

20/febrero/2019

No. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: RC 1188223915

No. ADMISIÓN: A20192380

NOMBRE PACIENTE: Menco Valencia Ana Sofia

EDAD: 3 AÑOS SEXO: Femenino

CIUDAD DE NACIMIENTO: Bogotá D.C.

FECHA DE NACIMIENTO: 23/agosto/2016

NACIONALIDAD: Colombiano

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:

CIUDAD DE RESIDENCIA:

DEPAR. RESIDENCIA:

CL 21 C N 12 A - 57 INT 2 MANZANA

BOGOTÁ D.C.

Bogotá D.C.

TEL. RESIDENCIA:

ESTADO CIVIL:

Ocupación:

3209575873

SOLTERO (A)

Pensionados, Estudiantes y Amas de Casa

DIRECCIÓN DE OFICINA

CIUDAD DE OFICINA:

DEPAR. OFICINA:

3209575873

BOGOTÁ D.C.

Bogotá D.C.

TEL. OFICINA:

3118902815

PERSONA RESPONSABLE: Nancy Yamile Valencia 2

PARENTESCO: MADRE

DIRECCIÓN RESIDENCIA: CLL 21C N: 12A 57 INT 2 MZ2

TELÉFONO RESIDENCIA: 3209575873

DATOS ADMISIÓN

PACIENTE DE	SECCIÓN	TIPO CAMA	No. HAB.	FECHA INGRESO	HORA INGRESO
				20/febrero/2019	19:23

MÉDICO HOSPITAL

MÉDICO TRATANTE:

79689965

ORDÓÑEZ ORDOÑEZ LEONARDO ELIAS

ENTIDAD

NÚMERO DE CARNET

EPS SANITAS S.A.

000000010000000000000000

(RECORRIBLES)

000000000000000000000000

ÚLTIMAS ADMISIONES

000004703430000100000000

5

A20192380

R20191030

E201917902

E20199618

E2018154481

NOMBRE PACIENTE

Menco Valencia Ana Sofia

1188223915

A20192380

20/febrero/2019

No. HISTORIA CLÍNICA

No. ADMISIÓN

No. HAB

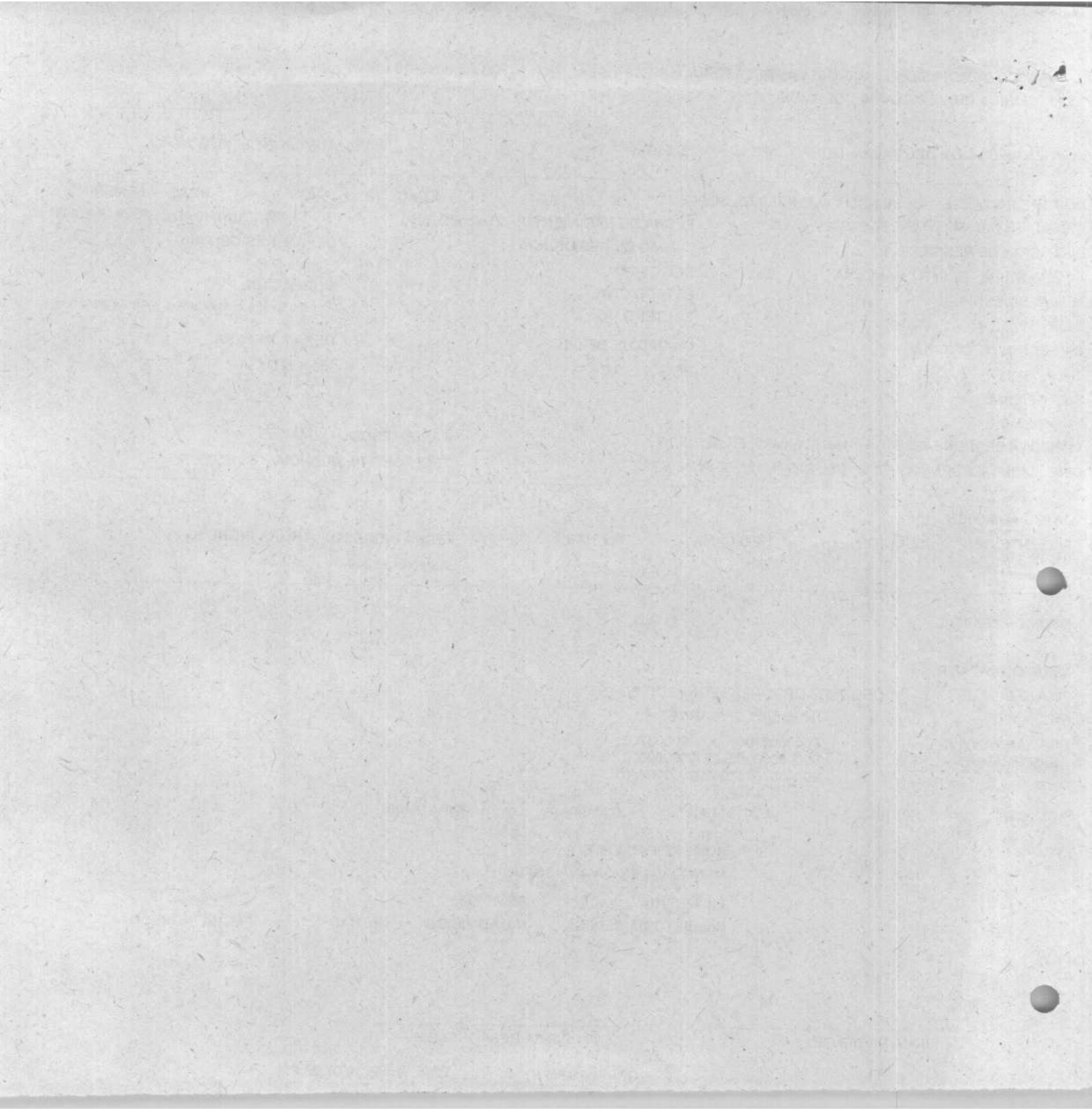
FECHA INGRESO

FIRMA PACIENTE

FIRMA RESPONSABLE

OPSALAMANC

20/febrero/2019 07:23 PM





1.188.223.915

jueves, 14 de febrero de 2019 - 14:55

VALORACIÓN PREANESTÉSICA - CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA



Paciente: ANA SOFIA Menco VALENCIA H.C.: 1188223915 Sexo: FEMENINO Edad: 2 años, 5 meses
Entidad: - EPS SANITAS PES Contrato: 3105-39-159-5 Ocupación: hogar Informante: MAMÁ

