84

Signos Vitales:	FC:	73x min	FR:	12x min	Temperatura:	36.2°C
	T/A:	90/50	TA Media:	63,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente que retorna el dia 6 de mayo a center, debido a remisión para cambio de sonda de gastrostomía, la cual se encuentra permeable, estoma seco y sin signos de infección. Ingresa con tensión arterial en 140/88 mmhg, se administra tratamiento farmacológico y mejora. Se realiza curación de heridas en región de codo izquierdo y parietal, heridas mejorando, con tejido de granulación presente, sin sangrado, sin signos de infección ni secreción. Herida sacra se observa con sangrado escaso en región central, herida de más o menos 5 centímetros de ancho por 7 centímetros de largo, profundidad en región central de más o menos 3 milímetros, dicha profundidad y sangrado no estaban presentes antes de la remisión para cambio de sonda de gastrostomía, se curan heridas con solución salina más gasa estéril, y se cubren con parche duoderm cgf. Paciente que duerme intervalos largos, no refiere dolor, elimina con cateterismo vesical 850 cc durante el dia, no realiza deposición.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Glucometrías cada 8 horas. Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 08/05/2017 3:50:17 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TQT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, modo A/C por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simetrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: íntegro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades. Escala de morse: riesgo bajo, escala de Braden riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	68x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	120/63	TA Media:	82		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente estable acoplado a su ventilación mecánica tolerando, manejando secreciones mucoadherentes moderadas, con pintas de sangre, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado; recibiendo nutrición y medicamentos nuevamente por gastrostomía (se realizó cambio el 5 de mayo), UPP en zona sacra, occipital, codo derecho y trocánter cubiertas, con curaciones cada 3 días, próxima curación 9 de mayo. Diuresis clara en abundante cantidad, por medio de cateterismo intermitente cada 6 y deposición negativa. Paciente estable sin más novedades. Pendiente resonancia para el 14 de mayo en Clínica Amiga a las 08:00 hrs.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 09/05/2017 1:31:43 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO, INFARTO MEDULAR, NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO, DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA+SULBACTAM CON EVOLUCIÓN FAVORABLE. REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA POR TQT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN, GASTROSTOMIA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, EN ZONA OCCIPITAL UPP GRADO II DE MAS O MENOS 2X2 CM, CON TEJIDO SOBREGRANULADO, CUBIERTO CON PARCHE DUODERM CGF, CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CUELLO MÓVIL, CON TQT PERMEABLE, ESTOMA LIMPIO Y SECO, PACIENTE CONECTADO A LA VENTILACION MECANICA MODO A/C, ACOPLADO, TORAX NORMOEXPANSIVO, SIMÉTRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 500ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS, ESTOMA CON LEVE DILATACIÓN Y PRESENCIA DE GRANULOMA Y SALIDA DE SECRECION SEROSA, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO POR MEDIO DE CATETERISMO INTERMITENTE CADA 6 HORAS, EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CON 3 CM DE LONGITUD Y 3 CM DE ANCHO CUBIERTA CON PARCHE DUODERM CGF, EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO PEQUEÑA HERIDA DE 0.5X0.5 CM CON PRESENCIA DE PEQUEÑO PUNTO DE FIBRINA, EL CUAL SE RETIRO Y SE CUBRIO CON FITO +GASA, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO LACERACION CUBIERTA CON PARCHE CGF, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA Y LEVE MOVIMIENTO POR REFLEJO EN MSI, ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	67x min	FR:	14x min	Temperatura:	36,2°C
	T/A:	151/85	TA Media:	107		

Ventilador mecánico

Sistema de Ventilacion:

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, CONECTADO A LA VENTILACION MECANICA MODO AC, ACOPLADO, MANEJANDO SECRECIONES MUCOAMARILLAS, SAT02 96-99%, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, RECIBE Y TOLERA NET, SONDA DE GASTROSTOMIA FUE CAMBIADA EL 5 DE MAYO SIN COMPLICACIONES, LA CULA SE ENCUENTRA PERMEABLE, ESTOMA DE SGT SE OBSERVA DILATADO CON PEQUEÑO GRANULOMA Y ESCASO SANGRADO, SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO. DIURESIS POR CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS, CATETERISMO VESICAL DE LAS 00 HORAS CON 250 CC DE ORINA NORMAL SIN SEDIMENTO, NO ELIMINA ESPONTANEO, DEPOSICION POSITIVA EN POCA CANTIDAD. CONTINUA CON PARCHES DE DUODERM CGF EN REGION OCCIPITAL, SACRA Y TROCANTER DERECHO, LOS CUALES TIENEN CAMBIO PARA EL DIA DE HOY 9 DE MAYO, SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT, UROCULTIVO REPORTO POSITIVO CON E.COLI, 100.000 UFC. HEMOCULTIVOS NEGATIVOS. CULTIVO SOT POSITIVO CON PSEUDOMONA A: SENSIBLE. NO SE CUBRE PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTIBIOTICO, HASTA EL MOMENTO SIN RESPUESTA INFLAMATORIA. PENDIENTE LECTURA DE RX AP Y LATERAL DE COLUMNA DORSOLUMBAR (TOMADO EL 26 DE ABRIL) PARA QUE SEA VALORADO POR FISIATRIA. LLEGO REPORTE DE NUEVO CULTIVO DE SOT TOMADO EL 24 DE ABRIL POSITIVO PARA PSEUDOMONA A. MULTISENSIBLE. PENDIENTE TOMA DE RESONANCIA PARA EL 14 DE MAYO A LAS 8 AM EN CLINICA AMIGA, SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACIÓN DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y NUTRICIÓN ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 10/05/2017 5:06:20 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente ventilatoria y hemodinamicamente estable

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, que ingresa el dia 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumatico, insuficiencia respiratoria aguda, transtorno de la deglución, traqueostomia, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, modo a/c por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomia, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a distafio que se retira por orden médica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presion grado 1 de tamaño 2 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizados con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	64x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	135/75	TA Media:	95		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente que durante el dia y la noche pasa hemodinamicamente estable acoplado a su ventilación mecánica tolerando, manejando secreciones mucoadherentes moderadas, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado. Se realiza curación de respectivas heridas, codo: región intergluteo, Próximas curaciones: 20 de Abril de 2017. Paciente afebril, con diuresis clara en abundante cantidad, por medio de cateterismo intermitente cada 6 horas a necesidad y deposición positiva blanda moderada cantidad. Paciente estable sin más novedades.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratacion de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomia y gastrostomia) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 11/05/2017 1:13:43 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO. INFARTO MEDULAR, NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACION PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCION FAVORABLE, REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA POR TOT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN; GASTROSTOMIA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, EN ZONA OCCIPITAL UPP GRADO II DE MAS O MENOS 2X2 CM, CON TEJIDO SOBREGRANULADO, CUBIERTO CON PARCHE DUODERM CGF, CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CUELLO MÓVIL, CON TQT PERMEABLE, ESTOMA LIMPIO Y SECO, PACIENTE CONECTADO A LA VENTILACION MECANICA MODO A/C. ACOPLADO, TORAX NORMOEXPANSIVO, SIMETRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA; FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 500ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS, ESTOMA CON LEVE DILATACIÓN Y PRESENCIA DE GRANULOMA Y SALIDA DE SECRECION SEROSA Y ESCASO SANGRADO, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO POR MEDIO DE CATETERISMO INTERMITENTE CADA 6 HORAS, EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CON 3 CM DE LONGITUD Y 3 CM DE ANCHO CUBIERTA CON PARCHE DUODERM CGF, EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO PEQUEÑA HERIDA DE 0.5X0.5 CM CON PRESENCIA DE PEQUEÑO PUNTO DE FIBRINA, EL CUAL SE RETIRO Y SE CUBRIO CON FITO +GASA, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO LACERACION CUBIERTA CON PARCHE CGF, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA Y LEVE MOVIMIENTO POR REFLEJO EN MSI, ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	73x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	120/76	TA Media:	90,66		

58

86

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, CONECTADO A LA VENTILACION MECANICA MODO AC, ACOPLADO, MANEJANDO SECRECIONES MUCOAMARILLAS, SATO2 96-99%, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, RECIBE Y TOLERA NET, SONDA DE GASTROSTOMIA FUE CAMBIADA EL 5 DE MAYO SIN COMPLICACIONES, LA CUAL SE ENCUENTRA PERMEABLE, ESTOMA DE SGT SE OBSERVA DILATADO CON PEQUEÑO GRANULOMA Y ESCASO SANGRADO Y SECRECION SEROSA, SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO. DIURESIS POR CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS, CATETERISMO VESICAL DE LAS 00 HORAS CON 250 CC DE ORINA NORMAL SIN SEDIMENTO, NO ELIMINA ESPONTANEO, DEPOSICION NEGATIVA, CONTINUA CON PARCHES DE DUODERM CGF EN REGION OCCIPITAL, SACRA Y TROCANTER DERECHO, LOS CUALES TIENEN CAMBIO PARA EL DIA 12 DE MAYO, SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT. UROCULTIVO REPORTO POSITIVO CON E.COLI: 100.000 UFC. HEMOCULTIVOS NEGATIVOS, CULTIVO SOT POSITIVO CON PSEUDOMONA A. SENSIBLE. NO SE CUBRE PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTIBIOTICO, HASTA EL MOMENTO SIN RESPUESTA INFLAMATORIA. LECTURA DE RX AP Y LATERAL DE COLUMNA DORSOLUMBAR (TOMADO EL 26 DE ABRIL: CAMBIOS POR ESPONDILOARTROPATIA DEGENERATIVA DE L COLUMNA TORACICA Y LUMBAR CON PROBABLE DISCOPATIA DE LOS SEGMENTOS MENCIONADOS) PENDIENTE VALORACION CON ESTE REPORTE POR PARTE DE FISIATRIA. LLEGO REPORTE DE NUEVO CULTIVO DE SOT TOMADO EL 24 DE ABRIL POSITIVO PARA PSEUDOMONA A. MULTISENSIBLE. PENDIENTE TOMA DE RESONANCIA PARA EL 14 DE MAYO A LAS 8 AM EN CLINICA AMIGA, MSI CON ESPASTICIDAD. SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACIÓN DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y NUTRICIÓN ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 12/05/2017 4:53:14 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente estable ventilatoria y hemodinamicamente estable.

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el día 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, modo a/c por volumen fio2 del 24%, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: íntegro, edematizado, eliminando por sonda vesical a cistofio que se retira por orden medica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presion grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizados con fóvea positiva, con acceso venoso en antebrazo de msd, el cual se retira por orden medica, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Braden riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	58x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	140/90	TA Media:	106,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente que durante el dia y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides en abundante cantidad, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, se inicia tratamiento gotas oftálmicas, recibiendo cateterismo vesical intermitente cada 6 horas según necesidad, con salida de diuresis colurica con sedimento, se realiza cateterismo vesical a las 12 pm con salida de diuresis de 250ml, y a las 18 horas con salida de diuresis 300cc, no realiza deposición en parial, se observa granuloma en estoma de sgt se realiza curación, en horas del dia sale a solarium 2 horas, recibe y tolera tratamiento medico ordenado, tolera net, recibe visita del familiar.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratacion de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomia y gastrostomia) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Aviser cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 13/05/2017 3:26:47 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomia. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TQT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, modo A/C por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Braden riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	63x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	127/74	TA Media:	91,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente estable acoplado a su ventilación mecánica tolerando, manejando secreciones mucoides moderadas, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado; recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía, UPP en zona sacra, occipital, codo derecho y trocánter cubiertas, con curaciones cada 3 días, próxima curación 15 de Mayo. Diuresis clara en abundante

cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 y deposición negativa. Paciente estable sin más novedades. Pendiente resonancia para el 14 de mayo en Clinica Amiga a las 08:00 hrs.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion
13/05/2017 04:53:38 PM	Lina Maria Vacca Nunez	SE LLAMA AL CONTAC CENTER PARA CONFIRMAR PROVEEDOR DE AMBULANCIA PARA EL TRASLADO DEL DIA DE MAÑANA POR CITA DE RESONANCIA, INFORMA JOELY SUAREZ QUE LA EPS NO TIENE DISPONIBILIDAD DE AMBULANCIAS Y QUE SE DEBE REPROGRAMAR LA CITA, INFORMO A FAMILIAR Y MEDICO DE TURNO.

EVOLUCIÓN DIARIA: 14/05/2017 4:48:42 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente ventilatoria y hemodinamicamente estable.

