Aquí se menciona la importancia de la observación del paciente y de un cuadro hemático después de las 4 horas de vida²⁰.

En relación con los postulados anteriores y que se indican en la demanda (fl. 10), este estrado lo primero que observa es que son dos las condiciones del menor que se encuentran en la necropsia y que lo llevan a un compromiso de la función respiratoria y cuadro icterico severo que en conjunto llevan a una disminución multisistémica:

- Neumonía
- Aspiración meconial dado que en la necropsia se encontró meconio en los pulmones.

Por estas razones resalta la necesidad de que se hubiere traído a juicio las dos guías que refieren precisamente los trastornos respiratorios y la sepsis como consecuencia de la neumonía.

Empero, NO existió una sola prueba que determinara de manera directa si el meconio aspirado produjo la neumonía o su causa fue intrauterina. Tampoco se estableció que el tratamiento de la dificultad respiratoria que presentaba el niño mediante un dictamen de un neonatólogo diera lugar a determinar que la conducta desarrollada por el hospital fue inadecuada para atender su cuadro clínico.

Ahora bien, revisado el proceso se tiene que lo que se adujo por la parte actora para probar la falla médica se funda principalmente en el dictamen allegado por el médico general, sobre el cual además de lo ya expuesto, en la contradicción el señor perito refirió:

19 https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Ptes_Respi.pdf.
20 https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_Sepsis.pdf

1. Discrepancias en las notas de enfermería y médicas, con ausencia de nota médica o por inconsistencia en hora.
2. En la historia clínica hay una nota que requirió aclaración sobre la adaptación neonatal y que arroja serias dudas sobre todo el procedimiento.
3. En la Resolución 2003 de 2014 se dan las condiciones mínimas de habilitación de cada servicio para la UCIN en talento humano y procesos prioritarios. Ahora bien, teniendo como punto de partida esa guía, existe tres momentos de no conformidad:
 - a. En la adaptación neonatal se encontró un neonato sano, sin dificultad respiratoria, pero con meconio y proceden a hacer lavado tras lo que el paciente presenta deterioro respiratorio con un SILVEMAR de 7, por esa razón solicitan revisión por pediatría, sin embargo, se hizo nota aclaratoria a las 5 de la tarde sobre que no se presentó meconio.
 - b. Una hora después de la revisión del médico general del registro del deterioro respiratorio se tiene que fue valorado por el pediatra e ingresado el niño a la UCIN, pero pasan luego cinco horas sin que fuere revisado por ningún especialista de pediatría en la UCIN. Aun cuando era cianótico en un 100% y con tirajes y quejido. La siguiente nota indica la ventilación mecánica no invasiva sobre las cinco de la tarde. Esas cinco horas al revisar la guía de manejo de 2013, se encuentra que una vez el menor tiene signos de dificultad respiratorios severos hay que atenderlo con ventilación mecánica invasiva o no invasiva de la vía aérea. Con un mecanismo externo que es CIPAC. Este retraso de la conducta es de cinco horas.
 - c. El tercer momento de NO conformidad es llegada la media noche en donde dice que se le informó a pediatría el deterioro del niño y solo hasta las 3:10 de la mañana deciden entubarlo. A esa hora la nota dice que terapia respiratoria se intentó varias veces, sin lograr la intubación, razón para llamar a anestesiología a las 3:30 que lo hace en el primer intento. No existen notas médicas al efecto concordantes con algunas notas de enfermería. En la Resolución 2003 se dispone la atención en cuidado crítico es de manera permanente y presencial y no es lógico que fuera la terapeuta respiratoria la que intentará intubar al bebé.

Por su parte, la entidad accionada no contestó la demanda, de modo tal que además de la historia clínica, solo se encuentra la declaración de la médica tratante LAURA CATALINA BOHORQUEZ PIÑEROS, que expresó que la atención al menor en adaptación fue adecuada. Esta médica adujo que su error en el diligenciamiento de la historia clínica que dio lugar a una nota aclaratoria se produjo por usar una plantilla de otro paciente, pero que no existieron en el niño SPR indicadores de meconio.

Es menester resaltar que la doctora Bohórquez dijo además que:

- La aspiración de meconio trae como consecuencia dificultades para respirar.
- La falta de exámenes de la madre y seguimiento de la gestación de manera adecuada, pueden dar lugar a la existencia de un virus que diera lugar a la neumonía que tenía el niño SPR. En todo caso, agregó que la neumonía uterina pudo devenir de diferentes causas.
- En la amniotomía y adaptación no había líquido amniótico con meconio, de manera que no sabía por qué razón había en vía aérea en la necropsia.
- El meconio aspirado era una causal de neumonía en bebés.