PROCEDIMIENTO PROGRAMADO: (DERECHO) IMPLANTE COCLEAR OIDO DERECHO

ANTECEDENTES

- Quirúrgicos: EXANGUINOTRANSFUSION
- Anestésicos: NO.
- Alergias: NINGUNA CONOCIDA
- Farmacológicos: CLONAZEPAN GOTAS EN LA NOCHE
- Patológicos: SECUELAS KERNICTERUS, HIPERTONIA GENERALIZADA, VACUNACION COMPLETA, MADRE TUVO PRECLAMPSIA SEVERA, PARTO POR CESAREA A LAS 36 SEMANAS. RETRASO SEVERO PSICOMOTOR.
- Tóxicos: NO.
- Transfusionales: NO. SIN REACCIÓN TRANSFUSIONAL.
- Otros: NO.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Dependencia funcional: TOTALMENTE DEPENDIENTE

EXAMEN FÍSICO

PANI: / mmHg FC: 116 lpm FR: rpm SpO₂: % TEMP: °C
Peso: 10 kg Talla: cm IMC: kg/m² Superficie corporal: .47 m² Peso ideal: kg Peso magro: kg

- Estado general: BUENO Glasgow: 15 / 15
- Cabeza y cuello: Lentes de contacto: NO; Prótesis dentales: NO; Dientes flojos: NO;
- Riesgo de Vía Aérea Difícil: **BAJO** -
- Cardiopulmonar: Ruidos cardíacos: RÍTMICOS; SIN SOPLOS - Auscultación pulmonar: NORMAL. -
- Abdomen: NO SE EXPLORA -
- Extremidades y dorso: NO SE EXPLORA -
- Neurológico: NO SE EXPLORA -
- Otros hallazgos:

PARACLÍNICOS

DIAGNÓSTICOS: H905 - (HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION).

RIESGOS PERIOPERATORIOS

==>

ASA: EF III

NCEPOD: 4 - Electiva

BUPA: 2 - Intermedia

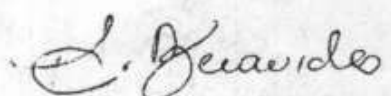
- Riesgo NVPO: - Sin opioide PostOP: ≥ 2 PTS -> ≥ 43% (NNH 2)
- Con opioide PostOP: ≥ 3 PTS -> ≥ 61% (NNH 1)

RECOMENDACIONES

- MUNDO PRE-OPERATORIO SEGÚN PROTOCOLO (MAYOR A 6 HORAS)
- EXPLICAN TÉCNICAS ANESTÉSICAS Y POSIBLES COMPLICACIONES EN TÉRMINOS QUE MANIFIESTA ENTENDER
- GENERALES: NÁUSEA. VÓMITO. ESCALOFRÍO. ALERGIAS. ZONAS DE PRESIÓN. LESIONES OCULARES
- CARDIOVASCULAR: INFARTO CARDIACO. EVENTO CEREBROVASCULAR. EMBOLISMO PULMONAR. ARRITMIAS. PARO CARDIACO. MUERTE
- SE ENTREGAN RECOMENDACIONES POR ESCRITO
- SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANESTESIOLOGA: CRISTINA ALEXANDRA BENAVIDES CARO - REGISTRO MÉDICO: 52074401

FIRMA: _____



FIRMA DIGITAL:
ANESTESIOLOGA: CRISTINA ALEXANDRA BENAVIDES CARO
REGISTRO MÉDICO: 52074401

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS

1. Yo, identificado como aparece al pie de mi firma, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología de **CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA**, a realizar en mi o en el/la paciente **ANA SOFIA Menco Valencia**, con documento de identificación **RC 1188223915**, el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento diagnóstico:

(DERECHO) IMPLANTE COCLEAR OIDO DERECHO

2. El anestesiólogo, **CRISTINA ALEXANDRA BENAVIDES CARO**, me ha explicado la naturaleza y el propósito del acto anestésico. También me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgo que pueden producirse, así como las posibles alternativas de los diferentes métodos y técnicas anestésicas. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

3. Entiendo que en el curso de los procedimientos anestésicos pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si el equipo de trabajo del Departamento de Anestesiología a cargo del procedimiento anestésico lo considera necesario.

4. Reconozco que me ha informado que el acto anestésico, practicado con los debidos cuidados, puede producir efectos colaterales tales como: dolor de cabeza, mareo, náuseas, vómito, inflamación en el sitio de la venopunción, dolor de garganta, disfonía (ronquera), excoiraciones o lesiones de la piel, en los dientes, en las mucosas, retención urinaria, reacciones alérgicas, y lesiones por la(s) posición(es) necesaria(s) para realizar la cirugía o el procedimiento diagnóstico, además de otras complicaciones asociadas al procedimiento, y a las patologías (enfermedades) previas. La muerte es una complicación muy rara, pero posible, más relacionada con estados clínicos (patologías o enfermedades) de alto riesgo, que con la anestesia. Las más comunes de las complicaciones adicionales por la naturaleza del procedimiento y factores puntuales de mi caso (o del/la paciente) para las que se procurarán estrategias preventivas son:

5. Comprendo y acepto que el equipo de salud de **CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA**, tendrá acceso a mi historia clínica como medio de consulta o revisión de casos, durante las labores formativas que se desarrollen en virtud de los convenios docente-asistenciales celebrados entre instituciones de educación superior y **CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA**, bajo el entendido que dicho acceso será coordinado exclusivamente por el personal médico que tenga el reconocimiento como docente del respectivo programa académico, con total respeto y observancia de las disposiciones legales que regulan el manejo de esta información confidencial.

6. Certifico que he leído y comprendo perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío y conozco mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

Fecha de diligenciamiento: JUEVES, 14 DE FEBRERO DE 2019

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

TESTIGO

Firma: X Nory Yamile Valencia

Firma: _____

Nombre: NORY YAMILE Valencia

Nombre: _____

Documento de identidad: Tipo(1) CC No 32.530.253

Documento de identidad: Tipo(1) _____ No _____

Certifico que he explicado todos los posibles riesgos de anestesia y que el/la paciente/tutor manifiesta(n) comprender completamente.