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el dia 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumatico, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomia, al examen fisico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, modo a/c por volumen fio2 del 24%, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomia, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: íntegro, edematizado, eliminando por sonda vesical a distaía que se retira por orden medica, se observa cicatriz en region inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizados con fóvea positiva, con acceso venoso en antebrazo de msd, el cual se retira por orden medica, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	60x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	111/61	TA Media:	77,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente que durante el dia y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides en abundante cantidad, se realiza aspiracion de secreciones y recibe terapia respiratoria, recibiendo cateterismo vesical intermitente cada 6 horas según necesidad, con salida de diuresis colurica con sedimento, se realiza cateterismo vesical a las 12 pm con salida de diuresis de 400 ml, y a las 18 horas con salida de diuresis 350cc, no realiza deposición en pañal, se observa granuloma en estoma de sgt con salida de material hematico, dilatado, se realiza curacion, en horas del dia paciente refiere no querer salir a solárium, recibe y tolera tratamiento medico ordenado, tolera net, recibe visita del familiar.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 15/05/2017 1:14:44 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinamicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TOT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, modo A/C por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: íntegro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	63x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente estable acoplado a su ventilación mecánica tolerando, manejando secreciones mucosmarillas moderadas, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición; recibe tratamiento instaurado; recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía, UPP en zona sacra, occipital, codo derecho y trocanter cubiertas, con curaciones cada 3 días, próxima curación 15 de Mayo. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 y deposición negativa. Paciente estable sin más novedades. Pendiente resonancia para el 20 de mayo en Clinica Amiga a las 12:30 hrs.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 16/05/2017 5:35:51 AM

1. DIAGNÓSTICOS

t8

88

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente ventilatoria y hemodinámicamente estable

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, que ingresa el dia 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, transtorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, modo a/c por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a distoflo que se retira por orden medica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizados con fóvea positiva, con acceso venoso en antebrazo de msd, el cual se retira por orden medica, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	16x min	Temperatura:	37.6°C
	T/A:	116/74	TA Media:	88		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente que pasa la noche estable ventilatoria y hemodinámicamente, en el dia de 5 mayo de 2017, manejando secreciones con pintas de sangre en escasa cantidad tanto en el dia como en la noche, hipersecretor, estoma de traqueostomía secos sin secrecion, estoma de gastrostomía con sangrado leve a la limpieza, por donde recibe tratamiento farmacológico y NET, bien tolerados, durante el dia se inicia dosis terapéutica con espesos via oral por fonoaudiologia, prueba bluetest, la cual es negativa durante la noche. Paciente que continua con plan de curación en región sacra por ulcera por presión grado 2 cada 5 días, manejo de herida con parche de duoderm cgf al igual que ulcera grado 1 en region occipital. Realiza diuresis mediante cateterismo intermitente, y no realiza deposición pese a enema rectal realizado el 5 de mayo durante el dia, no se observa distensión abdominal, paciente que no refiere dolor.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de estomias (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 17/05/2017 4:58:06 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente ventilatoria y hemodinamicamente estable.

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el dia 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, modo a/c por volumen fio2 del 24%, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a distoflo que se retira por orden medica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizados con fóvea positiva, con acceso venoso en antebrazo de msd, el cual se retira por orden medica, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	68x min	FR:	12x min	Temperatura:	37°C
	T/A:	132/81	TA Media:	98		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente que durante el dia y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides en abundante cantidad, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, recibiendo cateterismo vesical intermitente cada 6 horas según necesidad, con salida de diuresis colurica con sedimento, se realiza cateterismo vesical a las 12 pm con salida de diuresis de 300 ml, y a las 18 horas con salida de diuresis 250cc, no realiza deposición en pañal pero presenta salida de secreción mucoide por ano, se observa granuloma en estoma de sgt dilatado, se realiza curacion, en horas del dia paciente refiere en horas de la tarde dolor en msi se informa al medico de turno quien ordena diclofenaco x 75 mg 1 ampolla via IM dosis única, se cumple orden medica, recibe y tolera tratamiento medico ordenado, tolera net, recibe visita del familiar.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de estomias (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 18/05/2017 12:59:29 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO, INFARTO MEDULAR, NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PRESENTA

NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCION FAVORABLE. REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECANICA ASISTIDA POR TOT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCION, GASTROSTOMIA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, EN ZONA OCCIPITAL UPP GRADO II DE MAS O MENOS 2X2 CM, CON TEJIDO SOBREGRANULADO, CUBIERTO CON PARCHE DUODERM CGF, CON CABELLO IMPLANTADO; CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CUELLO MOVIL, CON TOT PERMEABLE, ESTOMA LIMPIO Y SECO, PACIENTE CONECTADO A LA VENTILACION MECANICA MODO A/C, ACOPLADO, TORAX NORMOEXPANSIVO, SIMETRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 500ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS. ESTOMA CON LEVE DILATACIÓN Y PRESENCIA DE GRANULOMA Y SALIDA DE SECRECION SEROSA Y ESCASO SANGRADO. GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO POR MEDIO DE CATETERISMO INTERMITENTE CADA 6 HORAS, NO ELIMINA ESPONTANEO, EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CON 3 CM DE LONGITUD Y 3 CM DE ANCHO CUBIERTA CON PARCHE DUODERM CGF, EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO PEQUEÑA HERIDA DE 0.5X0.5 CM CON PRESENCIA DE PEQUEÑO PUNTO DE FIBRINA, EL CUAL SE RETIRO Y SE CUBRIO CON FITO +GASA, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSION DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO LACERACION CUBIERTA CON PARCHE CGF, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA Y LEVE MOVIMIENTO POR REFLEJO EN MSI, ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEN RIESGO MEDIO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	54x min	FR:	12x min	Temperatura:	35.9°C
	T/A:	106/71	TA Media:	82,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, CONECTADO A LA VENTILACION MECANICA MODO AC, ACOPLADO, MANEJANDO SECRECIONES MUCOAMARILLAS CON TACOS; SATO2 96-99%, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, RECIBE Y TOLERA NET, SONDA DE GASTROSTOMIA FUE CAMBIADA EL 5 DE MAYO SIN COMPLICACIONES, LA CUAL SE ENCUENTRA PERMEABLE, ESTOMA DE SGT SE OBSERVA DILATADO CON PEQUEÑO GRANULOMA Y ESCASO SANGRADO Y SECRECIÓN SEROSA; SE REALIZA CURACIÓN EN CADA TURNO. FONOAUDIOLOGIA REALIZA PRUEBAS DE BLUE TEST LAS CUALES REPORTARON NEGATIVAS, POR LO CUAL SE INICIA MANEJO DE LA VIA ORAL CON COMPOTA EN DOSIS TERAPEUTICA; DIURESIS POR CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS, CATETERISMO VESICAL DE LAS 00 HORAS CON 300 CC DE ORINA NORMAL SIN SEDIMENTO, NO ELIMINA ESPONTANEO, DEPOSICION NEGATIVA, SE HAN REALIZADO ENEMAS GLICERINADOS EL DIA 15 Y 17 DE MAYO SIN SALIDA DE MAETRIA FECAL. SOLO SE OBSERVA SALIDA DE ABUNDANTE MOCO RECTAL. SE INFORMA A MEDICO. CONTINUA CON PARCHES DE DUODERM CGF EN REGION OCCIPITAL, SACRA Y TROCANTER DERECHO, LOS CUALES TIENEN CAMBIO PARA EL DIA 20 DE MAYO, SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT. UROCULTIVO REPORTO POSITIVO CON E.COLI. 100.000 UFC. HEMOCULTIVOS NEGATIVOS, CULTIVO SOT POSITIVO CON PSEUDOMONA A. SENSIBLE. NO SE CUBRE PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTIBIOTICO, HASTA EL MOMENTO SIN RESPUESTA INFLAMATORIA. LECTURA DE RX AP Y LATERAL DE COLUMNA DORSOLUMBAR (TOMADO EL 26 DE ABRIL: CAMBIOS POR ESPONDILOARTROPATIA DEGENERATIVA DE L COLUMNA TORACICA Y LUMBAR CON PROBABLE DISCOPATIA DE LOS SEGMENTOS MENCIONADOS) PENDIENTE VALORACIÓN CON ESTE REPORTE POR PARTE DE FISIATRIA. LLEGO REPORTE DE NUEVO CULTIVO DE SOT TOMADO EL 24 DE ABRIL POSITIVO PARA PSEUDOMONA A. MULTISENSIBLE. PENDIENTE TOMA DE RESONANCIA PARA EL 20 DE MAYO A LAS 12:30 M EN CLINICA AMIGA, PENDIENTE TOMA DE VIDEODEGLUCION (SE ENTREGO ORDEN A FAMILIAR PARA TRAMITE DE AUTORIZACIÓN ANTE EPS), SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGUN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACIÓN DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y NUTRICIÓN ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 19/05/2017 5:40:43 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinamicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TOT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, modo A/C por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: íntegro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Braden riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	64x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	123/65	TA Media:	84,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente estable acoplado a su ventilación mecánica tolerando, manejando secreciones mucoides moderadas, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado; recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía, se observa micosis en axilas. UPP en zona sacra, occipital, codo derecho y trocanter cubiertas, con curaciones cada 3 días, próxima curación 20 de Mayo. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 y deposición blanda. Paciente estable sin más novedades.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomías (traqueostomía y gastrostomía) NET Javity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 20/05/2017 5:07:56 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente ventilatoria y hemodinamicamente estable.

68

90

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el día 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumatico, Insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, modo a/c por volumen fio2 del 24%, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a cistofo que se retira por orden medica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizados con fóvea positiva, con acceso venoso en antebrazo de msd, al cual se retira por orden medica, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades. Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	73x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	135/69	TA Media:	91		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: Paciente que durante el dia y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides en moderada cantidad, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, duerme intervalos largos, recibiendo cateterismo vesical intermitente cada 6 horas según necesidad, con salida de diuresis colurica con sedimento, se realiza cateterismo vesical a las 12 pm con salida de diuresis de 400 ml, y a las 18 horas con salida de diuresis 250cc. realiza deposición blanda en poca cantidad en pañal, se observa granuloma en estoma de sgt dilatado, con salida de de secreción serosa en poca cantidad, realiza curacion, presenta seborrea en poca cantidad, recibe y tolera tratamiento medico ordenado, tolera net, recibe visita del familiar.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de estomias (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 21/05/2017 10:12:03 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TQT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, modo A/C por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	62x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	130/78	TA Media:	95,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente estable acoplado a su ventilación mecánica tolerando, manejando secreciones mucoides abundantes, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado; recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía, UPP en zona sacra, occipital, codo derecho y trocánter cubiertas, con curaciones cada 3 días, próxima curación 23 de Mayo. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 y no realiza deposición. Pendiente reporte de Resonancia de Columna 20 de Mayo 2017.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de estomias (traqueostomía y gastrostomía) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 22/05/2017 9:33:48 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TQT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, modo A/C por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	58x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C

	T/A:	120/70	TA Media:	86.66	

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente estable acoplado a su ventilación mecanica tolerando, manejando secreciones mucoides moderadas, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición; recibe tratamiento instaurado; recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía, UPP en zona sacra, occipital, codo derecho y trocanter cubiertas, con curaciones cada 3 dias, próxima curación 23 de Mayo. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 y no realiza deposición. Pendiente reporte de Resonancia de Columna 20 de Mayo 2017.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomia y gastrostomia) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 23/05/2017 1:24:59 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO. INFARTO MEDULAR. NO PROCEDIMIENTO NEUROCK SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO; DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCION FAVORABLE, REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA POR TOT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN, GASTROSTOMIA, TRAQUEOSTOMÍA, AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, EN ZONA OCCIPITAL UPP GRADO II DE MAS O MENOS 2X2 CM; CON TEJIDO SOBREGRANULADO, CUBIERTO CON PARCHE DUODERM CGF, CON CABELLO IMPLANTADO; CONJUNTIVAS CLARAS; PUPILAS REACTIVAS; APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS; CUELLO MÓVIL, CON TOT PERMEABLE, ESTOMA LIMPIO Y SECO; PACIENTE CONECTADO A LA VENTILACIÓN MECANICA MODO A/C, ACOPLADO, TORAX NORMOEXPANSIVO, SIMETRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 500ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS, ESTOMA CON LEVE DILATACIÓN Y PRESENCIA DE GRANULOMA Y SALIDA DE SECRECION SEROSA Y ESCASO SANGRADO, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO POR MEDIO DE CATETERISMO INTERMITENTE CADA 6 HORAS, NO ELIMINA ESPONTANEO, EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CON 2 CM DE LONGITUD Y 2 CM DE ANCHO CUBIERTA CON PARCHE DUODERM CGF+FITO, EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO PEQUEÑA HERIDA DE 0.5X0.5 CM CON PRESENCIA DE PEQUEÑO PUNTO DE FIBRINA, CUBIERTO CON FITO +GASA, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO LACERACION CUBIERTA CON PARCHE DUODERM, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA; ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	61x min	FR:	12x min	Temperatura:	35,5ºC
	T/A:	110/60	TA Media:	76.66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, CONECTADO A LA VENTILACIÓN MECANICA MODO AC, ACOPLADO, MANEJANDO SECRECIONES MUCOAMARILLAS CON TACOS, SATO2 96-99%, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, RECIBE Y TOLERA NET. SONDA DE GASTROSTOMIA FUE CAMBIADA EL 5 DE MAYO SIN COMPLICACIONES, LA CUAL SE ENCUENTRA PERMEABLE, ESTOMA DE SGT SE OBSERVA DILATADO CON PEQUEÑO GRANULOMA Y ESCASO SANGRADO Y SECRECION SEROSA, SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO. FONOAUDIOLOGIA REALIZA PRUEBAS DE BLUE TEST LAS CUALES REPORTARON NEGATIVAS, POR LO CUAL SE INICIA MANEJO DE LA VIA ORAL CON COMPOTA EN DOSIS TERAPEUTICA. DIURESIS POR CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS, NO ELIMINA ESPONTANEO. DEPOSICION POSITIVA EL DIA DE AYER, SE OBSERVA SALIDA DE ABUNDANTE MOCO RECTAL, SE INFORMA A MEDICO. CONTINUA CON PARCHES DE DUODERM CGF EN REGION OCCIPITAL, SACRA Y TROCANTER DERECHO, LOS CUALES TIENEN CAMBIO PARA EL DIA DE HOY 23 DE MAYO. SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT, PENDIENTE REPORTE DE RESONANCIA TOMADA EL 20 DE MAYO, PENDIENTE TOMA DE VIDEODEGLUCIÓN (SE ENTREGO ORDEN A FAMILIAR PARA TRAMITE DE AUTORIZACION ANTE EPS), SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACIÓN DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y NUTRICIÓN ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 24/05/2017 1:59:16 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente ventilatoria y hemodimenicamente estable