Punto por punto revisada la historia clínica frente a los argumentos de la parte actora se tiene:

1. En cuanto a la presunta demora de 5 horas en el inicio de ventilación mecánica:

1.1. En efecto, el menor que nació a las A LAS 10:47, a las 11:40 ingresó a la UCIN con dificultad respiratoria leve moderada, así:

*“08/01/2018 11:40 INGRESA PACIENTE A LA UCIN EN INCUBADORA, CON O2 POR CÁMARA HOOD AL 50%, CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA LEVE-MODERADA, SE PESA Y SE PASA A INCUBADORA SIN COMPLICACIONES, PATRÓN RESPIRATORIO REGULAR
Firmado Por: YOHANNA CATHERINE MARTÍNEZ FAJARDO, TERAPIA RESPIRATORIA”*

Pág. 1 documento 002 cd fl.37

La Cámara de Hood es un apoyo respiratorio – oxigenoterapia y en este caso a menos de una hora de nacer se encontró un patrón respiratorio, quejido respiratorio ocasional, signos de dificultad respiratoria, razón para dejarlo en UCIN.

1.2. Observándose los exámenes pertinentes cobra importancia lo dicho en audiencia por la médica LAURA CATALINA BOHORQUEZ PIÑEROS, en lo referente a que el infante SPR no tenía ningún indicador de meconio en el sistema gástrico, pero lo que sí presentaba era una respiración anormal, una taquipnea.

La taquipnea es una respiración rápida, generalmente transitoria en el recién nacido²¹, razón para que revisada la historia clínica se diagnostica taquipnea transitoria del recién nacido.

Ahora bien, revisada la documentación que reposa en el plenario, se encuentra a las 1151 que el niño tenía indicador de SILVERMAN que no mejoró con cámara de Hood, razón por la cual se dejó en cuidados intensivos para observación.

La escala de Silverman es una escala que va del 0 al 10, donde a medida que la puntuación aumenta, la dificultad del Recién Nacido al respirar aumenta también. La interpretación es la siguiente²²:

0 puntos: no hay dificultad respiratoria

1-3 puntos: dificultad respiratoria leve

4 – 6 puntos: dificultad respiratoria moderada

7-10 puntos: dificultad respiratoria severa.

1.3. A las 12 y 40 se continuó oxigenación mediante HOOD a 50%, sin mejora, nótese que pese a la existencia del meconio o no realizaron la succión de secreciones vía gástrica, donde se encontraba el Pediatra FABIO SUÁREZ VALDERRAMA²³, así:

“NEONATO A TÉRMINO, CON PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL, FRUTO DE TERCERA GESTACIÓN, MADRE CON 4 CONTROLES PRENATALES, PACIENTE CON ADAPTACIÓN ESPONTÁNEA QUIEN PRESENTA SILVERMAN DE 7 POR LO CUAL SE INICIA HOOD A 50% SIN MEJORÍA POSTERIOR A MANEJO POR 5 MINUTOS. SE INGRESA A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES PARA MANEJO Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS. SE EXPLICA MANEJO MÉDICO A MADRE, SE ACLARAN DUDAS, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.”

Pág. 6 documento 002 cd fl.37

²¹ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007233.htm>

²² <https://campusvygon.com/escala-silverman/>

²³ Ver página 6 historia clínica del menor

M. DE CONTROL:

RADICACIÓN:

DEMANDANTE:

DEMANDADO:

Reparación Directa

11001-3343-061-2019-00096-00

Aldemar Pacheco Camargo y Otros

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

A esa hora se destaca que el neonato presenta SILVERMAN 7/10 por quejido audible, retracciones xifoideas, cuyo tratamiento es a oxígeno libre, sin embargo, persiste síntomas. Se ordena tomar gases arteriales, hemograma, rx de tórax.

1.4. A las 15 horas en notas de enfermería se anotó:

Fecha: 08/01/2018 15:00 - Sede: 026-CENTRO ESPECIALIZADO-USS SUBA - Ubicación: SU-P3 UCI RECIEN NACIDOS - Servicio: Hospitalización

Nota seguimiento enfermera - CONTROLES AUX-DE ENFERMERIA

Paciente de 0 Días, Género MASCULINO, 0 día(s) en hospitalización

Presión arterial (mmHg): 76/38, Presión arterial media(Mmhg): 50 Frecuencia cardiaca(Lat/Min): 136 Frecuencia respiratoria(Respi/Min): 49 Saturación de oxígeno(%): 96 Temperatura(°C): 36. 7

Nota: 15:00 bebe recibe visita materna se toman signos vitalesl.