MÉDICO ANESTESIOLOGO

Fecha de diligenciamiento: JUEVES, 14 DE FEBRERO DE 2019

Firma: 

Nombre: **CRISTINA ALEXANDRA BENAVIDES CARO**

Registro médico: **52074401**

DATOS DEL PACIENTE

MENCO VALENCIA ANA SOFIA

Nombre (Apellidos y nombre(s))

Empresa

Edad

☐ Día(s)
☐ Mes(es)
☐ Año(s)

Sexo

☐ F ☐ M

Especialidad(es) quirúrgica

RC 1188223915

Procedimiento a realizar

ANTECEDENTES

- Anestésicos
- Complicaciones
- Alérgicos
- Farmacológicos
- Hemorrágicos
- Patológicos
- Quirúrgicos
- Tóxicos
- Transfusionales
- Otros (familiares)

General No. _____ Regional No. _____

Última anestesia hace: _____

VER FORMULARIO IMPRESO

Cohn Paredes M.D.
Anestesiólogo Cardiovascular
RM 91491390

REVISIÓN POR SISTEMAS

Disnea ☐ Sí ☐ No Grado _____ Angina ☐ Sí ☐ No Grado _____
Palpitaciones ☐ Sí ☐ No Precipitados por _____
Pulmonar: Tos ☐ Sí ☐ No Periodicidad de la tos _____
SNC o Glasgow _____ Otros síntomas _____

EXAMEN FÍSICO

Presión arterial	<input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Decúbito	Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria	Temperatura	Pulsoximetría	Peso	Talla	IMC
mmHg		Latidos / min	Respirac. / min	°C	%	Kg	m	
Cabeza:				Tórax:				
Lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prótesis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ruidos cardíacos	<input type="checkbox"/> Rítmicos <input type="checkbox"/> Arrítmicos			
Cuello normal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Removible	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Masas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dientes flojos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Características del soplo				
Pulsos	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Apertura	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Auscultación pulmonar	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal			
Probabilidad vía aérea difícil <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Baja Otros _____				Especifique: _____				

Abdomen _____ Extremidades _____

Otros hallazgos (FUR; si edad reproductiva)

EXÁMENES DE LABORATORIO

Resultado
Hematrocito
Creatinina
Nitrógeno ureico
Glicemia
Albúmina
Plaquetas x 1000

EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

Fecha del examen
Electrocardiograma
Rayos X de tórax
Otros estudios

Diagnóstico(s) _____

Clasificación ASA:

Recomendaciones _____

Anestesiólogo

Nombre _____

Firma _____

EVALUACIÓN PREVIA A LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA

Fecha:	DD	MM	AAAA	PA:	mmHg	FC:	latidos / min	Ayuno:	hrs	SpO2%:	Recibió medicaciones CV/AntiHTA:
--------	----	----	------	-----	------	-----	---------------	--------	-----	--------	----------------------------------

Notas relevantes:

Técnica / Intervenciones propuestas:

Firma y Sello:

REGISTRO INTRAOPERATORIO. John Paredes M.D. Anestesiólogo Cardiorvasculat. Anestesiólogos: Dr. Paredes, Dr. Ojeda. Diagnósticos: Hipertensión neurológica, Implante coclear derecho. Procedimiento: RM 91491390. Premedicación: Cefazolina / 6-1. Anestesia: Subtotal 2022. MONITORÍA: X SpO2, X PANI, X Respirometro, X PAI Arteria, X SpO2, X Derivaciones, X EKG, X GCNI, X Manta conectiva, X CNI, X TEE, X Protección Ocular, X Verificación puntos de presión / apoyo. EVENTOS IOP: AYUNO 712, HORAS 12, HORA 12. VÍA AÉREA: Cánula, Máscara, LMA, Fastrach, Proseal, Flexible, IOT, INT, Fibroscopia, Tubo doble luz, Derecho, Izquierdo. GASES SANGÜÍNEOS: Hora, pH, pCO2, PaO2, HCO3, SAT, BE, LACT. BALANCE DE LÍQUIDOS: Eliminados, Administrados. Traslado a: Unidad de Cuidado Postanestésico, UCI, UCIU, Traslado a Fase II de recuperación.

UNIDAD DE CUIDADO POSTANESTÉSICO

Hora de ingreso <i>9:40</i>	Complicaciones IOP	
INGRESA CON <input checked="" type="checkbox"/> Venas <input type="checkbox"/> Arteria <input type="checkbox"/> Hemovac	<input type="checkbox"/> Catéter Peridural <input type="checkbox"/> Catéter Central <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Tubo Endotraqueal	<input type="checkbox"/> Tubo de Tórax <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica Drenaje <input type="checkbox"/> Otro(s), ¿Cuál(es)? _____

[illegible][illegible]

GASES SANGUÍNEOS							
Hora	pH	pCO ₂	paO ₂	HCO ₃	SAT	BE	LACT

Hora	LABORATORIOS				

LÍQUIDOS ELIMINADOS						
Hora						TOTAL
Líquido						

LÍQUIDOS ADMINISTRADOS					
Líquido \ Hora					TOTAL

HORA DE SALIDA: 1400

¿Cumple criterios alta (estado similar o mejor al preanestésico)? ☒ SI ☐ NO

MANEJO NVPOP: ☐ Tto. POP ☐ Profilaxis ☐ NA

☐ NA ☐ Opioides oral ☐ Opioides Neuroaxial ☐ Opioides IV
☐ PCEA ☐ Peridural T ☐ Bloqueo DU ☐ PCA
☐ AINES ☐ Peridural L ☐ Bloqueo Inf.

☐ O₂ ☐ Profilaxis TVP ☐ Precauciones efectos Bloqueo

Otras recomendaciones

GIN GONZALEZ LEON
1941088
INTENSIVISTA

JUAN MARTIN GONZALEZ LEON
R.M. 11941988
FIRMA ANESTESIOLOGO INTENSIVISTA
SELLO DEL MÉDICO

EVENTOS - DETALLES TRASLADO	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	

MENCO VALENCIA ANA SOFIA

RC 1188223915

MENCO VALENCIA ANA SOFIA

RC 118223915

HORA DE SALIDA:

¿Cumple criterios alta (estado similar o mejor al preanestésico)? ☒ Si

MANEJO NVPOP:

Tto. POP

☐ Profilaxis

	NA
--	----

☐ Opioides oral

<input type="checkbox"/>	Opioides	<input type="checkbox"/>	Opioides
--------------------------	----------	--------------------------	----------

PCF

☐ Peridural T

Neuroaxial	IV
Bloqueo DU	PCA

☐ F. SEX
☐ AINE☐ Peridural I

Blocked Inf.