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el dia 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hilacillo a 2 cm, estoma limpio y seco, modo a/c por volumen fio2 del 24%, tolerando, tórax con expansión adecuada, simetrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a cistofo que se retira por orden medica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembro superior derecho con edema grado 3, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	71x min	FR:	13x min	Temperatura:	36,8ºC
	T/A:	125/68	TA Media:	87		

16

92

Sistema de Ventilacion:	Ventilador mecánico
Analisis:	Paciente que durante el día y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides en moderada cantidad, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, no duerme, por orden medica se inicia clonazepam gotas, se realiza cateterismo vesical intermitente cada 6 horas , a las 12 pm con salida de diuresis de 150 ml, y a las 18 horas con salida de diuresis 250ml, realiza deposición blanda en abundante cantidad en pañal, se observa granuloma en estoma de gastro, con salida de secreción serosa en poca cantidad, se realiza curación de upp sacra con solución salina y gasas se observa en mejores condiciones, lesión de aproximadamente dos centímetros con desfacelación de piel perilesional sin signos de infección, se deja con fitoestimoline mas parcho cgf, mas gasas, upp de trocánter de aproximadamente 3 cm limpia sin signos de infección se deja con fitoestimoline mas gasas, upp de occipital y codo se dejan descubiertas ya que presentan un proceso de cicatrización, próxima curación para mayo 28, cada 5 días, recibe y tolera tratamiento médico ordenado, tolera net, refiere dolor en miembro superior izquierdo se le administra analgesia según horario, recibe visita del familiar.
Plan Manejo:	Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios Cateterismo intermitente cada 6 horas

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 25/05/2017 3:59:04 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TQT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, modo A/C por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	65x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	127/70	TA Media:	89		

Sistema de Ventilacion:	Ventilador mecánico
Analisis:	Paciente estable acoplado a su ventilación mecánica tolerando, manejando secreciones mucoides adherentes moderadas, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado; recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía, UPP en zona sacra, occipital, codo derecho y trocánter cubiertas, con curaciones cada 3 días, próxima curación 28 de Mayo. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 y realiza deposición blanda abundante en dos ocasiones. Pendiente reporte de Resonancia de Columna 20 de Mayo 2017.
Plan Manejo:	Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 26/05/2017 5:13:04 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente ventilatoria y hemodinamicamente estable.

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el día 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, modo a/c por volumen fio2 del 24%, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a distofio que se retira por orden medica, se observa cicatriz en region inguinal derecha, en region sacra con presencia de ulcera por presion grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizados con fóvea positiva, con acceso venoso en antebrazo de msd, el cual se retira por orden medica, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades. Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	62x min	FR:	16x min	Temperatura:	35,8°C
	T/A:	115/63	TA Media:	80,33		

Sistema de Ventilacion:	Ventilador mecánico
Analisis:	Paciente que durante el día y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides purulentas en abundante cantidad, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, duerme intervalos largos, recibiendo cateterismo vesical intermitente cada 6 horas según necesidad, con salida de diuresis colurico con sedimento, se realiza cateterismo vesical a las 12 pm con salida de diuresis de 550 ml, y a las 18 horas con salida de diuresis 200cc, realiza deposición blanda en abundante cantidad en pañal, se observa granuloma en estoma de sgt dilatado, con salida de de secreción serosa en poca cantidad, realiza curación, recibe y tolera tratamiento medico ordenado, tolera net, recibe visita del familiar
Plan Manejo:	

Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratacion de la piel Cuidados de estomias (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 27/05/2017 2:18:28 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente ventilatoria y hemodinamicamente estable

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el dia 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumatico, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hiledillo a 2 cm, estoma limpio y seco, modo a/c por volumen fio2 del 24%, tolerando, torax con expansión adecuada, simetrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a distofio que se retira por orden medica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembro superior derecho con edema grado 3, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	66x min	FR:	12x min	Temperatura:	35,7°C
	T/A:	112/62	TA Media:	78,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente que durante el día y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides fluidas abundantes, se realiza aspiracion de secreciones y recibe terapia respiratoria, duerme intervalos cortos, se realiza cateterismo vesical intermitente cada 6 horas , a las 12:00 diuresis de 500 ml, y a las 18:00 diuresis de 450ml, no realiza deposición, se observa granuloma en estoma de gastro, con salida de secrecion serosa en poca cantidad, upp sacra y de trocánter cubiertas y limpias, próxima curación mayo 28, recibe y tolera tratamiento médico ordenado, tolera net, el reporte de resonancia de columna, lumbosacra, cervical, torácica, reporta que la evolución del paciente no ha empeorado ni ha mejorado, reciba visita del familiar

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratacion de la piel Cuidados de estomias (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios Cateterismo intermitente cada 6 horas

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 28/05/2017 12:14:17 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO. INFARTO MEDULAR. NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCIÓN FAVORABLE. REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA. ASISTIDA POR TQT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MÉDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN, GASTROSTOMIA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, EN ZONA OCCIPITAL UPP CICATRIZADA DESCUBIERTA, CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CUELLO MÓVIL, CON TQT PERMEABLE, ESTOMA LIMPIO Y SECO, PACIENTE CONECTADO A LA VENTILACION MECANICA MODO A/C, ACOPLADO, TORAX NORMOEXPANSIVO, SIMETRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 500ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS, ESTOMA CON LEVE DILATACIÓN Y PRESENCIA DE GRANULOMA Y SALIDA DE SECRECION SEROSA Y ESCASO SANGRADO, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO POR MEDIO DE CATETERISMO INTERMITENTE CADA 6 HORAS, NO ELIMINA ESPONTANEO, EN REGION SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CON 2 CM DE LONGITUD Y 2 CM DE ANCHO CUBIERTA CON PARCHE DUODERM CGF+FITO, EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO PEQUEÑA HERIDA DE 0.5X0.5 CM CON PRESENCIA DE PEQUEÑO PUNTO DE FIBRINA, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA. PULSOS PEDIOS POSITIVOS. EN TROCANTER DERECHO LACERACION CUBIERTA CON GASA+FITO, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA, ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	60x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	125/85	TA Media:	98,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE. CONECTADO A LA VENTILACION MECANICA MODO AC, ACOPLADO, MANEJANDO SECRECIONES MUCOAMARILLAS CON TACOS; SATO2 99%, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, RECIBE Y TOLERA NET, SONDA DE GASTROSTOMIA FUE CAMBIADA EL 5 DE MAYO SIN COMPLICACIONES, LA CUAL SE ENCUENTRA PERMEABLE; ESTOMA DE SGT SE OBSERVA DILATADO CON PEQUEÑO GRANULOMA Y ESCASO SANGRADO Y SECRECION SEROSA, SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO, FONOAUDIOLOGIA REALIZA PRUEBAS DE BLUE TEST LAS CUALES REPORTARON NEGATIVAS, POR LO CUAL SE INICIA MANEJO DE LA VIA ORAL CON COMPOTA EN DOSIS TERAPEUTICA. DIURESIS POR CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS, NO ELIMINA ESPONTANEO, DEPOSICION NEGATIVA HASTA EL MOMENTO; SE OBSERVA SALIDA DE ABUNDANTE MOCO RECTAL, SE INFORMA A MEDICO. CONTINUA CON PARCHE DE DUODERM CGF EN REGION SACRA, EL CUAL TIENE CAMBIO PARA EL DIA 28 DE MAYO, SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT, REPORTE DE RESONANCIA COLUMNA LUMBOSACRA CERVICAL-HOMBRO DERECHO TOMADA EL 20 DE MAYO: MIELOPATIA DE C3 A T2, IGUAL A REPORTE PREVIO, PENDIENTE TOMA DE VIDEODEGLUCION (SE ENTREGO ORDEN A FAMILIAR PARA TRAMITE DE AUTORIZACION ANTE EPS). PENDIENTE CONTROL CON NEUROCIRUGIA (FAMILIAR EN TRAMITE) SIN MAS CAMBIOS.

94

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACION DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y NUTRICIÓN ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 29/05/2017 12:14:22 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO. INFARTO MEDULAR. NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCIÓN FAVORABLE. REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA POR TOT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN, GASTROSTOMIA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, EN ZONA OCCIPITAL UPP CICATRIZADA DESCUBIERTA, CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CUELLO MÓVIL, CON TQT PERMEABLE, ESTOMA LIMPIO Y SECO. PACIENTE CONECTADO A LA VENTILACION MECANICA MODO A/C, ACOPLADO, TÓRAX NORMOEXPANSIVO, SIMÉTRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 500ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS, ESTOMA CON LEVE DILATACIÓN Y PRESENCIA DE GRANULOMA Y SALIDA DE SECRECIÓN SEROSA Y ESCASO SANGRADO, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO POR MEDIO DE CATETERISMO INTERMITENTE CADA 6 HORAS, NO ELIMINA ESPONTANEO, EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CON MEDIDAS DE 2X1 CM, CON TEJIDO DE GRANULACION EN PROCESO DE CICATRIZACION, CON POCA FIBRINA EN EL CENTRO, SE DEJO CUBIERTO CON UN PUNTO DE IRUXOL, FITO +PARCHE DUODERM CGF. EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO HERIDA CICATRIZADA, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 3X4 CM CON TEJIDO DESVITALIZADO, PIEL ACARTONADA, + FIBRINA, SE ENCUENTRA CUBIERTA CON IRUXOL+PARCHE DUODERM EXTRATHIM, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA, ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Examen Físico:

Signos Vitales:	FC:	60x min	FR:	14x min	Temperatura:	36,3°C
	T/A:	130/80	TA Media:	96,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, CONECTADO A LA VENTILACION MECANICA MODO AC, ACOPLADO, MANEJANDO SECRECIONES MUCOAMARILLAS CON TACOS, SATO2 99%, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, RECIBE Y TOLERA NET, SONDA DE GASTROSTOMIA FUE CAMBIADA EL 5 DE MAYO SIN COMPLICACIONES, LA CUAL SE ENCUENTRA PERMEABLE, ESTOMA DE SGT SE OBSERVA DILATADO CON PEQUEÑO GRANULOMA Y ESCASO SANGRADO Y SECRECION SEROSA, SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO. FONOAUDIOLOGIA REALIZA PRUEBAS DE BLUE TEST LAS CUALES REPORTARON NEGATIVAS, POR LO CUAL SE INICIA MANEJO DE LA VIA ORAL CON COMPOTA EN DOSIS TERAPEUTICA. DIURESIS POR CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS, NO ELIMINA ESPONTANEO, DEPOSICION NEGATIVA HASTA EL MOMENTO, SE OBSERVA SALIDA DE ABUNDANTE MOCO RECTAL, SE INFORMA A MEDICO. FUE CURADO EL DIA DE AYER EVIDENCIANDO: EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II; CON MEDIDAS DE 2X1 CM, CON TEJIDO DE GRANULACION EN PROCESO DE CICATRIZACION, CON POCA FIBRINA EN EL CENTRO, SE DEJO CUBIERTO CON UN PUNTO DE IRUXOL, FITO +PARCHE DUODERM CGF. EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 3X4 CM CON TEJIDO DESVITALIZADO, PIEL ACARTONADA, + FIBRINA, SE DEJO CUBIERTO CON IRUXOL+PARCHE DUODERM EXTRATHIM, PROXIMA CURACION PARA EL DIA 2 DE JUNIO, SE REALIZA CAMBIOS DE POSICIÓN, HIGIENE Y CONFORT, REPORTE DE RESONANCIA COLUMNA LUMBOSACRA CERVICAL-HOMBRO DERECHO TOMADA EL 20 DE MAYO: MIELOPATIA DE C3 A T2, IGUAL A REPORTE PREVIO, PENDIENTE TOMA DE VIDEODEGLUCION (SE ENTREGO ORDEN A FAMILIAR PARA TRAMITE DE AUTORIZACION ANTE EPS), PENDIENTE CONTROL CON NEUROCIRUGIA (FAMILIAR EN TRAMITE). EL DIA DE AYER SE REALIZO TRASLADO CAMA SILLA SIN COMPLICACIONES, SALE AL SOLARIUM, SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACIÓN DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y NUTRICIÓN ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 30/05/2017 3:59:19 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TQT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, modo A/C por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedias positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades. Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Examen Físico:

Signos Vitales:	FC:	80x min	FR:	15x min	Temperatura:	36,2°C
	T/A:	150/80	TA Media:	103,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente estable acoplado a su ventilación mecánica tolerando, manejando secreciones mucoamarillas adherentes abundantes, estomas sanos que sangra a la manipulación en poca cantidad, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado;

recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía, UPP en zona sacra, occipital, codo derecho y trocánter cubiertas, con curaciones cada 3 días, próxima curación 2 de junio. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 y realiza deposición blanda abundante, duerme intervalos largos. Pendiente video deglución y control por neurología, paciente estable sin mas novedades.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomías (traqueostomía y gastrostomía) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 31/05/2017 2:03:29 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente ventilatoria y hemodinamicamente estable.