Firmado Por: MARY LUZ OSORIO HERNANDEZ, CONTROLES AUX-DE ENFERMERIA, CC 52806458

1.5. A las 15.34 horas en las notas de enfermería se anotó:

Página 817 de 986

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota seguimiento enfermera - ENFERMERIA
Paciente de 0 Días, Género MASCULINO, 0 día(s) en hospitalización

Nota: recién nacido de 0 días de vida, a unidad de cuidado intensivo, en incubadora cerrada termostregulada, con manilla de identificación, con Diagnostico de RECIEN NACIDO A TERMINO (BALLARD 40 SEMANAS)
PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL (3090 GR), APGAR 8-9-10, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO, bebe activo, reactivo a estímulos, con soporte de oxigeno por camara de hood al 50%, tórax expandible adecuada saturación, con tirajes intercostales y quejido audible, abdomen blando sin distension, en reposo intestinal con sonda orogastrica a drenaje sin evidencia de drenaje activo, con posicion y medidas antirreflujo, piel hidratada rosada, con cateter venoso en miembro superior derecho con DAD al 10% a 11. 3cc/h, control de glucometria cada 8 horas, bebe estable, se brinda cuidado y atención de enfermería cambio de posición hidratación de la piel confort descanso sueño y seguridad del recién nacido según protocolo.
***se cambia soporte de oxigeno ventury nebulizador en Yet al 100%, no se observa mejoría del patron respiratorio.

Firmado Por: YOLANDA BOHORQUEZ GOMEZ, ENFERMERIA, Registro 41241124, CC 41241124

Se cambió soporte de oxígeno de ventury nebulizador en Yet sin observar mejoría.

1.6. A las 16 horas se registró la orden de ventilación no invasiva del niño.

Fecha: 08/01/2018 16:00 - Sede: 026-CENTRO ESPECIALIZADO-USS SUBA - Ubicación: SU-P3 UCI RECIEN NACIDOS - Servicio: Hospitalización

Nota seguimiento enfermera - CONTROLES AUX-DE ENFERMERIA

Paciente de 0 Días, Género MASCULINO, 0 día(s) en hospitalización

Presión arterial (mmHg): 75/33, Presión arterial media(Mmhg): 47 Frecuencia cardiaca(Lat/Min): 136 Frecuencia respiratoria(Respi/Min): 49 Saturación de oxígeno(%): 96 Temperatura(°C): 36. 7

Nota: 16:00 bebe en unidad sin cambios ni complicaciones, se observa tranquilo.
17:00 por resultados de radiografia de torax medico de turno ordena ventilacion no invasiva se realiza arreglo de la unidad cambio de pañal, Se realizan cuidados de enfermería.

Firmado Por: MARY LUZ OSORIO HERNANDEZ, CONTROLES AUX-DE ENFERMERIA, CC 52806458

1.7. A las 17:00 horas según nota de enfermería

Hospitalización
Nota seguimiento enfermera - ENFERMERIA
Paciente de 0 Días, Género MASCULINO, 0 día(s) en hospitalización

Nota: recién nacido con signos de dificultad respiratoria sin mejoría, se toma rx de torax, medico adiciona diagnostico, RECIEN NACIDO A TERMINO CON PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL 40 SEMANAS POR BALLARD, SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO, VENTILACION MECANICA NO INVASIVA. INICIO 08/01/2018 * FRACTURA CLAVICULA DERECHA, se disminuye soporte de liquidos a 9. 3cc/h, se admisntira dosis de morfina 150mcg intravenosa, se pasa soporte de oxigeno a ventilacion mecacanica no invasiva por canula nasal con FIO2 DEL 50%, CONTINUA VIGILANCIA DEL PARTRON RESPIRATORIO.