	AINB

☐ Penicillin G

Blockage time:

☐ O₂

☐ Profilaxis
T/D

	Precauciones efectos Bloqueo
--	---------------------------------

	IVP
Otras recomendaciones	

NVPOP: Nausea y vómito postoperatorio **Tto:** Tratamiento **T/L:** Torácica/lumbar **PCEA:** Patient controlled epidural analgesia

DU/Inf: Dosis única/Infusión **NA:** No aplica **TVP:** Trombosis venosa profunda

CRITERIOS DE EGRESO SCORE ALDRETE: Cumple ≥ 18 , hora: _____

Enfermera Jefe: _____

Observaciones: _____

PERMISO PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS

1. Yo, _____ identificado con documento de identidad; ¹Tipo _____ No. _____ de _____, por la presente autorizo a los Anestesiólogos del Departamento de Anestesiología de CLÍNICA COLSANITAS S.A., a realizar en mi o en el(la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica _____

2. El Anestesiólogo, Dr. _____ me ha explicado la naturaleza y propósito del acto anestésico; también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse, así como las posibles alternativas de los diferentes métodos anestésicos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y han sido contestadas satisfactoriamente.

3. Entiendo que en el curso de los procedimientos anestésicos puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si el anestesiólogo arriba mencionado o su equipo de trabajo lo juzgan necesario.

4. Reconozco que me ha informado que el acto anestésico, practicado con los debidos cuidados, puede producir efectos colaterales tales como : dolor de cabeza, mareo, náuseas, vómito, inflamación del sitio de la venopunción, dolor de garganta, disfonía (ronquera) escoriaciones o lesiones en la piel, en los dientes, en mucosas, retención urinaria, reacciones alérgicas; y lesiones por la(s) posición(es) necesaria(s) para realizar la cirugía además de otras complicaciones asociadas al procedimiento, y a las patologías previas. La muerte es una complicación muy rara, pero posible, más relacionada con estados clínicos de alto riesgo, que con la anestesia. Las más comunes de las complicaciones adicionales por la naturaleza del procedimiento y factores puntuales de mi caso (o del paciente) para las que se procurarán estrategias preventivas son:

Ver punto IMPRES

John Paredes M.D.
Anestesiólogo Cardiovascular
RM 01491390

5. Comprendo y acepto que el equipo de salud de la Clínica _____, tendrá acceso a mi historia clínica como medio de consulta y/o de revisión de casos, durante las labores formativas que se desarrollen en virtud de los convenios docente-asistenciales celebrados entre instituciones de Educación superior y la Clínica Colsanitas S.A., bajo el entendido que dicho acceso será coordinado exclusivamente por el personal médico que tengan el reconocimiento como docente del respectivo programa académico, con total respeto y observancia de las disposiciones legales que regulan el manejo de esta información confidencial.

6. Certifico que he leído y comprendo perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío y conozco mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

Fecha de diligenciamiento DD _____ MM _____ AAAA _____

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Firma: _____
Documento de identidad: ¹Tipo _____ No. _____

TESTIGO

Firma: _____
Nombre: _____
Documento de identidad: ¹Tipo _____ No. _____

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente / tutor comprende(n) completamente lo que he explicado.

MÉDICO ANESTESIOLOGO

Firma: _____
Sello: _____

Fecha de diligenciamiento DD _____ MM _____ AAAA _____

¹ Tipo: RC: Registro Civil; TI: Tarjeta de identidad; CC: Cédula de Ciudadanía; CE: Cédula de Extranjería; PA: Pasaporte

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O
PROCEDIMIENTO ESPECIAL EN MENOR DE EDAD

1. Yo **YAMILE VALENCIA** en mi condición de **MADRE** del(los) menor **MENCO VALENCIA ANA SOFIA** de 2 Años de edad, autorizo al Doctor:

OTORRINO LARINGOLOGÍA
OTORRINO LARINGOLOGÍA
OTORRINO LARINGOLOGÍA

R.M. 19.889.965

y a los asistentes de su elección en la Clínica Colsanitas S.A., a practicar en el(los) menor: **MENCO VALENCIA ANA SOFIA** las siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial(es):

1 Implantación o sustitución de prótesis coclear SOD derecho (a)

Leonardo E. Ordóñez O.

OTORRINO LARINGOLOGÍA
OTORRINO LARINGOLOGÍA
OTORRINO LARINGOLOGÍA

2. El Doctor me ha explicado la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también me ha informado de los riesgos, beneficios y posibles alternativas, en particular los siguientes:

1 **SANGRADO, INFECCIÓN, LESIÓN DEL NERVIOS FACIAL-ALTERACIÓN DEL GUSTO
FISTULA DE LIQUIDO CEREBRAL- MENINGITIS. VERTIGO
NECESIDAD DE NUEVA CIRUGIA.
COMPLICACIONES ANESTESICAS, MUERTE**

3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente; así mismo se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con la intervención.

4. Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si el médico arriba mencionado lo juzga necesario.

5. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MENCO VALENCIA ANA SOFIA

Firma del Tutor legal o Familiar del(los) menor

Testigo

C.C. **525302533**

C.C.

Dirección:

Teléfono:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del (los) procedimiento (s) descrito (s) en el numeral 1 y he contestado todas las preguntas que el paciente y/o su familia han formulado.

Leonardo E. Ordóñez O.