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el día 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observe de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello movil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, modo a/c por volumen fio2 del 24%, tolerando, tórax con expansion adecuada, simetrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a distafio que se retira por orden medica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizadas con fóvea positiva, con acceso venoso en antebrazo de msd, el cual se retira por orden medica, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Braden riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	62x min	FR:	12x min	Temperatura:	35,8°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente que durante el dia y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides en abundante cantidad, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, duerme intervalos largos, recibiendo cateterismo vesical intermitente cada 6 horas según necesidad, con salida de diuresis colurica con sedimento, se realiza cateterismo vesical a las 12 pm con salida de diuresis de 650 ml, y a las 18 horas con salida de diuresis 270cc, realiza deposición semiliquida en abundante cantidad en pañal, se observa granuloma en estoma de sgt dilatado, con salida de de secreción serosa en poca cantidad, realiza curación, en horas del dia presenta eritema en región inguinal se informa al medico y ordena iniciar biconjugado, se cumple orden medica, recibe y tolera tratamiento medico ordenado, tolera net, recibe visita del familiar.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomías (traqueostomía y gastrostomía) Administracion de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 01/06/2017 2:02:29 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente ventilatoria y hemodinamicamente estable.

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el dia 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, modo a/c por volumen fio2 del 24%, tolerando, tórax con expansion adecuada, simetrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a distafio que se retira por orden médica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembro superior derecho con edema grado 3, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Braden riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	63x min	FR:	12x min	Temperatura:	36,5°C
	T/A:	121/69	TA Media:	86,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente que durante el dia y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides espesas abundantes, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, duerme intervalos cortos, se realiza cateterismo vesical intermitente cada 6 horas , a las 12:00 diuresis de 700ml, y a las 18:00 diuresis de 200ml, realiza deposicion liquida, por lo cual no se administra bisacodilo ni hidróxido de aluminio, se observa granuloma en estoma de gastro, con salida de secredon serosa en poca cantidad, upp sacra y de trocánter cubiertas y limpias, próxima curación junio 2, recibe y tolera tratamiento médico ordenado, tolera net, duerme intervalos largos, afebril, normotenso, recibe visita del familiar

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomías (traqueostomía y gastrostomía) Administracion de medicamentos y nutrición enteral Educacion a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios Cateterismo intermitente cada 6 horas

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 02/06/2017 4:24:21 AM

Sb

96

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomia. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TQT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, modo A/C por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	67x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	128/66	TA Media:	86,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente estable acoplado a su ventilación mecánica tolerando, manejando secreciones mucoides adherentes moderadas, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado; recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía, UPP en zona sacra y trocánter cubiertas, con curaciones cada 5 días, próxima curación 2 de Junio. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 y realiza deposición semilíquida.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomías (traqueostomía y gastrostomía) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 03/06/2017 5:09:48 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente ventilatoria y hemodinamicamente estable.

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el día 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, tolerando oxigeno por mascara ventury a tqt al 40% en horas del día y con vm modo a/c en horas de la noche, con monitorizacion continua, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a distofio que se retira por orden medica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizados con fóvea positiva, con acceso venoso en antebrazo de msd, el cual se retira por orden medica, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	60x min	FR:	12x min	Temperatura:	35,7°C
	T/A:	110/70	TA Media:	83,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente que durante el dia y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides en abundante cantidad, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, duerme intervalos largos, recibiendo cateterismo vesical intermitente cada 6 horas según necesidad, con salida de diuresis colurica con sedimento, se realiza cateterismo vesical a las 12 pm con salida de diuresis de 300 ml, y a las 18 horas con salida de diuresis 400cc, realiza deposición blanda en poca cantidad en pañal, se observa granuloma en estoma de sgt dilatado, con salida de de secreción serosa en poca cantidad, realiza curación, presenta eritema en región inguinal con tratamiento tópico bioenjugado, en horas del día por terapia respiratoria se cambia de vm a mascara ventury al 40% tolerando pero continuando en horas de la noche con vm modo a/c, con monitorización continua de signos vitales. En horas de la mañana se realiza curación de upp sacra la cual se observa de tamaño 3x4 cm y trocánter derecho de tamaño 2 x 1 cm ambas se observan con presencia de tejido en proceso de granulación sin salida de secreción se realiza curacion con ssn + gasa + parche duoderm + fitoestimuline + apósitos + micropore. recibe y tolera tratamiento medico ordenado, tolera net, recibe visita del familiar.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomías (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 04/06/2017 2:37:29 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente.

Objetivo:

Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello movil, con TQT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, modo A/C por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: íntegro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en region sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades. Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	80x min	FR:	19x min	Temperatura:	36ºC
	T/A:	128/69	TA Media:	88.66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente estable acoplado a su ventilación mecánica tolerando, manejando secreciones mucoides adherentes moderadas, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado; recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía. UPP en zona sacra y trocánter cubiertas, con curaciones cada 5 días, próxima curación 2 de Junio. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 y realiza deposición semiliquida.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de estomias (traqueostomía y gastrostomía) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 05/06/2017 5:26:07 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TQT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, ventury 28%, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: íntegro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en region sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	75x min	FR:	20x min	Temperatura:	36,2ºC
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente estable tolerando ventury al 28 % desde el 4 de junio de 2017, manejando secreciones mucoides adherentes moderadas, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado; recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía, UPP en zona sacra y trocánter cubiertas, con curaciones cada 5 días, próxima curación 9 de Junio. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 horas y no realiza deposición, presenta salida de moco rectal semifluido sin olor.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de estomias (traqueostomía y gastrostomía) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 06/06/2017 12:10:22 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO. INFARTO MEDULAR, NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACION PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCIÓN FAVORABLE. REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECANICA ASISTIDA POR TQT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN, GASTROSTOMÍA, TRAQUEOSTOMÍA; AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, EN ZONA OCCIPITAL UPP CICATRIZADA DESCUBIERTA, CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CUELLO MÓVIL, CON TQT PERMEABLE, ESTOMA LIMPIO Y SECO, PACIENTE CON SISTEMA VENTURY AL 28%, TÓRAX NORMOEXPANSIVO, SIMÉTRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 500ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS, ESTOMA CON LEVE DILATACIÓN Y PRESENCIA DE GRANULOMA Y SALIDA DE SECRECIÓN SEROSA Y ESCASO SANGRADO, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO POR MEDIO DE CATETERISMO INTERMITENTE CADA 6 HORAS, ELIMINA ESPONTANEO EN POCA CANTIDAD, EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CON MEDIDAS DE 2X1 CM, CON TEJIDO DE GRANULACION EN PROCESO DE CICATRIZACION, CON POCA FIBRINA EN EL CENTRO, CUBIERTO CON UN PUNTO DE IRUXOL, FITO +PARCHE DUODERM CGF. EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO HERIDA CICATRIZADA, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 3X4 CM CON TEJIDO EN PROCESO DE GRANULACIÓN. SE ENCUENTRA CUBIERTA CON IRUXOL+PARCHE DUODERM EXTRATHIM, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA, ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO. ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

98

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	60x min	FR:	17x min	Temperatura:	36,9°C
	T/A:	95/79	TA Media:	84,33		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomia

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, A QUIEN SE PUDO DESTETAR DE LA VENTILACION MECANICA DESDE EL DIA 2 DE JUNIO, EN EL MOMENTO CON SISTEMA VENTURY AL 28% CON SATURACIONES DE 95-98%, MANEJANDO SECRECIONES MUCOAMARILLAS ABUNDANTES CON TACOS, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, RECIBE Y TOLERA NET POR SONDA DE GASTROSTOMIA LA CUAL SE ENCUENTRA PERMEABLE. ESTOMA DE SGT SE OBSERVA DILATADO CON PEQUEÑO GRANULOMA Y ESCASO SANGRADO Y SECRECION SEROSA, SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO. FONOAUDIOLOGIA REALIZA PRUEBAS DE BLUE TEST LAS CUALES REPORTARON NEGATIVAS. POR LO CUAL SE INICIA MANEJO DE LA VIA ORAL CON COMPOTA EN DOSIS TERAPEUTICA. DIURESIS POR CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS, YA ELIMINA ESPONTANEO EN POCA CANTIDAD, DEPOSICION NEGATIVA HASTA EL MOMENTO, SE OBSERVA SALIDA DE ABUNDANTE MOCO RECTAL. SE INFORMA A MEDICO. SE EVIDENCIA EN ULTIMA CURACION DE HERIDAS: EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CON MEDIDAS DE 2X1 CM, CON TEJIDO DE GRANULACION EN PROCESO DE CICATRIZACION, CON POCA FIBRINA EN EL CENTRO, SE DEJO CUBIERTO CON UN PUNTO DE IRUXOL, FITO +PARCHE DUODERM CGF. EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 3X4 CM CON TEJIDO EN PROCESO DE GRANULACION, SE DEJO CUBIERTO CON IRUXOL+PARCHE DUODERM EXTRATHIM. PROXIMA CURACION PARA EL DIA 9 DE JUNIO, SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT. REPORTE DE RESONANCIA COLUMNA LUMBOSACRA CERVICAL-HOMBRO DERECHO TOMADA EL 20 DE MAYO: MIELOPATIA DE C3 A T2, IGUAL A REPORTE PREVIO. PENDIENTE TOMA DE VIDEODEGLUCION PARA JUNIO 12 A LAS 7 AM EN FVL. AMBULANCIA YA SOLICITADA CON JOELY SUAREZ DEL CONTAC CENTER. PENDIENTE CONTROL CON NEUROCIRUGIA PARA JUNIO 15 A LAS 15 HORAS EN CLINICA TEQUENDAMA, AMBULANCIA YA SOLICITADA CON JOELY SUAREZ DEL CONTAC CENTER, PENDIENTE AUTORIZACION DE ORTESIS DE MANOS, TOBILLOS Y TOXINA BOTULINICA (FAMILIAR EN TRAMITE). VX POR NEUROOFTALMOLOGIA PARA JUNIO 21 A LAS 9+3 AM EN CLINICA OFTALMOLOGICA. EL DIA DE AYER PRESENTO TEMPERATURA AISLADA DE 38,3 °. SE VIGILARA CURVA TERMICA, SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACIÓN DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y NUTRICIÓN ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 07/06/2017 5:13:51 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomia. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TQT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, con ventury al 24% tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades. Escala de morse: riesgo bajo, escala de Braden riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	79x min	FR:	20x min	Temperatura:	36,9°C
	T/A:	110/60	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomía

Analisis: Paciente estable acoplado a su ventury al 24% tolerando, manejando secreciones mucoides adherentes moderadas, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado: recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía, UPP en zona sacra y trocánter cubiertas, con curaciones cada 5 días, proxima curacion 9 de Junio. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 y no realiza deposición.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 08/06/2017 12:51:20 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO. INFARTO MEDULAR, NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCIÓN FAVORABLE. REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA POR TQT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN, GASTROSTOMIA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA. EN ZONA OCCIPITAL UPP CICATRIZADA DESCUBIERTA, CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CUELLO MOVIL, CON TQT PERMEABLE, ESTOMA LIMPIO Y SECO, PACIENTE CON FIO2 AL 21%, TÓRAX NORMOEXPANSIVO, SIMÉTRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 500ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS. ESTOMA CON LEVE DILATACIÓN Y PRESENCIA DE GRANULOMA Y SALIDA DE SECRECION SEROSA Y ESCASO SANGRADO, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO POR MEDIO DE CATETERISMO INTERMITENTE CADA 6 HORAS, ELIMINA ESPONTANEO EN POCA CANTIDAD, EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CON MEDIDAS DE 2X1 CM, CON TEJIDO DE GRANULACION EN PROCESO DE CICATRIZACION, CON POCA FIBRINA EN EL CENTRO, CUBIERTO CON UN PUNTO DE IRUXOL, FITO +PARCHE DUODERM CGF. EXTREMIDADES:

MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO HERIDA CICATRIZADA, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 3X4 CM CON TEJIDO EN PROCESO DE GRANULACION, SE ENCUENTRA CUBIERTA CON IRUXOL+PARCHE DUODERM EXTRATHIM. SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA, ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	63x min	FR:	21x min	Temperatura:	36,6°C
	T/A:	85/65	TA Media:	71,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE. A QUIEN SE PUDO DESTETAR DE LA VENTILACIÓN MECANICA DESDE EL DIA 2 DE JUNIO, EN EL MOMENTO CON FIO2 21% CON SATURACIONES DE OXIGENO DE 94-98%, MANEJANDO SECRECIONES MUCOIDES ABUNDANTES CON PINTAS DE SANGRE. SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO. RECIBE Y TOLERA NET POR SONDA DE GASTROSTOMIA LA CUAL SE ENCUENTRA PERMEABLE. ESTOMA DE SGT SE OBSERVA DILATADO CON PEQUEÑO GRANULOMA Y ESCASO SANGRADO Y SECRECION SEROSA. SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO. FONOAUDIOLOGIA REALIZA PRUEBAS DE BLUE TEST LAS CUALES REPORTARON NEGATIVAS, POR LO CUAL SE INICIA MANEJO DE LA VIA ORAL CON COMPOTA EN DOSIS TERAPEUTICA. DIURESIS POR CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS, YA ELIMINA ESPONTANEO EN POCA CANTIDAD, DEPOSICION NEGATIVA HASTA EL MOMENTO, SE OBSERVA SALIDA DE ABUNDANTE MOCO RECTAL, SE INFORMA A MEDICO. SE EVIDENCIA EN ULTIMA CURACION DE HERIDAS: EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CON MEDIDAS DE 2X1 CM, CON TEJIDO DE GRANULACION EN PROCESO DE CICATRIZACION, CON POCA FIBRINA EN EL CENTRO. SE DEJO CUBIERTO CON UN PUNTO DE IRUXOL, FITO +PARCHE DUODERM CGF. EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 3X4 CM CON TEJIDO EN PROCESO DE GRANULACION, SE DEJO CUBIERTO CON IRUXOL+PARCHE DUODERM EXTRATHIM. PROXIMA CURACION PARA EL DIA 9 DE JUNIO. SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT. REPORTE DE RESONANCIA COLUMNA LUMBOSACRA CERVICAL-HOMBRO DERECHO TOMADA EL 20 DE MAYO: MIELOPATIA DE C3 A T2, IGUAL A REPORTE PREVIO. PENDIENTE TOMA DE VIDEODEGLUCION PARA JUNIO 12 A LAS 7 AM EN FVL; AMBULANCIA YA SOLICITADA CON JOELY SUAREZ DEL CONTAC CENTER, PENDIENTE CONTROL CON NEUROCIRUGIA PARA JUNIO 15 A LAS 15 HORAS EN CLINICA TEQUENDAMA, AMBULANCIA YA SOLICITADA CON JOELY SUAREZ DEL CONTAC CENTER, PENDIENTE AUTORIZACION DE ORTESIS DE MANOS, TOBILLOS Y TOXINA BOTULINICA (FAMILIAR EN TRAMITE), VX POR NEUROOFTALMOLOGIA PARA JUNIO 21 A LAS 9+3 AM EN CLINICA OFTALMOLOGICA. SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACIÓN DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y NUTRICIÓN ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 09/06/2017 6:39:48 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumatico, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica; en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TQT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma seno, limpio y seco, modo A/C por volumen, tolerando, torax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomia, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedias positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	59x min	FR:	21x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: Paciente estable acoplado a su ventilación mecánica tolerando, manejando secreciones mucoides adherentes con tacos, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado: recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía, UPP en zona sacra y trocánter cubiertas, con curaciones cada 5 días, próxima curación hoy 9 de Junio. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 y no realiza deposición.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomías (traqueostomía y gastrostomía) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 10/06/2017 5:24:31 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalico, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TQT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma seno, limpio y seco. Fio2 al 21% , tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomia, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, con cateterismo vesical cada 6 horas, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedias positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades. Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

66

100

Signos Vitales:	FC:	63x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C	
	T/A:	119/79	TA Media:	92,33			

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: Paciente estable, tolerando oxigeno a medio ambiente 21%, manejando secreciones mucoides adherentes moderadas con pintas de sangre, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe y tolera tratamiento farmacológico y nutrición enteral : UPP en zona sacra y trocánter curadas el dia de hoy por jefe de turno quien refiere que las heridas se encuentran en igual estado, sin signos de infección, y cubiertas con parche duoderm cgf mas apósitos y micropore, próxima curación 14 de Junio. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 horas y no realiza deposición, presenta salida de moco rectal espeso en moderada cantidad.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomia y gastrostomia) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha Profesional Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 11/06/2017 4:06:02 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinamicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomia. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales humedas, cuello móvil, con TQT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, modo A/C por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomia, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades. Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	70x min	FR:	19x min	Temperatura:	36,1°C	
	T/A:	120/69	TA Media:	86			

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente estable acoplado a su ventilación mecánica tolerando, manejando secreciones mucoides adherentes con tacos, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado: recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomia. UPP en zona sacra y trocánter cubiertas, con curaciones cada 5 días, próxima curación 14 de Junio. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 y no realiza deposición.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomia y gastrostomia) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha Profesional Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 12/06/2017 4:40:34 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente ventilatoria y hemodinamicamente estable.

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el dia 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomia, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales humedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, tolerando oxigeno por tqt al medio ambiente fio2 del 21%, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, con monitorización continua de signos vitales, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomia, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a distofio que se retira por orden medica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan con espasticidad, con acceso venoso en antebrazo de mad, el cual se retira por orden medica. miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades. Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	71x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C	
	T/A:	130/80	TA Media:	96,66			

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomia

Analisis: Paciente que durante el dia y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides en abundante cantidad, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, duerme intervalos largos, recibiendo cateterismo vesical intermitente cada 6 horas según necesidad, con salida de diuresis colurica con sedimento, se realiza cateterismo vesical a las 12 pm con salida de diuresis de 250 ml. y a las 18 horas con salida de diuresis 350cc, realiza deposición blanda en moderada cantidad en pañal, se observa granuloma en estoma de sgt dilatado, con salida de de secreción serosa en poca cantidad, realiza curación, presenta eritema en región inguinal con tratamiento topico biconjugado, con monitorización continua de signos vitales, recibe y tolera tratamiento medico ordenado, tolera net, recibe visita del familiar.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomia y gastrostomia) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 13/06/2017 2:34:31 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO. INFARTO MEDULAR, NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCION FAVORABLE. REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA POR TQT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO; INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN, GASTROSTOMIA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, EN ZONA OCCIPITAL UPP CICATRIZADA DESCUBIERTA; CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HUMEDAS, CUELLO MOVIL, CON TQT PERMEABLE, ESTOMA LIMPIO Y SECO, PACIENTE CON FIO2 AL 21%, TÓRAX NORMOEXPANSIVO; SIMETRICO; SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 500ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS, ESTOMA CON LEVE DILATACION Y PRESENCIA DE GRANULOMA Y SALIDA DE SECRECION SEROSA Y ESCASO SANGRADO, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO POR MEDIO DE CATETERISMO INTERMITENTE CADA 6 HORAS, ELIMINA ESPONTANEO EN POCA CANTIDAD; EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II; CON MEDIDAS DE 2X1 CM; CON TEJIDO DE GRANULACIÓN EN PROCESO DE CICATRIZACION, CON POCA FIBRINA EN EL CENTRO, CUBIERTO CON UN PUNTO DE IRUXOL, FITO +PARCHE DUODERM CGF. EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO HERIDA CICATRIZADA, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 3X4 CM CON TEJIDO EN PROCESO DE GRANULACION, SE ENCUENTRA CUBIERTA CON IRUXOL+PARCHE DUODERM EXTRATHIM. SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA. ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	68x min	FR:	17x min	Temperatura:	35.3°C
	T/A:	105/82	TA Media:	89,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, A QUIEN SE PUDO DESTETAR DE LA VENTILACION MECANICA DESDE EL DIA 2 DE JUNIO, EN EL MOMENTO CON FIO2 21% CON SATURACIONES DE OXIGENO DE 94-98%, MANEJANDO SECRECIONES MUCOIDES ABUNDANTES, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, RECIBE Y TOLERA NET POR SONDA DE GASTROSTOMIA LA CUAL SE ENCUENTRA PERMEABLE, ESTOMA DE SGT SE OBSERVA DILATADO CON PEQUEÑO GRANULOMA Y ESCASO SANGRADO Y SECRECION SEROSA, SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO. FONOAUDIOLOGIA REALIZA PRUEBAS DE BLUE TEST LAS CUALES REPORTARON NEGATIVAS, POR LO CUAL SE INICIA MANEJO DE LA VIA ORAL CON COMPOTA EN DOSIS TERAPEUTICA. DIURESIS POR CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS, YA ELIMINA ESPONTANEO EN POCA CANTIDAD, DEPOSICION POSITIVA EL DIA DE AYER; SE OBSERVA SALIDA DE ABUNDANTE MOCO RECTAL. SE INFORMA A MEDICO: SE EVIDENCIA EN ULTIMA CURACION DE HERIDAS; EN REGION SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CON MEDIDAS DE 2X1 CM, CON TEJIDO DE GRANULACION EN PROCESO DE CICATRIZACION, CON POCA FIBRINA EN EL CENTRO, SE DEJO CUBIERTO CON UN PUNTO DE IRUXOL, FITO +PARCHE DUODERM CGF. EN TROCANTER DERECHO LACERACIÓN DE 3X4 CM CON TEJIDO EN PROCESO DE GRANULACION, SE DEJO CUBIERTO CON IRUXOL+PARCHE DUODERM EXTRATHIM. PROXIMA CURACION PARA EL DIA 9 DE JUNIO. SE REALIZA CAMBIOS DE POSICIÓN, HIGIENE Y CONFORT. REPORTE DE RESONANCIA COLUMNA LUMBOSACRA CERVICAL-HOMBRO DERECHO TOMADA EL 20 DE MAYO: MIELOPATIA DE C3 A T2, IGUAL A REPORTE PREVIO. PENDIENTE REPORTE DE VIDEODEGLUCION TOMADO EL DIA DE AYER JUNIO 12, PENDIENTE CONTROL CON NEUROCIRUGIA PARA JUNIO 15 A LAS 15 HORAS EN CLINICA TEQUENDAMA, AMBULANCIA YA SOLICITADA CON JOELY SUAREZ DEL CONTAC CENTER, PENDIENTE AUTORIZACIÓN DE ORTESIS DE MANOS, TOBILLOS Y TOXINA BOTULINICA (FAMILIAR EN TRAMITE), VX POR NEUROOFTALMOLOGIA PARA JUNIO 21 A LAS 9+3 AM EN CLINICA OFTALMOLOGICA. SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACIÓN DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y NUTRICIÓN ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 14/06/2017 5:32:58 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente ventilatoria y hemodinamicamente estable.

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el dia 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello movil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, tolerando oxigeno por tqt al medio ambiente fio2 del 21%, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, con monitorización continua de signos vitales, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: íntegro, edematizado, eliminando por sonda vesical a distoño que se retira por orden medica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan con espasticidad, con acceso venoso en antebrazo de msd, el cual se retira por orden medica, miembros inferiores con perfusion distal disminuida, pulsos pedias positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	62x min	FR:	19x min	Temperatura:	36,5°C
	T/A:	100/65	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomia

Analisis: Paciente que durante el dia y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides en abundante cantidad, se realiza aspiracion de secreciones y recibe terapia respiratoria, duerme intervalos largos, recibiendo cateterismo vesical intermitente cada 6 horas segun necesidad, con salida de diuresis colurica con sedimento, se realiza cateterismo vesical a las 12 pm con salida de diuresis de 200 ml, y a las 18 horas con salida de diuresis 250cc, realiza deposición blanda en moderada cantidad en pañal, se observa granuloma en estoma de sgt dilatado, con salida