Firmado Por: YOLANDA BOHORQUEZ GOMEZ, ENFERMERIA, Registro 41241124, CC 41241124

1.8. A las 17.04 según nota de enfermería

Fecha: 08/01/2018 17:04 - Sede: 026-CENTRO ESPECIALIZADO-USS SUBA - Ubicación: SU-P3 UCI RECIEN NACIDOS - Servicio: Hospitalización
Nota seguimiento enfermera - CONTROLES AUX-DE ENFERMERIA
Paciente de 0 Días, Género MASCULINO, 0 día(s) en hospitalización

Presión arterial (mmHg): 87/50, Presión arterial media(Mmhg): 62 Frecuencia cardiaca(Lat/Min): 163 Frecuencia respiratoria(Respi/Min): 50 Saturación de oxígeno(%): 95 Temperatura(°C): 36. 6

Nota: 17:00bebe recibe visita materna paciente continua estable con protocolo de minim manipulacion.

Firmado Por: MARY LUZ OSORIO HERNANDEZ, CONTROLES AUX-DE ENFERMERIA, CC 52806458

1.9. A las 17.14 se aclara nota así: PACIENTE NO NECESITÓ LAVADO GÁSTRICO DADO QUE LÍQUIDO ERA CLARO, NO MECONIO. ERROR EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Firmado Por: LAURA CATALINA BOHORQUEZ PIÑEROS, CONS MEDICINA GENERAL, Registro 1016026798, CC 1016026798

También se anotó a esa hora que, aunque el nacer se encontró un Silverman de 0/10, tras la adaptación el niño presentó un SILVERMAN 7/10 dado por quejido audible, retracciones xifoideas, dilatación nasal y tirajes.

1.10. Es claro también que a las 17:14 se inició la ventilación mecánica no invasiva VMNI, así:

“...EVOLUCIÓN TORPIDA YA QUE HA PESISTIDO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA E INCREMENTO DE FIO2, POR LO CUAL SE DECIDE INICIAR VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS PIM 18, PEEP, FR 35, FIO2 50%, SATO2 99%. HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN APOYO VASOMOTOR. SE REvisa RX DE TOTAX: MALA TÉCNICA, ROTADA, APARENTE VOLUMEN PULMONAR CONSERVADO BILATERALMENTE. SIN OPACIDADES, CONSOLIDACIONES, DERRAMES PLEURALES, NEUMOTÓRAX Y/O ATELECTASIAS. SILUETA CARDIOTIMICA NORMAL. PÉRDIDA DE LA CONTINUIDAD OSEA EN EL TERCIO MEDIO DE LA CLAVICULA DERECHA. OTRAS ESTRUCTURAS ÓSEAS SIN DEFORMIDADES. SOG EN CÁMARA GASTRICA. PENDIENTE REPORTE OFICIAL DE RADIOLOGÍA. GASES VENOSOS CON ADECUADO EQUILIBRIO ACIDO-BASICO. POR AHORA SE CONTINÚA IGUAL MANEJO INSTAURADO, SE AJUSTA APOORTE HIDRICO A 75 CC/G/D. SE VIGILARÁ PATRÓN RESPIRATORIO. SE ORDENO DOSIS UNICA DE OPIACEO PARA ANALGESIA. SE INFORMO A LOS PADRES SOBRE EL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE QUIENES ENTIENDEN Y ACEPTAN”. Pág. 7 documento 002 cd fl.37

1.11. Con exámenes paraclínicos previos, así

*“...PARACLÍNICOS:
GASES VENOSOS (8/01/18)
Ph 7. 30, PCO2 44. 1, PO2 42. 9, HCO3 22. 1, EB -4. 4, LACT 2. 8”*

*...
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL. EVOLUCIÓN TURNO DE LA TARDE
SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO TAQUIPNEA
TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO.
VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. INICIO 08/01/2018*

Pág. 8 y 10 documento 002 cd fl.37

1.12 A las 18:36 horas según nota de enfermería

Fecha: 08/01/2018 18:31 - Sede: 026-CENTRO ESPECIALIZADO-USS SUBA - Ubicación: SU-P3 UCI RECIEN NACIDOS - Servicio: Hospitalización
Nota seguimiento enfermera - CONTROLES AUX-DE ENFERMERIA
Paciente de 0 Días, Género MASCULINO, 0 día(s) en hospitalización

Presión arterial (mmHg): 59/43, Presión arterial media(Mmhg): 48 Frecuencia cardíaca(Lat/Min): 140 Frecuencia respiratoria(Respi/Min): 49 Saturación de oxígeno(%): 93 Temperatura(°C): 36. 9

Nota: 18:00 se realizaron cuidados de enfermería, control de líquidos administrados y eliminados, arreglo de unidad
19:00 Entrego paciente en el servicio de unidad de cuidados neonatales, con un dx medico y manejo ya establecido, paciente estable afebril, sin signos de dificultad respiratorio, paciente rosado, hidratado, con mucosas orales húmedas, con fontanelas normotensas, afebril, con miembros superiores e inferiores en normal estado, con manillas de identificación y bautizo.