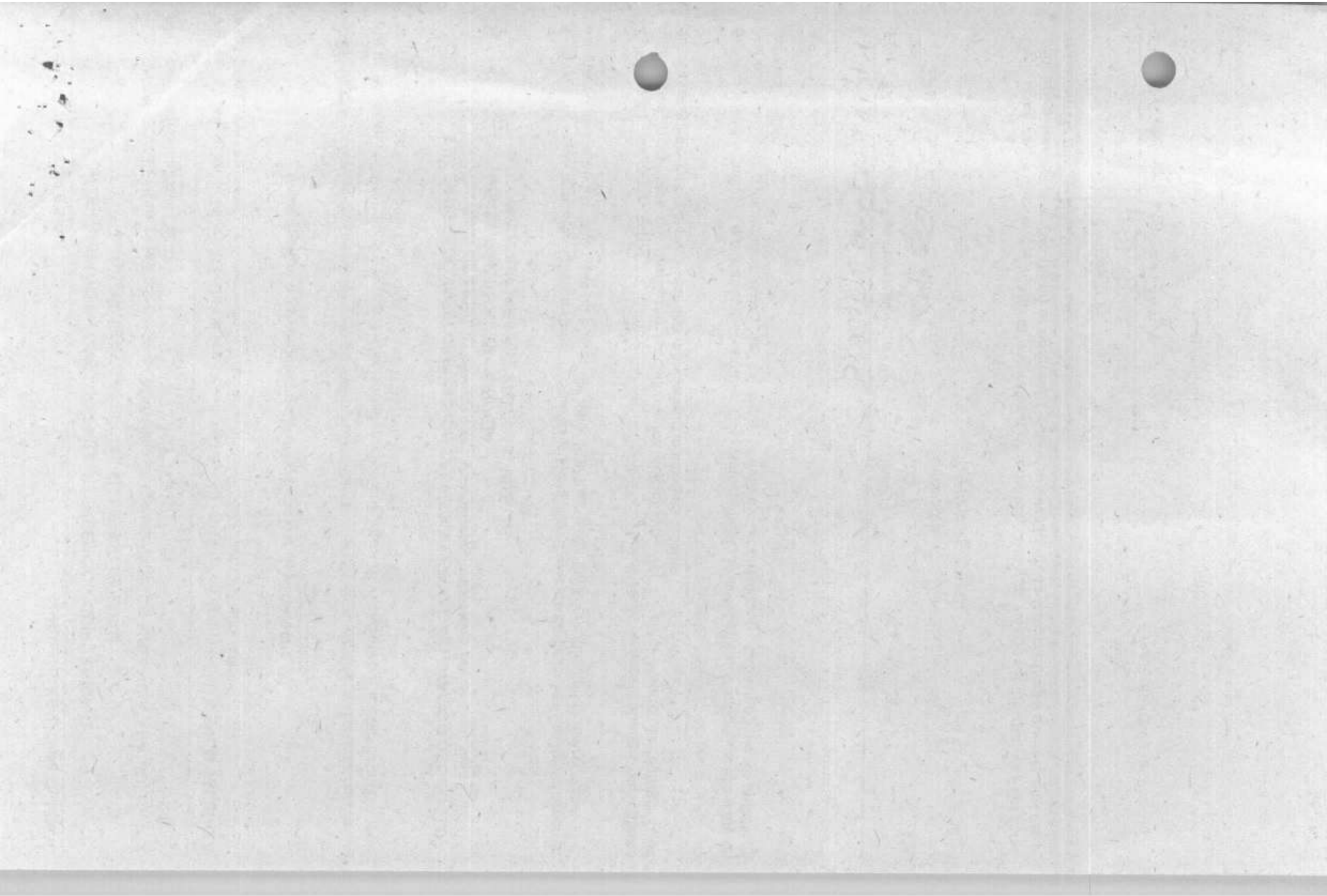
OTORRINO LARINGOLOGÍA
OTORRINO LARINGOLOGÍA
OTORRINO LARINGOLOGÍA

Firma y Número del Registro del Médico

Fecha: **05/02/2019**

C.C.

Original



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

I. INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los actos y cuidados de enfermería son todas las actividades y procedimientos realizados por el grupo de profesionales y auxiliares durante la estancia hospitalaria o ambulatoria del paciente y que forman parte de su valoración, diagnóstico, intervención y/o tratamiento. Incluyen el seguimiento estricto y periódico de las condiciones de bienestar, confort y seguridad del paciente, respetando sus derechos y promoviendo el cumplimiento de sus deberes, dentro de los estándares de calidad que caracterizan la atención en salud.

Se enfocan en el monitoreo de las condiciones de salud y la asistencia del paciente. Están coordinados permanentemente con las demás disciplinas que conforman el equipo de salud, incluyendo los médicos tratantes para lograr de forma eficiente los objetivos terapéuticos. Los cuidados de enfermería requieren mantener canales de comunicación con el paciente, su familia y los integrantes del grupo asistencial.

II. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRECUENTES

Dentro de las actividades más frecuentes están:

1. **Punción arterial o venosa:** Procedimiento mediante el cual se introduce una aguja o catéter en la vena o arteria para obtener muestras de sangre. Este procedimiento conlleva unos mínimos riesgos: sensación de mareo, dolor, hematomas en el sitio de punción o sangrado y esporádicamente punción de un nervio.
2. **Otras Punciones:** En esta categoría se encuentran las punciones intramusculares (la aguja penetra la capa muscular debajo de la piel), intradérmica (la aguja penetra la capa de piel debajo de la epidermis), subcutánea (punción del tejido subcutáneo) y capilar (muestra de sangre que se obtiene punzando la piel). Estos procedimientos son necesarios para la administración de medicamentos y realización de algunas pruebas diagnósticas. Dentro de los posibles riesgos que puedan presentarse de estas actividades se encuentran: dolor, induración, infección del sitio de punción, hematoma y sensación de mareo.
3. **Canalización de una vía venosa periférica:** Procedimiento por medio del cual se introduce un catéter en la luz de la vena con el fin de administrar fluidos, líquidos y medicamentos. Los posibles riesgos que se pueden derivar de esta actividad son: repetición de las punciones por dificultad en la canalización de la vena, infiltración, oclusión, embolia y flebitis.