102

de de secreción serosa en poca cantidad, realiza curación, presenta eritema en región inguinal con tratamiento tópico biconjugado, con monitorización continua de signos vitales, en horas del día sale a solarium, recibe y tolera tratamiento medico ordenado, tolera net, recibe visita del familiar.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 15/06/2017 2:17:09 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD. QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR. QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO. INFARTO MEDULAR. NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PRESENTA NEUMONÍA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCIÓN FAVORABLE. REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA POR TOT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MÉDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCION, GASTROSTOMIA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, EN ZONA OCCIPITAL UPP CICATRIZADA DESCUBIERTA, CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CUELLO MÓVIL, CON TOT PERMEABLE, ESTOMA LIMPIO Y SECO, PACIENTE CON FIO2 AL 21%, TÓRAX NORMOEXPANSIVO, SIMÉTRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 500ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS, ESTOMA CON LEVE DILATACIÓN Y PRESENCIA DE GRANULOMA Y SALIDA DE SECRECION SEROSA Y ESCASO SANGRADO, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO POR MEDIO DE CATETERISMO INTERMITENTE CADA 6 HORAS, ELIMINA ESPONTANEO EN POCA CANTIDAD, EN REGION SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CUBIERTO CON FITO +PARCHE DUODERM CGF. EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO HERIDA EN PROCESO DE CICATRIZACION CUBIERTA CON PARCHE DE DUODERM, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 3X4 CM CON TEJIDO EN PROCESO DE GRANULACION, SE ENCUENTRA CUBIERTA CON PARCHE DUODERM, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA, ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	58x min	FR:	22x min	Temperatura:	35,8°C
	T/A:	138/72	TA Media:	94		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, A QUIEN SE PUDO DESTETAR DE LA VENTILACION MECANICA DESDE EL DIA 2 DE JUNIO, EN EL MOMENTO CON FIO2 21% CON SATURACIONES DE OXIGENO DE 94-98%, MANEJANDO SECRECIONES MUCOIDES ABUNDANTES, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, RECIBE Y TOLERA NET POR SONDA DE GASTROSTOMIA LA CUAL SE ENCUENTRA PERMEABLE, ESTOMA DE SGT SE OBSERVA DILATADO CON PEQUEÑO GRANULOMA Y ESCASO SANGRADO Y SECRECION SEROSA, SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO. FONOAUDIOLOGIA REALIZA PRUEBAS DE BLUE TEST LAS CUALES REPORTARON NEGATIVAS, POR LO CUAL SE INICIA MANEJO DE LA VIA ORAL CON COMPOTA EN DOSIS TERAPEUTICA, PENDIENTE DEFINIR INICIO DE VIA ORAL CON REPORTE DE VIDEO. DIURESIS POR CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS, YA ELIMINA ESPONTANEO EN POCA CANTIDAD, DEPOSICION POSITIVA, SE OBSERVA SALIDA DE ABUNDANTE MOCO RECTAL, SE INFORMA A MEDICO. EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CUBIERTO CON FITO +PARCHE DUODERM CGF. EN TROCANTER DERECHO LACERACIÓN DE 3X4 CM CON TEJIDO EN PROCESO DE GRANULACION, CUBIERTO CON PARCHE DUODERM. PROXIMA CURACIÓN PARA EL DIA 19 DE JUNIO. SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT, PENDIENTE CONTROL CON NEUROCIRUGIA PARA HOY JUNIO 15 A LAS 15 HORAS EN CLINICA TEQUENDAMA, AMBULANCIA YA SOLICITADA CON JOELY SUAREZ DEL CONTAC CENTER, PENDIENTE AUTORIZACION DE ORTESIS DE MANOS, TOBILLOS Y TOXINA BOTULINICA (FAMILIAR EN TRAMITE). VX POR NEUROOFTALMOLOGIA PARA JUNIO 21 A LAS 9+3 AM EN CLINICA OFTALMOLOGICA. SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACIÓN DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y NUTRICIÓN ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 16/06/2017 6:49:19 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 anos de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumatico, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalico, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TOT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, Fio2 al 21% , tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, con cateterismo vesical cada 6 horas, en region sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusion distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades. Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	62x min	FR:	18x min	Temperatura:	36,4°C
	T/A:	118/72	TA Media:	87,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente estable. tolerando oxigeno a media ambiente 21%, manejando secreciones mucoides fluidas moderadas, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe y tolera tratamiento farmacológico y nutrición enteral: UPP en zona sacra y trocánter

cubierta, próxima curación 19 de Junio. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 horas y no realiza deposición, paciente estable, duerme intervalos largos.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomia y gastrostomía) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 17/06/2017 1:34:47 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente ventilatoria y hemodinámicamente estable.

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el dia 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomia, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello movil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, tolerando oxigeno por tqt al medio ambiente fio2 del 21%, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, con monitorización continua de signos vitales, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a cistofio que se retira por orden medica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan con espasticidad, con acceso venoso en antebrazo de msd, el cual se retira por orden medica, miembros inferiores con perfusion distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades. Escala de morse: riesgo bajo, escala de Braden riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	60x min	FR:	21x min	Temperatura:	36,5°C
	T/A:	128/68	TA Media:	86		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomia

Analisis: Paciente que durante el dia y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides en abundante cantidad, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, duerme intervalos largos, recibiendo cateterismo vesical intermitente cada 6 horas según necesidad, y en horas del dia y noche elimina espontaneo diuresis en abundante cantidad, realiza deposición blanda en poca cantidad en pañal; se observa granuloma en estoma de sgt dilatado, con salida de de secreción serosa y hemática en poca cantidad, realiza curación, presenta eritema en región inguinal con tratamiento tópico biconjugado, con monitorización continua de signos vitales,recibe y tolera tratamiento médico ordenado, tolera net, recibe visita del familiar.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomia y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 18/06/2017 1:16:19 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente ventilatoria y hemodinamicamente estable.

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el dia 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomia, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello movil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, tolerando oxigeno por tqt al medio ambiente fio2 del 21%, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, con monitorización continua de signos vitales, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a cistofio que se retira por orden medica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan con espasticidad, con acceso venoso en antebrazo de msd, el cual se retira por orden medica, miembros inferiores con perfusion distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades. Escala de morse: riesgo bajo, escala de Braden riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	62x min	FR:	20x min	Temperatura:	36.1°C
	T/A:	107/68	TA Media:	81		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomia

Analisis: Paciente que durante el dia y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides fluidas en abundante cantidad, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, duerme intervalos largos, recibiendo cateterismo vesical intermitente cada 6 horas según necesidad, elimina espontaneo abundante y por ello no requiere en el dia ni en la noche cateterismo, y realiza deposición blanda en moderada cantidad en pañal y se realiza cambio de parche duoderm por contaminarse en horas de la mañana se realiza curacion con ssn + gasa, se observa tejido en proceso de granulación + tejido fibrinoso+ tejido necrotico se realiza limpieza y se cubre con savegel+ parche duoderm + aposito +gasas+ micropore, se observa granuloma en estoma de sgt dilatado, con salida de de secreción serosa en poca cantidad, realiza curación, presenta eritema en región inguinal con tratamiento tópico biconjugado, con monitorización continua de signos vitales.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomia y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

201

104

EVOLUCIÓN DIARIA: 19/06/2017 2:11:29 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente ventilatoria y hemodinámicamente estable

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el día 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumatico, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, modo a/c por volumen fio2 del 24%, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a distofio que se retira por orden médica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembro superior derecho con edema grado 3, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	59x min	FR:	19x min	Temperatura:	36,4°C
	T/A:	106/66	TA Media:	79,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente que durante el día y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides moderadas, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, cateterismo vesical intermitente según necesidad no se realiza, ya que paciente elimina espontaneo, realiza deposición blanda poca, se observa granuloma en estoma de gastro, con salida de secreción serosa en poca cantidad, upp sacra y de trocánter cubiertas y limpias, próxima curación Junio 19, recibe y tolera tratamiento médico ordenado, tolera net, duerme intervalos largos, afebril, normotenso, recibe visita del familiar

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios Cateterismo intermitente cada 6 horas

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 20/06/2017 2:19:38 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente ventilatoria y hemodinámicamente estable

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el día 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, tolerando FIO2 al 21%, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a distofio que se retira por orden médica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembro superior derecho con edema grado 3, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	64x min	FR:	17x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	101/68	TA Media:	79		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: Paciente que durante el día y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides moderadas, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, cateterismo a necesidad (no se realiza ya que paciente elimina espontaneo), diuresis positiva, realiza deposición blanda, se realiza curacion de UPP sacra grado II, se observa con tejido fibroso se lava con solución salina, se aplica fitostimolina y se deja parche CGF, se cubre con gasa y micropore, se realiza limpiesa de trocánter derecho, se observa con tejido fibrinoso, se lava con solución salina, se aplica fitostimoline, se cubre con parche CGF, gasas y micropore, próxima curacion para el 24 de junio. Paciente recibe y tolera tratamiento médico ordenado, tolera net, duerme intervalos largos, afebril, normotenso, recibe visita del familiar.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios Cateterismo a necesidad

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 21/06/2017 1:42:34 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente ventilatoria y hemodinámicamente estable

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el día 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello movil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, tolerando FIO2 al 21%, tórax con expansión adecuada, simetrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: integro, edematizado, eliminando por sonda vesical a distofio que se retira por orden médica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en region sacra con presencia de ulcera por presion grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembro superior derecho con edema grado 3, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore, No moviliza extremidades. Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	112/75	TA Media:	87,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente que durante el día y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides moderadas, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, cateterismo a necesidad (no se realiza ya que paciente elimina espontaneo), realiza deposición semilíquida, se realiza cambio de parche en lesión sacra por contaminación, lesión de codo cubierta, Paciente recibe y tolera tratamiento médico ordenado, tolera net, duerme intervalos cortos , afebril, normotenso, paciente que no se puede movilizar en silla por 8 días debido a empeoramiento de lesión sacra, se le toman medidas para ortesis. Recibe visita del familiar.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios Cateterismo intermitente cada 6 horas según necesidad

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 22/06/2017 1:51:37 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO. INFARTO MEDULAR, NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACION PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA+SULBACTAM CON EVOLUCIÓN FAVORABLE. REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA POR TQT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCION, GASTROSTOMIA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, EN ZONA OCCIPITAL UPP CICATRIZADA DESCUBIERTA, CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CUELLO MÓVIL, CON TQT PERMEABLE, ESTOMA LIMPIO Y SECO, PACIENTE CON FIO2 AL 21%, TORAX NORMOEXPANSIVO, SIMETRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE. CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 500ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS, ESTOMA CON LEVE DILATACIÓN Y PRESENCIA DE GRANULOMA Y SALIDA DE SECRECION SEROSA Y ESCASO SANGRADO, GENITOURINARIO; ÍNTEGRO, ELIMINANDO ESPONTANEO, EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CUBIERTO CON FITO +PARCHE DUODERM CGF. EXTREMIDADES; MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO HERIDA EN PROCESO DE CICATRIZACIÓN CUBIERTA CON PARCHE DE DUODERM, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 2X2 CM CON TEJIDO FIBRINOSO, SE ENCUENTRA CUBIERTA CON PARCHE DUODERM, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA, ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	76x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	97/61	TA Media:	73		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, A QUIEN SE PUDO DESTETAR DE LA VENTILACIÓN MECANICA DESDE EL DIA 2 DE JUNIO, EN EL MOMENTO CON FIO2 21% CON SATURACIONES DE OXIGENO DE 94-98%, MANEJANDO SECRECIONES MUCOIDES ABUNDANTES, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, RECIBE Y TOLERA NET POR SONDA DE GASTROSTOMIA LA CUAL SE ENCUENTRA PERMEABLE, ESTOMA DE SGT SE OBSERVA DILATADO CON PEQUEÑO GRANULOMA Y ESCASO SANGRADO Y SECRECION SEROSA, SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO. FONOAUDIOLOGIA REALIZA PRUEBAS DE BLUE TEST LAS CUALES REPORTARON NEGATIVAS, POR LO CUAL SE INICIA MANEJO DE LA VIA ORAL CON COMPOTA EN DOSIS TERAPEUTICA, DIURESIS ESPONTANEA, TIENE ORDENADO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD, DEPOSICION POSITIVA, SE OBSERVA SALIDA DE ABUNDANTE MOCO RECTAL, SE INFORMA A MEDICO. EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CUBIERTO CON FITO +PARCHE DUODERM CGF. EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 2X2 CM CON TEJIDO FIBRINOSO, CUBIERTO CON PARCHE DUODERM. PROXIMA CURACION PARA EL DIA 24 DE JUNIO, SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT. PENDIENTE ENTREGA DE ORTESIS , TOXINA BOTULINICA (SE CONFIRMA A FAMILIAR QUE EL FISIATRA VENDRIA EL DIA 29 DE JUNIO PARA SU ADMINISTRACION), PENDIENTE REPROGRAMAR VX POR NEUROOFTALMOLOGIA (FAMILIAR EN TRAMITE), SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACIÓN DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y NUTRICION ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 23/06/2017 5:04:50 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente

SOI

106

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TOT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, modo A/C por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simetrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: íntegro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	65x min	FR:	19x min	Temperatura:	36,5°C
	T/A:	100/65	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente estable acoplado a su ventilación mecánica tolerando, manejando secreciones mucoides adherentes con tacos, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado; recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía, UPP en zona sacra y trocánter cubiertas, con curaciones cada 5 días, próxima curación 14 de Junio. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 y realiza deposición moderada blanda.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha Profesional Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 24/06/2017 7:35:08 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TOT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, modo A/C por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: íntegro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	21x min	Temperatura:	36,2°C
	T/A:	94/55	TA Media:	68		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente estable acoplado a su ventilación mecánica tolerando, manejando secreciones mucoides fluidas abundantes, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posicion, recibe tratamiento instaurado; recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía, UPP en zona sacra con necesidad de limpieza por contaminación con materia fecal, se lava y se deja cubierta con apósitos y micropore, con curaciones cada 5 días, próxima curación 27 de Junio. Diuresis clara en abundante, realiza deposición una blanda y una liquida abundante,pasa la noche estable, duerme intervalos largos, sin más novedades..