Firmado Por: MARY LUZ OSORIO HERNANDEZ, CONTROLES AUX-DE ENFERMERIA, CC 52806458

A esta hora también se agrega a la taquipnea transitoria del recién nacido, el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y una fractura en la clavícula derecha como diagnóstico de SPR.

Por lo que se observa que la ventilación no invasiva se destacó en la historia clínica cinco horas después, desconociéndose el por qué no se hizo en el lapso de las 12:40 a las 17:14 la ventilación mecánica, que según indicó el perito en la sustentación era crucial.

Ahora bien, aunque fue clara la explicación del médico general auxiliar de la justicia frente a la guía por él referida, lo cierto, a las luces de la experiencia relatada en audiencia por la testigo, es que la praxis médica ordena que al recién nacido se le aspire con una sonda de manera superficial en el sistema gástrico, sin ser posible en principio detectar una aspiración del meconio antes o en el momento de nacer.

De acuerdo a la guía de práctica clínica del recién nacido con trastorno respiratorio, si al nacer se aspira meconio, esto puede explicar la taquipnea del recién nacido, que generalmente es transitoria y que mejora con el oxígeno, que en este caso incluso más allá de la cánula nasal, fue con Cámara de Hood.

Se resalta de esta guía la pregunta 26 en la que se cuestiona frente a los niños con Síndrome de aspiración de líquido amniótico teñido de meconio (SALAM):

4.2.2.1.1 *Pregunta*

En el RN con SALAM, ¿cuáles son las indicaciones para iniciar un soporte ventilatorio?

4.2.2.1.2 *Respuesta basada en la evidencia*

Se encontró evidencia que ayuda a determinar cuáles deben ser las indicaciones para iniciar soporte ventilatorio, estas indicaciones fueron discutidas con el GDG quienes consideraron que eran adecuados para su aplicación en Colombia.

4.2.2.1.3 *Recomendación:*

26. Se recomienda en los recién nacidos con SALAM iniciar ventilación mecánica cuando:

- PaO2 <50 mmHg o saturación de oxígeno <92% con una FiO2>0,7
- PCO2 >60 mmHg
- Apnea clínicamente significativa o deterioro clínico determinado por el neonatólogo

Calidad de la evidencia: **Muy baja, recomendación basada en opinión de expertos.**

Recomendación fuerte a favor de la intervención

En el caso del menor SPR no se registró apnea en esas cinco horas de las que habla el perito, ni deterioro clínico determinado por el neonatólogo, o por el pediatra.

Es menester indicar que solo si el niño no mejora se pasa de la ventilación mecánica no invasiva a la invasiva, dados los riesgos asociados a las infecciones por esta práctica.

La misma guía frente a la neumonía neonatal y el soporte ventilatorio expresa:

4.3.1.2.1 *Pregunta*

¿Cuáles son las indicaciones de soporte ventilatorio en recién nacidos con SDR por neumonía neonatal?

4.3.1.2.2 *Respuesta basada en la evidencia*

No se encontró evidencia específica que permitiera definir el inicio de la ventilación mecánica en el recién nacido con neumonía. En reunión de expertos y del GDG se definió por consenso que los criterios para definir intubación y ventilación mecánica son los mismos que definen una falla respiratoria.

Calidad de la Evidencia Muy baja, recomendación basada en opinión de expertos.

4.3.1.2.3 *Recomendación:*

35. Se recomienda Iniciar ventilación mecánica en los recién nacidos con neumonía neonatal cuando cumplan criterios de falla respiratoria.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

Criterios Clínicos:

- Retracciones (intercostales, supraclaviculares y supraesternales)
 - Quejido
 - Frecuencia respiratoria > 60 por minuto
 - Cianosis central
 - Apnea intratable (siempre requiere soporte ventilatorio)
 - Disminución de la actividad y movimiento
-
- PCO₂ > 60 mm Hg
 - PO₂ < 50 mm Hg o saturación de O₂ menor de 80% con una FiO₂ de 1.0
 - pH < 7.2

Se reitera que el menor SPR no registró apnea en esas cinco horas de las que habla el perito, ni cianosis central, ni disminución de la actividad y el movimiento.