4. **Administración de medicamentos y líquidos endovenosos:** Procedimiento por el medio del cual se introducen al organismo por diferentes vías (oral, intradérmica, subcutánea, intramuscular, endovenosa, rectal y tópico) medicamentos. El personal de enfermería administra los medicamentos prescritos por los médicos tratantes, en las dosis, frecuencias y vías que ellos indican. Existen medicamentos que pueden producir algunas molestias, riesgos o reacciones, tanto por su composición y efectos como por la vía de administración. Es responsabilidad del personal de enfermería informar previamente el nombre del medicamento y posibles efectos de los mismos. Se sugiere al paciente y/o a su representante manifestar oportunamente sus dudas para que le sean resueltas e informar las posibles molestias (dolor, calor, rubor, inflamación, brote en el sitio de la punción o en el trayecto del medicamento) al personal de enfermería.
5. **Higiene, aseo y confort del paciente:** Es el conjunto de medidas de limpieza encaminadas a proporcionar apoyo, bienestar físico y conservar la salud del paciente.
6. **Valoración de signos vitales:** Es la forma de determinar los valores de las funciones básicas del cuerpo. Se mide el pulso, la temperatura, la frecuencia o ritmo respiratorio y la presión arterial. Esta actividad se realiza de forma puntual o periódica, de acuerdo a la necesidad del paciente. Se requiere la utilización de algunos equipos para su ejecución: Termómetro, tensiómetro, fonendoscopio, pulsoxímetro, monitores, entre otros.
7. **Inserción de sondas:** Dependiendo del estado del paciente, puede requerirse el uso de una sonda gástrica o de nutrición enteral para alimentación (sondas que se insertan desde la boca o las fosas nasales hasta la cavidad gástrica). Así como la sonda vesical, la cual se inserta a través del meato urinario hasta la vejiga.
8. **Habilitación de catéteres para quimioterapia:** Los sistemas de catéteres implantables y centrales tipo venoso, proveen acceso vascular seguro para la administración repetida de fármacos y otras sustancias. La adecuación del sistema implantable se realiza mediante la punción de la cámara ubicada debajo de la piel. La habilitación del catéter central no requiere punción, se permeabiliza por la introducción de suero fisiológico por una de sus vías. El procedimiento es realizado por el personal de enfermería experto en el manejo de este tipo de catéteres. Puede conllevar los siguientes riesgos: infección, hematoma, equimosis e infiltración del medicamento en tejidos cercanos.
9. **Catéter central de inserción periférica:** Es un catéter que se inserta en una de las grandes venas del brazo o antebrazo y se lleva a una de mayor calibre cercana al corazón. El procedimiento es realizado por Enfermeras profesionales expertas. Puede conllevar riesgos como: dolor, infección, hematoma, equimosis, sangrado en el sitio de inserción e infiltración.
10. **Sujeción terapéutica:** Es la forma de restringir los movimientos del paciente con el fin de evitar autolesiones o daño a terceros en pacientes agitados o sedados. Se realiza por indicación médica, mediante el uso de sujetadores de tela en cuatro o cinco puntos del cuerpo.

Este procedimiento puede conllevar las siguientes complicaciones: lesión de tejidos blandos por presión o roce con los codos, hombros, crestas iliacas, región sacra o talones y disminución de la perfusión periférica.

11. **Tecnología y dispositivos médicos:** Son los insumos y equipos que se emplean de forma rutinaria para la realización de todas las actividades propias de enfermería con el objeto de garantizar la atención segura, oportuna y de calidad requerida por el paciente, por ejemplo bombas de infusión, inyectoras, monitores entre otros.
12. **Acompañamiento en traslados intrahospitalarios:** Para los traslados intrahospitalarios como por ejemplo los desplazamientos al baño para actividades de higiene y aseo personal, deambulacion y traslado a otros servicios se brindará el acompañamiento por parte del personal de enfermería. En todo caso se resalta que la familia y/o los representantes del paciente deberán designar un cuidador que de forma permanente lo acompañe durante su estancia en la clínica. Este cuidador deberá solicitar a través del *timbre de llamado* la asistencia de enfermería cada vez que se requiera movilizar al paciente.

MENCO VALENCIA ANA SOFIA

RC 1188223915

III. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD:

Yo, Ana Soto Nunez, número de **AUTORIZO** al personal de enfermería de la CUC para que durante el proceso de atención se realicen los procedimientos(s) de enfermería antes descritos, en mi condición de paciente o en el paciente de quien soy representante, conforme a lo ordenado por el médico tratante. Por lo anterior, se **DECLARA** en forma **LIBRE Y VOLUNTARIA** que:

1. He sido informado de los riesgos y complicaciones de los procedimientos antes descritos. SI ☒ NO ☐
2. He sido informado de la posibilidad de la toma fotografías o filmación de videos durante los procedimientos, con el propósito y fines académicos. SI ☒ NO ☐
3. He sido informado de la naturaleza docente de la clínica y acepto la participación en mi atención de personal en entrenamiento con la respectiva supervisión. SI ☐ NO ☐
4. He sido informado del derecho que tengo a retractarme, si lo estimo conveniente, sin que ello afecte los restantes cuidados médicos o de enfermería. SI ☒ NO ☐
5. He tenido la posibilidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. SI ☒ NO ☐

6. He recibido y comprendido toda la información respecto a los procedimientos de enfermería antes descritos incluyendo sus riesgos y complicaciones. SI ☐ NO ☐
7. Me fue informado que la historia clínica de la atención puede ser utilizada para fines académicos y epidemiológicos, guardando siempre la confidencialidad y reserva frente a la información. SI ☒ NO ☐
8. Se me explicó que en caso de movilización se debe solicitar apoyo del familiar, enfermera particular y/o acompañante y avisar al personal de enfermería de la institución. SI ☒ NO ☐
9. Se me explicó que al salir el familiar, enfermera particular y/o acompañante de la habitación, las barandas deben quedar y permanecer arriba, el timbre de llamado cerca e informar al personal de enfermería para que tomen las medidas necesarias. SI ☐ NO ☐
10. Se me explicó que la enfermera particular, el familiar y/o el cuidador que sea designado por la familia, debe movilizar al paciente acompañado siempre por personal de la institución. SI ☒ NO ☐
11. Todos los espacios en blanco de este documento han sido diligenciados antes de mi firma. SI ☐ NO ☐

Una vez explicados todos los procedimientos de enfermería y resueltas satisfactoriamente mis inquietudes y preguntas por parte de Enfermera, y en consecuencia leída y entendida la presente DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO, firmo en señal de mi aceptación.

Paciente / Tutor* / Autorizado*

Nombre Yomir Valencia Firma Yomir Valencia

Documento de identidad _____

*Parentesco del responsable _____

En mi condición de personal de enfermería encargado de realizar el (los) procedimientos descrito (s) dejo expresa constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas y he contestado todas las preguntas que el paciente y/o su familia me han formulado sobre el particular.

Firma _____

Documento de identidad _____

Fecha en el que se firma 21 de 2 del año 2019

Ciudad _____

NOTA. Este consentimiento debe ser firmado por una única vez, en el momento en que el paciente ingresa a cualquier área de la clínica.