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha Profesional Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 25/06/2017 3:34:29 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO. INFARTO MEDULAR, NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCIÓN FAVORABLE. REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA POR TOT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCION, GASTROSTOMÍA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, EN ZONA OCCIPITAL UPP CICATRIZADA DESCUBIERTA, CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CUELLO MÓVIL, CON TOT PERMEABLE, ESTOMA LIMPIO Y SECO, PACIENTE CON FIO2 AL 21%, TÓRAX NORMOEXPANSIVO, SIMETRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE. CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 500ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS, ESTOMA CON LEVE DILATACIÓN Y PRESENCIA DE GRANULOMA Y SALIDA DE SECRECION SEROSA Y ESCASO SANGRADO, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO ESPONTANEO, EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CUBIERTO CON FITO +PARCHE DUODERM CGF. EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO HERIDA EN PROCESO DE CICATRIZACION CUBIERTA CON PARCHE DE DUODERM, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 2X2 CM CON TEJIDO FIBRINOSO, SE ENCUENTRA CUBIERTA CON PARCHE DUODERM, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA, ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	72x min	FR:	14x min	Temperatura:	36,6°C
	T/A:	110/60	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, A QUIEN SE PUDO DESTETAR DE LA VENTILACIÓN MECANICA DESDE EL DIA 2 DE JUNIO, EN EL MOMENTO CON FIO2 21% CON SATURACIONES DE OXIGENO DE 94-98%, MANEJANDO SECRECIONES MUCOIDES ABUNDANTES, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, RECIBE Y TOLERA NET POR SONDA DE GASTROSTOMIA LA CUAL SE ENCUENTRA PERMEABLE, ESTOMA DE SGT SE OBSERVA DILATADO CON PEQUEÑO GRANULOMA Y ESCASO SANGRADO Y SECRECION SEROSA, SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO. FONOAUDIOLOGIA REALIZA PRUEBAS DE BLUE TEST LAS CUALES REPORTARON NEGATIVAS, POR LO CUAL SE INICIA MANEJO DE LA VIA ORAL CON COMPOTA EN DOSIS TERAPEUTICA, PENDIENTE VX POR NUTRICIONISTA PARA DEFINIR PLAN DIETARIO, DIURESIS ESPONTANEA, TIENE ORDENADO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD, DEPOSICION POSITIVA ESCASA , SE OBSERVA SALIDA DE MOCO RECTAL, SE INFORMA A MEDICO. EN REGION SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CUBIERTO CON FITO +PARCHE DUODERM CGF. EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 2X2 CM CON TEJIDO FIBRINOSO, CUBIERTO CON PARCHE DUODERM, PROXIMA CURACION PARA EL DIA 27 DE JUNIO, SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT. YA LE FUERON ENTREGADAS LAS ORTESIS LAS CUALES SE DEJAN EN EL DIA , TOXINA BOTULINICA (SE CONFIRMA A FAMILIAR QUE EL FISIATRA VENDRIA EL DIA 29 DE JUNIO PARA SU ADMINISTRACION), PENDIENTE REPROGRAMAR VX POR NEUROOFTALMOLOGIA (FAMILIAR EN TRAMITE), SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACION DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y NUTRICION ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 26/06/2017 1:39:57 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO. INFARTO MEDULAR, NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA POR TOT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCION, GASTROSTOMIA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, EN ZONA OCCIPITAL UPP CICATRIZADA DESCUBIERTA, CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CUELLO MÓVIL, CON TOT PERMEABLE, ESTOMA LIMPIO Y SECO, PACIENTE CON FIO2 AL 21%, TÓRAX NORMOEXPANSIVO, SIMETRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 500ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS, ESTOMA CON LEVE DILATACION Y PRESENCIA DE GRANULOMA Y SALIDA DE SECRECION SEROSA Y ESCASO SANGRADO, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO ESPONTANEO. EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CUBIERTO CON FITO +PARCHE DUODERM CGF. EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO HERIDA EN PROCESO DE CICATRIZACION CUBIERTA CON PARCHE DE DUODERM, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO LACERACIÓN DE 2X2 CM CON TEJIDO FIBRINOSO, SE ENCUENTRA CUBIERTA CON PARCHE DUODERM, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA, ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	70x min	FR:	15x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	101/69	TA Media:	79,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, A QUIEN SE PUDO DESTETAR DE LA VENTILACIÓN MECANICA DESDE EL DIA 2 DE JUNIO, EN EL MOMENTO CON FIO2 21% CON SATURACIONES DE OXIGENO DE 94-98%, MANEJANDO SECRECIONES MUCOIDES ABUNDANTES, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, RECIBE Y TOLERA NET POR SONDA DE GASTROSTOMIA LA CUAL SE ENCUENTRA PERMEABLE, ESTOMA DE SGT SE OBSERVA DILATADO CON PEQUEÑO GRANULOMA Y ESCASO SANGRADO Y SECRECION SEROSA, SE REALIZA CURACIÓN EN CADA TURNO. FONOAUDIOLOGIA REALIZA PRUEBAS DE BLUE TEST LAS CUALES REPORTARON NEGATIVAS, POR LO CUAL SE INICIA MANEJO DE LA VIA ORAL CON COMPOTA EN DOSIS TERAPEUTICA, PENDIENTE VX POR NUTRICIONISTA PARA DEFINIR PLAN DIETARIO, DIURESIS ESPONTANEA, TIENE ORDENADO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD, DEPOSICION POSITIVA ESCASA, SE OBSERVA SALIDA DE MOCO RECTAL, SE INFORMA A MEDICO. EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CUBIERTO CON FITO +PARCHE DUODERM CGF. EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 2X2 CM CON TEJIDO FIBRINOSO, CUBIERTO CON PARCHE DUODERM, PROXIMA CURACION PARA EL DIA 27 DE JUNIO, SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT, YA LE FUERON ENTREGADAS LAS ORTESIS LAS CUALES SE DEJAN EN EL DIA, TOXINA BOTULINICA (SE CONFIRMA A FAMILIAR QUE EL FISIATRA VENDRIA EL DIA 29 DE JUNIO PARA SU ADMINISTRACION), PENDIENTE REPROGRAMAR VX POR NEUROOFTALMOLOGIA (FAMILIAR EN TRAMITE), PERSONAL AUXILIAR INFORMA QUE EL PACIENTE TOLERA POCO EN DECUBITO LATRAL DERECHO. SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACIÓN DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y NUTRICIÓN ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 27/06/2017 3:24:02 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinámicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con TOT permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma sano, limpio y seco, modo A/C por volumen, tolerando, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de

108

dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: íntegro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	69x min	FR:	18x min	Temperatura:	35,9°C
	T/A:	112/70	TA Media:	84		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente estable acoplado a su ventilación mecánica tolerando, manejando secreciones mucoides adherentes con tacos, estomas sanos, sin signos de infección, tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado; recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía, UPP en zona sacra y trocánter cubiertas, con curaciones cada 5 días, próxima curación 27 de Junio. Diuresis clara en abundante cantidad y no realiza deposición.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posición cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 28/06/2017 1:26:59 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO. INFARTO MEDULAR, NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCIÓN FAVORABLE. REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECÁNICA ASISTIDA POR TQT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN, GASTROSTOMIA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, EN ZONA OCCIPITAL UPP CICATRIZADA DESCUBIERTA, CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CUELLO MÓVIL, CON TQT PERMEABLE, ESTOMA LIMPIO Y SECO, PACIENTE CON FIO2 AL 21%, TORAX NORMOEXPANSIVO, SIMETRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 500 ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS, ESTOMA CON LEVE DILATACIÓN Y PRESENCIA DE GRANULOMA Y SALIDA DE SECRECION SEROSA Y ESCASO SANGRADO, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO ESPONTANEO, EN REGION SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II DE MAS O MENOS 4 CM, CON TEJIDO NECROTICO Y FIBRINOIDE INDURADO, CUBIERTO CON COLAGENASA+PARCHE DUODERM CGF. EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO HERIDA EN PROCESO DE CICATRIZACION CUBIERTA CON PARCHE DE DUODERM, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE MAS O MENOS 3 CM CON TEJIDO FIBRINOSO, SE ENCUENTRA CUBIERTA CON COLAGENASA+PARCHE DUODERM, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA, ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	87x min	FR:	22x min	Temperatura:	37°C
	T/A:	95/60	TA Media:	71,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, A QUIEN SE PUDO DESTETAR DE LA VENTILACIÓN MECANICA DESDE EL DIA 2 DE JUNIO, EN EL MOMENTO CON FIO2 21% CON SATURACIONES DE OXIGENO DE 95-98%, MANEJANDO SECRECIONES MUCOIDES ABUNDANTES, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO. RECIBE Y TOLERA NET POR SONDA DE GASTROSTOMIA LA CUAL SE ENCUENTRA PERMEABLE, ESTOMA DE SGT SE OBSERVA DILATADO CON PEQUEÑO GRANULOMA Y ESCASO SANGRADO Y SECRECION SEROSA, SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO. FONOAUDIOLOGIA REALIZA PRUEBAS DE BLUE TEST LAS CUALES REPORTARON NEGATIVAS, POR LO CUAL SE INICIO MANEJO DE LA VIA ORAL CON DIETA BLANDA+ LIQUIDOS ESPESOS, LA CUAL TOLERA. DIURESIS ESPONTANEA, TIENE ORDENADO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD. DEPOSICION NEGATIVA HASTA EL MOMENTO, SE OBSERVA SALIDA DE MOCO RECTAL, SE INFORMA A MEDICO. EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II, CUBIERTO CON COLAGENASA+PARCHE DUODERM CGF. EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 3 CM CON TEJIDO FIBRINOSO, CUBIERTO CON COLAGENASA+PARCHE DUODERM. PROXIMA CURACION PARA EL DIA 2 DE JULIO, SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT. YA LE FUERON ENTREGADAS LAS ORTESIS LAS CUALES SE DEJAN EN EL DIA, TOXINA BOTULINICA (SE CONFIRMA A FAMILIAR QUE EL FISIATRA VENDRIA EL DIA 29 DE JUNIO PARA SU ADMINISTRACION), PENDIENTE REPROGRAMAR VX POR NEUROOFTALMOLOGIA (FAMILIAR EN TRAMITE), SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACIÓN DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y NUTRICIÓN ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 29/06/2017 9:46:28 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente Ventilatoria Y Hemodinamicamente Estable.

Objetivo: Paciente De 65 Años De Edad, Quien Ingresa El Dia 31 De Marzo De 2017 En Ambulancia Acompañado De Familiar, Quien Fue Remitido Por Presentar Cuadro Clinico De Horas De Evolución Consistente En Accidente De Tránsito Mientras Transitaba En Bicicleta Sufriendo Tce Severo- Trauma Raquimedular C5-C6 Con Posterior Shock Medular En El Momento Ya Resuelto. Infarto Medular, No Procedimiento Neurocx Según Especialidad Mas Alto El Riesgo Que El Beneficio. Durante La Hospitalización Presenta Neumonia Aspirativa Tratada Con Ampicilina-Sulbactam Con Evolución Favorable. Requerimiento De Ventilación Mecánica Asistida Por Tqt. Actualmente Con Dx: De Traumatismo De Medula Espinal, Shock Traumatico, Insuficiencia

Respiratoria Aguda, Trastorno De La Deglución, Gastrostomía, Traqueostomía. Al Examen Físico Se Observa: Glasgow 15/15, De Contextura Gruesa, Cabeza Normocefala, En Zona Occipital Upp Cicatrizada Descubierta, Con Cabello Implantado, Conjuntivas Claras, Pupilas Reactivas, Apertura Ocular Espontanea, Mucosas Orales Humedas, Cuello Móvil, Con Tqt Permeable, Estoma Limpio Y Seco, Paciente Con Fio2 Al 21%, Tórax Normoexpensivo, Simétrico, Sin Signos De Dificultad Respiratoria, Abdomen Blando, Depresible, Con Presencia De Sonda De Gastrostomía, Funcional Y Permeable Por La Cual Se Administran Net Jevity 500 Ml Cada 8 Horas Y Medicamentos, Estoma Con Leve Dilatación Y Presencia De Granuloma Y Salida De Secrecion Serosa Y Escaso Sangrado, Genitourinario: Íntegro, Eliminando Espontaneo, En Región Sácra Con Presencia De Upp Grado Ii De Mas O Menos 4 Cm, Con Tejido Necrotico Y Fibrinoide Indurado. Cubierto Con Colagenasa+Parche Duoderm Cgf. Extremidades: Miembros Superiores Se Observa En Msi En Codo Herida En Proceso De Cicatrizacion Cubierta Con Parche De Duoderm, Miembros Inferiores Con Perfusión Distal Disminuida, Pulsos Pedios Positivos, En Trocanter Derecho Laceracion De Más O Menos 3 Cm Con Tejido Fibrinoso, Se Encuentra Cubierta Con Colagenasa+Parche Duoderm, Solo Moviliza Extremidad Izquierda, Escala De Morse: Riesgo Bajo, Escala De Bradem Riesgo Medio.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	70x min	FR:	17x min	Temperatura:	36,1°C
	T/A:	120/80	TA Media:	93,33		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: Paciente estable ventilatoria y hemodinamicamente. FIO2: 21% manejando secreciones mucoamarillas abundantes, se administra tratamiento ordenado, recibe y tolera net por sonda de gastrostomia la cual se encuentra permeable, estoma de SGT se observa dilatado con pequeño granuloma y escaso sangrado y secrecion serosa, se realiza curación en cada turno. Fonoaudiologia realiza pruebas de blue test las cuales reportaron negativas, por lo cual se inicio manejo de la via oral con dieta blanda+ liquidos espesos, la cual tolera. Diuresis espontanea, tiene ordenado cateterismo vesical intermitente cada 6 horas según necesidad, deposicion negativa hasta el momento, se observa salida de moco rectal, se informa a medico. En region sacra con presencia de upp grado II, cubierto con colagenasa+parche duoderm cgf. En trocanter derecho laceracion de 3 cm con tejido fibrinoso, cubierto con colagenasa+parche duoderm. Proxima curacion para el dia 2 de julio, se realiza cambios de posicion, higiene y confort. Ya le fueron entregadas las ortesis las cuales se dejan en el dia, toxina botulinica (se confirma a familiar que el fisiatra vendria el dia 29 de junio para su administracion), pendiente reprogramar vx por neurooftalmologia (familiar en tramite), sin mas cambios.