No se encuentra entonces por qué pasar a soporte ventilatorio bien sea mediante ventilación mecánica no invasiva o invasiva ANTES del momento en que lo ordenó el pediatra.

2. Respecto de la valoración del perito de tardanza de 15 horas desde el inicio del cuadro de estrés, se encontró:

2.1. Inició a las 03:46 del 09 de enero de 2018, así:

09/01/2018 03:46 Justificación para que el paciente continúe hospitalizado:
VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA.
Firmado Por: FABIO SUÁREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA,
Pág. 31 y 32 documento 002 cd fl.37

2.2. Desde las 17:14 del 08/01/2018 a la hora del 03:46 del otro día transcurrieron algo más de 10 horas, pero no es de recibo que debiera iniciarse la ventilación invasiva

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

inmediatamente se presentó el cuadro de estrés, de lo escrito en la historia clínica, obra una observación pertinente, que justificaba la ventilación mecánica, durante ese tiempo así:

“19:19

TOMAN RADIOGRAFIA DE TÓRAX Y SE OBSERVA 8 EIC, Y FRACTURA MEDIA DE CLAVICULA DERECHA, POR LO TANTO, SE INICIA VENTILACIÓN NO INVASIVA POR ORDEN MÉDICA. SE DEJA CON PARAMETROS DE 0, 50 PEEP 5 PSV 8 PIM 23 PIP18 MEDIA 6 FR 35 T, O38. MUESTRA MEJOR PATRÓN RESPIRATORIO. SE DEJA CON MORFINA.

Firmado Por: CAROLINE MORALES MC NISH, TERAPIA RESPIRATORIA...”

08/01/2018 20:15

PLAN:

. MONITOREO INTENSIVO

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.

Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA”

Pág. 16 documento 002 cd fl.37

20:15

“Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).

Plan de manejo:

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA”.

Pág. 17 documento 002 cd fl.37

“23:33 PENDIENTE TOMA DE PARACLINICOS.

. OTRAS ÓRDENES MEDICAS SIN CAMBIOS

Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).

Plan de manejo: Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA”.

Pág. 19-26 documento 002 cd fl.37

“Subjetivo, Objetivo, Análisis: PARACLINICOS:

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS 13. 170, N 63%, L 30%, M 5%, HB 17. 8 GM, HTO 50%, MPLT 285. 000.

PCR MENOR DE 2 MG/DL.

BILIRRUBINA TOTAL 3. 89, B. INDIRECTA 3. 59 MG/DL.

RETICULOCITOS 8%.

COOMBS DIRECTO NEGATIVO.

HEMOGRAMA NORMAL. BILIRRUBINAS EN ZONA 0 DE RIESGO QUE NO REQUIERE INTERVENCION.

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.

Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA”

Pág. 26-29-30 documento 002 cd fl.37

“23:33

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS 13. 170, N 63%, L 30%, M 5%, HB 17. 8 GM, HTO 50%, MPLT 285. 000.

PCR MENOR DE 2 MG/DL.

BILIRRUBINA TOTAL 3. 89, B. INDIRECTA 3. 59 MG/DL.

RETICULOCITOS 8%.

COOMBS DIRECTO NEGATIVO.

HEMOGRAMA NORMAL. BILIRRUBINAS EN ZONA 0 DE RIESGO QUE NO REQUIERE INTERVENCION.
PLAN: SE CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO.
Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).
Plan de manejo: Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.
Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA”
Pág. 30 documento 002 cd fl.37

“00:34 Plan de manejo: recibo paciente en regulares condiciones generales en estado consciente, hidratado, a febril, continua con soporte de oxígeno por ventilación mecánica no invasiva con parámetros ventilatorios de: fr. /fio2 al 0. 70%/peep. 6/presión soporte. 10/pim. 26/pip. 20/presión media 8/ t. inspiratorio. 1:3 con una fr. 40 presentando valores de saturación mayores al 94%.