CLINICA COLSANITAS S.A. - CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO 1188223915

GENERADO: 21/02/2019 09:30

PACIENTE : ANA SOFIA Menco VALENCIA

IDENTIFICACIÓN : RC 1188223915

ADMISIÓN : A 2019 2380

SEXO : FEMENINO

EDAD : 2

ENTIDAD : EPS SANITAS S.A. (RECOBRABLES)

FECHA : 20/02/2019 HORA : 19:23

HOJA QUIRÚRGICA

EQUIPO MÉDICO

ANESTESIOLOGO

JOHN CARLOS PAREDES SIERRA

AYUDANTE

DIANA CAROLINA MALDONADO VIASUS

CIRUJANO

LEONARDO ELIAS ORDOÑEZ ORDOÑEZ

INSTRUMENTADOR

ANDREA CATALINA DIAZ VELEZ

DIAGNÓSTICOS

TIPO	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
PREOPERATORIO	H90.5	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
POSTOPERATORIO	H90.5	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN

(209603) IMPLANTACION O SUTITUCION DE PROTESIS COCLEAR

INICIO DE CIRUGÍA: 2019/02/21 8:1 FIN DE CIRUGÍA: 2019/02/21 9:20 TIEMPO QUIRÚRGICO: 1 Horas 19 Minutos

TIPO DE CIRUGÍA: LIMPIA

SANGRADO : 5 CC

CONTEO : Completo

TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGÍA

NO

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

1. IMPLANTACION O SUSTITUCION DE PROTESIS COCLEAR - CODIGO: 209603 - PAQUETE

HALLAZGOS:

OIDO DERECHO:

MASTOIDES BIEN VENTILADA, NEUMATIZADA, COCLEA PERMEABLE SE PRESERVA NERVIO CUERDA DEL TIMPANO.
VENTANA REDONDA PERMEABLE, COCLEA PERMEABLE- SOFT SURGERY: INSERCIÓN COMPLETA DE 16 ELECTRODOS, IMPLANTE HIRES 90 K ADVANTAGE CI HIFOCUS MS
ELECTRODE. REF: CI-1600-04

- RESPUESTAS NEURALES ADECUADAS EN LOS 16 ELECTRODOS (IMPLANTE COCLEAR ADVANCE BIONICS).

-ADECUADA TELEMETRIA

-SE UTILIZO CLARITROMICINA E EN IRRIGACION PARA PREVENIR BIOFILMS

-SE USO MONITOR DE NERVIO FACIAL . CON ADECUADA RESPUESTA A LA ESTIMULACION A 0.8 CON RESPUESTA DE
27812 MV LO QUE SE INTERPRETA COMO INTEGRIDAD DEL NERVIO FACIAL

AB

VALENCIA, CALIFORNIA- EEUU

MEDINISTROS - COL
CALLE 72 22-42 3ER PISO
3168328829

PROCEDIMIENTO

HiRes™ Ultra CI HiFocus™
MS Electrode

REF CI-1600-04

SN 1005018

Use-by
Date

2020-04-30

Leonardo E. Ordóñez O.
OTOLOGIA / NEUROTOLOGIA
OTORRINO / ARINGOLOGIA
R.M. 79.689.965

CLINICA COLSANITAS S.A. - CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO 1188223915

GENERADO: 21/02/2019 09:30

PACIENTE : ANA SOFIA MENCO VALENCIA

IDENTIFICACIÓN : RC 1188223915

ADMISIÓN : A 2019 2380

SEXO : FEMENINO

EDAD : 2

ENTIDAD : EPS SANITAS S.A. (RECOBRABLES)

FECHA : 20/02/2019 HORA : 19 : 23

IMPLANTACION O SUSTITUCION DE PROTESIS COCLEAR DERECHO - CODIGO: 209603

SE REALIZA INSICION RETROAURICULAR EN S ITALICA

INSICION EN PERIOSTIO POSTERIOR A LA DE PIEL.

DESPERIOSTIZACION EN REGION MASTOIDEA Y TEMPORAL INCLUYENDO AREA DE ANTENA RECEPTOR.

FRESADO MASTOIDEO CON FRESA 70-60 CORTANTES Y 40 DIAMANTADA , TENIENDO COMO LIMITES PARED

POSTERIOR DEL CAE ,TECHO DURAL, SENO SIGMOIDE, SE IDENTIFICA ANTRO MASTOIDEO .

SE REALIZA FRESADO DE LECHO DE ANTENA RECEPTOR Y TUNEL CON CANAL LATERAL IZQUIERDO PARA

COMUNICACIÓN CON MASTOIDECTOMIA POR POLO POSTEROSUPERIOR.

BAJO VISION MICROSCOPICA SE REALIZA TIMPANOTOMIA POSTERIOR , IDENTIFICANDO NERVIO CUERDA DEL

TIMPANO LA CUAL SE

PRESERVA , SE IDENTIFICA PORCION MASTOIDEA DE NERVIO FACIAL Y SE PRESERVA. SE ESTIMULA CON MONITOR

DE NERVIO FACIAL CON ADECUADA RESPUESTA . LO CUAL SE INTERPRETA INTEGRIDAD DEL NERVVIO FACIAL

SE IDENTIFICA VENTANA REDONDA, SE REALIZA FRESADO DEL NICHÓ DE LA VENTANA A BAJAS REVOLUCIONES

HASTA EXPONER MEMBRANA DE LA VENTANA REDONDA, SE REALIZA PUNCION DE LA MEMBRANA DE VENTANA

REDONDA

SE REALIZA COLOCACION DE ANTENA RECEPTOR.

SE INTRODUCE SERIE DE ELECTRODOS , SE INTRODUCE TOTALIDAD DE ELECTRODOS NUMERO 16

INTRACOCLEARES, SOFT SURGERY, INSERCIÓN COMPLETA, SE POSICIONA RESTO DEL IMPLANTE LIBREMENTE EN

CAVIDAD DE MASTOIDECTOMIA.

SE REALIZA CIERRE DE INCISION POR PLANOS VICRYL 3-0

SE COLOCA VENDAJE COMPRESIVO

NO COMPLICACIONES

COMPLICACIONES

NO

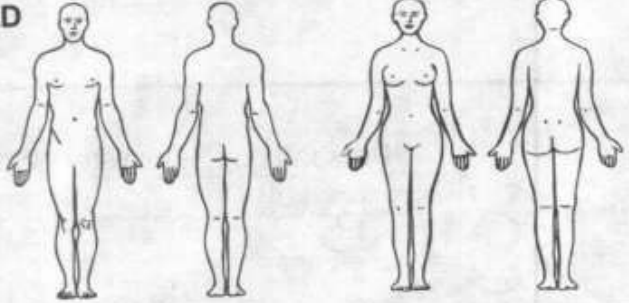
PROFESIONAL : LEONARDO ELIAS ORDOÑEZ ORDOÑEZ

REGISTRO MÉDICO: 79689965

ESPECIALIDAD OTOLOGIA

Nota: Los campos identificados con asterisco (*) aplican únicamente para CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

MENCO VALENCIA ANA SOFIA

DATOS DEL PACIENTE (Marque con una equis "X" según corresponda)										
Fecha de diligenciamiento 21/2/2019			Nombre completo del paciente Ana Sofia Menco Valencia				No. Admisión RC 1188223915			
Edad 3	Ayuno <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hora de ayuno 7:00	No. Sala 2	Hora programada 7:00	Entidad Egsanitas	Superficie corporal 1.8 79 cm				
Antecedentes alérgicos: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Cuál?			Antecedentes patológicos: Lesión Neurológica							
Diagnóstico inicial		Diagnóstico final		Nombre del cirujano Dr. Ojeda						
Procedimiento(s) quirúrgico(s) a practicar 1. Implantación o sustitución de prótesis coclear derecho										
MEDICAMENTOS PREQUIRÚRGICOS (Diligencie o marque con una equis "X" según corresponda)										
Medicamento	Hora (HH:MM)		Dosis		Nombre de la persona que administra					
1.	:									
2.	:									
3.	:									
¿El paciente ingresa con volante de autorización y con admisión? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Porqué?										
LISTA DE VERIFICACIÓN (Diligencie o marque con una equis "X" según corresponda)										
DOCUMENTOS / ELEMENTOS							ENTREGA		RECIBE	
							SI	NO	SI	NO
Consentimiento informado										
Historia clínica actual										
Historia clínica antigua										
Maquillaje, uñas pintadas y joyas										
Manilla diligenciada										
Prótesis dental										
Lentes de contacto, piercing										
Sitio quirúrgico señalado (implica lateralidad) <input checked="" type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda										
Valoración preanestésica										
Glucometría	mg/dl	Tipificación y rastreo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Reserva de sangre	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Grupo sanguíneo:	O+			
Exámenes diagnósticos		Imágenes Radiológicas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Laboratorio clínico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CD	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TAC	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Cuántos?		¿Cuántos?		¿Cuántos?		¿Cuántos?		
Cantidad de exámenes	Exámenes diagnósticos devueltos:		Nombre de quien entrega:		Nombre de quien recibe:					
1 sobre										
INDIQUE LATERALIDAD							OBSERVACIONES			
							FC 426x' 5 95% Pie 1 Integra Celulor 3209575873			

Auxiliar o Enfermera Jefe que entrega al paciente

Firma y sello:

Nombre:

Circulante de Sala que recibe al paciente

Firma y sello:

Nombre:

Nota: Los campos identificados con asterisco (*) aplican únicamente para CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

REGISTRO QUIRÚRGICO

DATOS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (Diligencie o marque con una equis "X" según corresponda)

Procedimiento final

1. Implantación o sustitución de prótesis
- 2.
3. Coderar Doreco.

Hora de ingreso a salas

7:31
HH:MM

☐ AM
☐ PM

Hora de inducción de anestesia

7:36
HH:MM

☐ AM
☐ PM

Hora de incisión

8:04
HH:MM

☐ AM
☐ PM

Hora de finalización

HH:MM

☐ AM
☐ PM

Nombre completo del personal médico asistencial

- Cirujano

D. Orolonez

- 2° Cirujano

- Ayudante

- * Enfermera Jefe

Dra Maldonado

- Anestesiólogo

- Instrumentadora

- Auxiliar de Enfermería

- * Perfusionista

D. Bueler

Catalina Diaz

Eduin B.

REGISTRO DE ANESTESIA (Diligencie o marque con una equis "X" según corresponda)

- TIPO DE ANESTESIA

☒ General

☐ Local

☐ Regional Espinal

☐ Mixta

☐ Regional Peridural

☐ Bloqueo

☐ Local controlada

Tubo No.

4.5

Máscara
laringea No.

INTUBACIÓN

☒ Orotraqueal

☐ Traqueotomía

☐ Guía intubación

☐ Nasotraqueal

☐ Guía Frova

☐ Cánula de oxígeno

☐ Cánula nasofaríngea

Otros:

Complicación vía aérea ☒ No ☐ Sí ¿Cuál?

- COMPLICACIÓN INTRAOPERATORIA

☒ No

☐ Sí

¿Cuál?

SITIO DE COLOCACIÓN PLACA ELECTROBISTURI:

MUSCULO DORECO.

MONITORÍA INVASIVA (Diligencie o marque con una equis "X" según corresponda)

☐ Línea arterial, ubicación

☐ Catéter central, ubicación

☒ Catéter IV, No. 1 Calibre: 22

Lateralidad:

☒ D

☐ I

☐ Catéter IV, No. 2 Calibre:

Lateralidad:

☐ D

☐ I

☐ PICC, ubicación

☐ Otro(s), ¿Cuál(es)?

☐ * Asistencia ventricular

☐ * Balón de contrapulsación

☐ * Clamp

☐ * Perfusión

☐ Arresto

EXÁMENES INTRAOPERATORIOS PRACTICADOS

LABORATORIOS

☒ No

☐ Sí ¿Cuáles?

RADIOLÓGICOS

☒ No

☐ Sí ¿Cuáles?

CULTIVOS

☒ No

☐ Sí ¿Cuáles?

SONDA VESICAL

☒ No

☐ Sí No. Foley

Nombre de quien coloca la sonda:

* ECOCARDIOGRAMA
INTRAOPERATORIO

☒ No

☐ Sí

* ELECTRODOS

☐ Auricular

☐ Ventricular

IMPLANTES COLOCADOS

SIGNOS VITALES

SIGNO	AL INGRESO	AL EGRESO	UNIDAD
Tensión arterial	80/40	80/35	mmHg
Frecuencia cardiaca	120x'	124x'	X min.
Frecuencia respiratoria	—	—	X min.
Saturación de oxígeno (O ₂)	95%	—	%
Temperatura	—	—	°C
Fetocardia	—	N/A	X min.

MEDICAMENTOS INTRAOPERATORIOS SUMINISTRADOS

Nombre del medicamento	Dosis administrada	Vía	Hora de admin. (HH:MM)	Persona que administra el medicamento		
				Nombre completo	Cargo	Firma
Ampicilina Sulo	250mg	IV	7:40	Eduin B		
Dexametasona	4mg	IV	8:10	Eduin B		
Dipiridna	40mg	IV	8:15	Eduin B		
Ranitidina	25mg	IV	8:20	Eduin B		
Urdaneta	2mg	IV	8:30	Eduin B		
Atropina	0.1mg	IV	9:00	Eduin B		
Prostigmine	—	—	—	—		
Etilfina	—	—	—	—		