Subjetivo, Objetivo, Análisis: NOTA RETROSPECTIVA:
RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA A LAS 03:10 H. PACIENTE CON AUMENTO PROGRESIVO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ENCUENTRO PACIENTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA DADA POR TIRAJES UNIVERSALES, DISBALANCE TORACO-ABDOMINAL, POR LO CUAL SE DECIDE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL. A LAS 03:45 BAJO EFECTO SEDATIVO CON MORFINA A DOSIS DE 0. 2 MCG/K. Y VARIOS INTENTOS (PACIENTE DE DIFICIL INTUBACIÓN) SE REALIZA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON TUBO 3, 5 EL CUAL SE FIJA A COMISURA ORAL EN 9 CM. Y SE ADAPTA A VENTILADOR EN MODO SIMV CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS PIM 16, PEEP 5, FR 35, TI 0. 40, FIO2 100%. SATO2 97%.
SE ORDENA RX DE TÓRAX POSRINTUBACIÓN.
Diagnósticos activos después de la nota: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO (En Estudio).
Plan de manejo:
Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. Firmado Por: FABIO SUAREZ VALDERRAMA, CONS PEDIATRIA

Pero además de esto, se ha considerado que la “ventilación mecánica invasiva puede producir efectos secundarios importantes, fundamentalmente de tipo infeccioso y por barotrauma (lesión por aumento de presión)”24

Se resalta de las notas medicas para dar más claridad a este caso lo siguiente:

Página 813 de

NOTAS MÉDICAS

- *Síndrome De Dificultad Respiratoria Del Recién Nacido En Manejo
- Neumonía In Utero (multilobar)
- Deficit Por Consumo De Surfactante Pulmonar (3 Dosis Surfactante Exogeno)
- *Hipertension Pulmonar Moderada En Manejo
- Oxido Nitrico (suspendido 19/01/20018)
- *Neumotorax Derecho - Resuelto
- Tubo Toracostomia Derecha (retirado 18/01/2018)
- *Choque Mixto Refractario A Catecolaminas En Resolucion
- *Fractura De Clavicula Derecha Descartada
- *Sepsis Temprana Tratada
- Cultivo Para St Agalactiae Materno Positivo
- *Sangrado Pulmonar
- Transfusión De Crioprecipitados, Plaquetas y GRE
- *Alto Riesgo Neurológico
- *Trastorno Hidroelectrolítico : Hiponatremia en correccion
- *Coagulopatía 2daria A Compromiso Multiorganico (Trombocitopenia Transfundida 12-13/01 23/01/18 Y Paso De Crios 13/01)
- Sangrado Digestivo Alto 2dario. - Sangrado Por Tot
- *Dislipidemia En Manejo
- *Colestasis En Manejo
- *Hepatomegalia En Estudio
- *Falla Multisistémica: compromiso pulmonar, renal, hematológico y hepático

24 <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/ventilacion-mecanica.html>

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

PACIENTE FRUTO DE MADRE CON REPORTE DE CULTIVO RECTOVAGINAL 05/01/18 POSITIVO PARA S. AGALACTIAE, REPORTE RECLAMADO LUEGO DEL NACIMIENTO DEL RECIEN NACIDO A TERMINO QUE PRESENTA NEUMONIA CONGENITA CON COMPROMISO MULTILOBAR, SEPSIS, FALLA VENTILATORIA SEVERA CON PRESENCIA DE NEUMOTORAX PARA LO CUAL SE REALIZA TORACOSTOMIA CERRADA DERECHA(10/01) CON RESOLUCION DEL NEUMOTORAX. SE ADMINISTRARON TRES DOSIS DE SURFACTANTE (ULTIMA 12/01), CONTINUA EN VENTILACION MECANICA INVASIVA, CON PARAMETROS AUN MAS ALTOS, SEGURAMENTE POR RESTRCCION. SE INSISTE EN DESTETE DE DE NORPIENEFRINA. COTNONUA CON DOAPMINA A DOSIS RENAL. EN ANURIA, CREATININA EN ASCENSO, NO ES POSIBLE TRASLDO A 4TO NIVEL PARA DIALISIS PERITONEAL. PERSISTE EN ANASARCA. PACIENTE QUEIN PERMENACE MUY CRITICO EN FALLA MULTISISTEMICA CON COMPROMISO CARDIACO, HEPATICO, RENAL, SNC, HEMATOLOGICO. CON MUY MAL PRONOSTICO VITAL. SE HAAN NNUEVAMENTE CON LA MDRE Y EL PADRE Y SE DA INFROMACION CLARA Y PRECISA. REFIEREN ENTENDER. SE CONTINUARA MANEJO INTENSIVO, MUII TISDOPORTADO. MONITFRO INTENSIVO NO INVASIVO

Este niño murió con síndrome de dificultad respiratoria en manejo, que pudo ser causado por la aspiración del meconio o por la neumonía; déficit por consumo de surfactante pulmonar que se usó para manejar su lesión pulmonar; choque mixto refractario, sepsis temprana tratada; sangrado pulmonar, trastorno hidroeléctrico.

Finalmente se determinó que la madre tenía agalactiae positivo, solo detectada tras el parto, lo que es indicador de una infección neonatal, que pudo dar lugar a la neumonía.

En cuanto a la imputación de que, si existió meconio y que, al realizarse el lavado gástrico, la inserción del líquido al estómago pudo haber quedado en la vía respiratoria y llevar el líquido amniótico y el meconio a los bronquios, se encontró que carece de sustento probatorio tal afirmación, no siendo dable al despacho su suposición, ya que debió ser indicado por un perito médico de manera puntual y tajante, no partiendo de un evento aleatorio.

Respecto al hecho de que el meconio existía en las vías respiratorias, denominado también meconio aéreo, la testigo médico Laura Bohórquez refirió haber realizado el lavado gástrico, refirió desconocer cómo llegó allí y aclaró que las sustancia que extrajo del organismo del menor no era meconio, pero ante la dificultad respiratoria decidió remitir a la UCI al infante. No existiendo prueba de que el meconio se haya traslado del estómago a los pulmones por cuenta del lavado gástrico.

Sin evidencia del meconio en el estómago, lo que era dable era revisar su dificultad respiratoria mediante observación. De ninguna manera considera viable está jueza, como lo dijo el auxiliar de justicia, ejecutar una traqueotomía para revisar si el menor lo tenía en la garganta en estos términos.

De la presunta ausencia de la nota médica de orden de dopamina al paciente, se encontró en la historia clínica el 10 de enero de 2018 a las 00:03 el pediatra Gregorio Sierra del Villar fue quien la ordenó (fl. 72 cd fl. 37).

Según lo expuesto, habiéndose examinado el plenario en su conjunto, se observa que en el expediente no obran pruebas que permitan acreditar que el fallecimiento del neonato se produjo, según lo dicho en la demanda, con ocasión de la inadecuada prestación del servicio médico asistencial por parte de la E.S.E.

De acuerdo con lo expuesto, esta jueza encuentra que en el presente caso la parte actora no cumplió con la carga probatoria que le correspondía, teniendo en cuenta que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 167 del Código General del Proceso “incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”, de donde la imputación del daño que alega requiere de prueba, cuya omisión por la demandante, a quien corresponde tal deber, impide establecer la existencia de uno de los elementos estructurales de la responsabilidad, sin la cual, en los términos del artículo 90 de la Constitución Política, no es posible su declaración.

Bajo el anterior contexto, en el *sub examine* no se probó la falla del servicio imputada al extremo pasivo y que conllevó, según lo expuesto en el escrito de demanda, a la muerte del recién nacido SPR, pues la parte demandante no arrió al proceso medios de prueba conducentes, pertinentes y útiles, tendientes a acreditar la inadecuada prestación del

M. DE CONTROL:
RADICACIÓN:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

Reparación Directa
11001-3343-061-2019-00096-00
Aldemar Pacheco Camargo y Otros
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

servicio médico y por ello, bajo la óptica de un régimen subjetivo de responsabilidad, la falta de acreditación de la falla del servicio conlleva a la imposibilidad de imputación de responsabilidad al Estado.

5. COSTAS

En el caso bajo estudio el despacho no encontró fundamentos suficientes para condenar en costas a la parte vencida, razón por la que se abstuvo de reconocer ese concepto en esta instancia (artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y el artículo 365 del Código General del Proceso).

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO SESENTA Y UNO (61) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C – SECCIÓN TERCERA** administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO: Negar las demás pretensiones de la demanda.

SEGUNDO: Contra la presente decisión procede recurso de apelación.

TERCERO: Ejecutoriada la sentencia, **REMITIR** el expediente a la oficina de apoyo de los Juzgados Administrativos del Circuito Judicial de Bogotá o al competente para la liquidación de los gastos procesales y devolución de remanentes si los hubiere.

CUARTO: Una vez cumplido lo anterior, por secretaría **ARCHIVAR** el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

EDITH ALARCÓN BERNAL
JUEZA

LMP

Firmado Por:
Edith Alarcon Bernal
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
61
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

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

Código de verificación: 85a6377da432c49fbf4d90ec3b883d3fdf647a56f09cd05380de69fe05ebc508
Documento generado en 27/07/2022 04:07:21 PM

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