Plan Manejo: Cabecera 35 Grados Control De Signos Vitales Cada 2 Horas Cateterismo Vesical Intermitente Cada 6 Horas Según Necesidad Cuidados E Hidratación De La Piel Cuidados De Ostomias (Traqueostomía Y Gastrostomía) Administración De Medicamentos Y Nutrición Enteral Educación A Familiar Sobre Cuidados De Paciente Avisar Cambios

Fecha	Profesional	Observacion
29/06/2017 07:31:01 PM	Ricardo Gonzalez Carvajal	CURACIÓN DE UPP SACRA: PACIENTE EN CAMA, DESPIERTO, SIN COMUNICACIÓN VERBAL, REFIERE DOLOR EN EL SITIO AFECTADO, AL RETIRO DEL APOSITO ACTUAL EN REGION SACRA SE EVIDENCIA: UPP GRADO 2A DE APROXIMADAMENTE 3X3 CM + 0,5 CM DE PROFUNDIDAD, CON BORDES NECROTICOS, ZONA PERILESIONAL TUMEFACTA HIPERPIGMENTADA DE APROXIMADAMENTE 3 CMS DEL BORDE, LECHO DE LA HERIDA CON TEJIDO NECROTICO 90%, FIBRINA 10%, SIN OLOR, SIN EXUDADO, SIN SANGRADO. SE REALIZA LIMPIEZA CON CLORHEXIDINA 300C + SSN AL 0,9 %, SE APLICA COLAGENASA IRUXOL 2 EN EL LECHO DE LA HERIDA, OCLUIDA CON APOSITO DUODERM CGF 10X10, MAS APOSITO SECUNDARIO. CUIDADOS: VIGILAR SI PRESENTA SANGRADO POR LA HERIDA AVISAR AL MEDICO DE SALA CAMBIO DE APOSITO SECUNDARIO A NECESIDAD CUIDADOS GENERALES DE LA PIEL, PARA DISMINURIR RIESGOS DE UPP NO MOJAR, NI RETIRARSE LA CURA NO COLOCAR FIJACIÓN MUY AJUSTADA APLICAR OXIDO DE ZINC EN ZONA PERILESIONAL Y DEMAS ZONAS DE PRESIÓN SI ES NECESARIO CUBRIR CON APOSITOS SECUNDARIOS CAMBIOS DE POSICION CADA HORA CUIDADO GENERALES DE PIEL (HIGIENE, HIDRATACION Y MASAJE) ALIVIAR PRESION SOBRE PROMINENCIAS OSEAS CON AYUDA DE ALMOHADAS MANTENER TENDIDOS DE CAMA LIMPIOS, SECOS Y BIEN AJUSTADOS CAMBIO OPORTUNO DE PAÑAL, PARA EVITAR OTRAS LESIONES PROXIMA CURACIÓN EN 5 DIAS INSUMOS: SSN X 250CC CLORHEXIDINA 300C APOSITO DE GASA Y ALGODÓN DE 6X5 ESTERIL APOSITO DUODERM CGF 10X10 COLAGENASA CREMA IRUXOL TUBO GASAS ESTERILES GUANTES ESTERILES FIXOMUL MICROPORE RICARDO GONZALEZ JEFE DE RUTA

EVOLUCIÓN DIARIA: 30/06/2017 2:03:45 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente ventilatoria y hemodinámicamente estable

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el dia 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, tolerando FIO2 al 21%, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: íntegro, edematizado, eliminando por sonda vesical a cistofio que se retira por orden médica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembro superior derecho con edema grado 3, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	63x min	FR:	19x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	118/70	TA Media:	86		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente que durante el dia y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides moderadas, se realiza aspiracion de secreciones y recibe terapia respiratoria, realiza diuresis espontanea en pañal, realiza deposición semilíquida, se realiza cambio de parche en lesión sacra por contaminación, lesión de codo cubierta, Paciente recibe y tolera tratamiento médico ordenado, tolera vía oral, se disminuye NET a 250ml cada 8 horas, duerme intervalos cortos, afebril, normotenso, paciente que no se puede movilizar en silla por 8 días debido a empeoramiento de lesión sacra. Recibe visita del familiar.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomia y gastrostomia) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educacion a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios Cateterismo intermitente cada 6 horas según necesidad

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 01/07/2017 1:25:40 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

601

110

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO. INFARTO MEDULAR, NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCION FAVORABLE. REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECÁNICA ASISTIDA POR TOT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCION, GASTROSTOMIA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA. CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CUELLO MÓVIL, CON TOT PERMEABLE, OCLUIDA AL 100% DESDE EL DIA DE AYER A LAS 9 AM, ESTOMA LIMPIO Y SECO. PACIENTE CON FIO2 AL 21%, TÓRAX NORMOEXPANSIVO, SIMÉTRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE. CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTRDSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 250 ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS, ESTOMA CON LEVE DILATACIÓN Y PRESENCIA DE GRANULOMA Y SALIDA DE SECRECION SEROSA Y ESCASO SANGRADO, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO ESPONTANEO, EN REGION SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II DE MAS O MENOS 3*3 CM, CON TEJIDO NECROTICO Y FIBRINOIDE INDURADO, CUBIERTO CON COLAGENASA+PARCHE DUODERM CGF. EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO HERIDA EN PROCESO DE CICATRIZACION CUBIERTA CON PARCHE DE DUODERM, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE MAS O MENOS 3 CM CON TEJIDO FIBRINOSO, SE ENCUENTRA CUBIERTA CON COLAGENASA+PARCHE DUODERM, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA, ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	68x min	FR:	16x min	Temperatura:	36,2°C
	T/A:	110/60	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, A QUIEN SE PUDO DESTETAR DE LA VENTILACION MECANICA DESDE EL DIA 2 DE JUNIO, EN EL MOMENTO CON FIO2 21% DESDE EL DIA DE AYER OCLUIDO 100% CON SATURACIONES DE OXIGENO DE 95-99%, MANEJANDO SECRECIONES MUCOIDES ADHERENTES ABUNDANTES, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, RECIBE Y TOLERA NET POR SONDA DE GASTROSTOMIA LA CUAL SE ENCUENTRA PERMEABLE, ESTOMA DE SGT SE OBSERVA DILATADO CON PEQUEÑO GRANULOMA Y ESCASO SANGRADO Y SECRECION SEROSA. SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO. FONOAUDIOLOGIA REALIZA PRUEBAS DE BLUE TEST LAS CUALES REPORTARON NEGATIVAS, POR LO CUAL SE INICIO MANEJO DE LA VIA ORAL CON DIETA BLANDA+ LIQUIDOS ESPESOS, LA CUAL TOLERA. NET SE DISMINUYO A 250 ML CADA 8 HORAS, DIURESIS ESPONTANEA, TIENE ORDENADO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD, DEPOSICION POSITIVA SEMILIQUIDA, POR LO CUAL NO SE ADMINISTRA HIDROXIDO DE ALUMINIO. EL 29 DE JUNIO SE LE REALIZA CURACION A UPP SACRA LA CUAL DESCRIBEN COMO UPP GRADO 2 DE 3*3 CM = 0.5 CM DE PROFUNDIDAD, BORDES NECROTICOS, ZONA PERILESIONAL TUMEFACTA HIPERPIGMENTADA DE APROXIMADAMENTE 3 CM DEL BORDE, LECHO DE LA HERIDA CON TEJIDO NECROTICO 90% FIBRINA 10% SIN OLOR SIN EXUDADO SIN SANGRADO, SE CURO CON CLORHEXIDINA, SSN Y SE DEJA CON COLAGENASA IRUXOL 2 EN EL LECHO DE LA HERIDA Y OXIDO DE ZINC EN LA ZONA PERILESIONAL Y SE CUBRE CON PARCHE DE DUODERM CGF + MICROPORE Y APOSITO DE GASA PARA CUBRIR DE CONTAMINACION. EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 3 CM CON TEJIDO FIBRINOSO, CUBIERTO CON COLAGENASA+PARCHE DUODERM, PROXIMA CURACION PARA EL DIA 4 DE JULIO, SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT. YA LE FUERON ENTREGADAS LAS ORTESIS LAS CUALES SE DEJAN EN EL DIA, TOXINA BOTULINICA (FISIATRA LA VIENE A ADMINISTRAR EL DIA 4 DE JULIO A LAS 11 AM, SE INFORMO AL FAMILIAR), PENDIENTE REPROGRAMAR VX POR NEUROOFTALMOLOGIA (FAMILIAR EN TRAMITE), SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACIÓN DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y NUTRICIÓN ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 02/07/2017 5:29:36 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente estable ventilatoria y hemodinamicamente.

Objetivo: Paciente adulto de 65 años de edad, con DX: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía. Al examen físico se observa de contextura gruesa, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello bien implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, sin traqueostomía, estoma sano, limpio y seco, tolerando oxigeno a medio ambiente 21%, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: íntegro, con cateterismo vesical cada 6 horas, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan edematizado con fóvea positiva, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo y talones cubiertos con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	75x min	FR:	18x min	Temperatura:	35,7°C
	T/A:	120/70	TA Media:	86,66		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomía

Analisis: Paciente estable tolerando oxigeno a medio ambiente 21%, paciente al cual se le realiza decanulacion por parte de terapia respiratoria el dia de hoy con éxito, no presenta desaturación, manejando secreciones escasas mucoides, estomas sanos, sin signos de infección, a las 01:00 presenta saturaciones limítrofes de hasta 90%, paciente sin patrón de tos efectiva, retiene secreciones y se requiere aspirar por boca, se informa a terapeuta respiratoria y medico de turno quienes atienden inmediatamente al llamado, terapia respiratoria aspira al paciente por estome de traqueostomía, se observa secreciones fluidas moderadas, paciente desaturado hasta 85%, medico de turno ordén dejar venturi a 28% , paciente que tolera y aumenta su saturación de oxigeno progresivamente hasta 99%. Tolerando cambios de posición, recibe tratamiento instaurado; recibiendo nutrición y medicamentos por gastrostomía, UPP en zona sacra y trocanter cubiertas, con curaciones cada 5 días, proxima curación 4 de Julio. Diuresis clara en abundante cantidad por medio de cateterismo intermitente cada 6 y realiza deposición liquida en 2 ocasiones

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales y cambio de posicion cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomia y gastrostomia) NET Jevity 500ml cada 8 horas Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 03/07/2017 1:21:59 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO, INFARTO MEDULAR, NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACION PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCION FAVORABLE. REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECÁNICA ASISTIDA POR TOT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN, GASTROSTOMIA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CANULA NASAL A 2 LITROS 28%, CUELLO MOVIL, CON ESTOMA DE TOT CUBIERTO CON GASA Y MICROPORE, TÓRAX NORMOEXPANSIVO, SIMETRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN NET JEVITY 250 ML CADA 8 HORAS Y MEDICAMENTOS, ESTOMA DE SGT SANO, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO ESPONTANEO, EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II DE MAS O MENOS 3*3 CM, CON TEJIDO NECROTICO Y FIBRINOIDE INDURADO, CUBIERTO CON COLAGENASA+PARCHE DUODERM CGF. EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO HERIDA EN PROCESO DE CICATRIZACION CUBIERTA CON PARCHE DE DUODERM, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE MAS O MENOS 3 CM CON TEJIDO FIBRINOSO, SE ENCUENTRA CUBIERTA CON COLAGENASA+PARCHE DUODERM, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA, ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	90x min	FR:	15x min	Temperatura:	36ºC
	T/A:	110/60	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por canula nasal

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, A QUIEN SE LE REALIZO DECANULACION PROGRAMADA EL DIA 1 DE JULIO, DURANTE LA NOCHE DE ESE DIA RE QUIRIO APOYO CON SISTEMA VENTURY AL 28%. PARA EL DIA DE AYER TERAPEUTA SOPORTA PACIENTE CON CANULA NASAL A 2 LITROS 28% CON LO QUE SATURA 98%, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, RECIBE Y TOLERA VIA ORAL CON DIETA BLANDA Y LIQUIDOS ESPESOS, SONDA DE GASTROSTOMIA SE ENCUENTRA PERMEABLE PARA PASO DE MEDICAMENTOS, ESTOMA DE SGT SANO CON SALIDA DE POCA SECRECION SEROSA, SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO. DIURESIS ESPONTANEA, TIENE ORDENADO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD, DEPOSICION POSITIVA. EL 29 DE JUNIO SE LE REALIZA CURACION A UPP SACRA LA CUAL DESCRIBEN COMO UPP GRADO 2 DE 3*3 CM + 0.5 CM DE PROFUNDIDAD, BORDES NECROTICOS. ZONA PERILESIONAL TUMEFACTA HIPERPIGMENTADA DE APROXIMADAMENTE 3 CM DEL BORDE, LECHO DE LA HERIDA CON TEJIDO NECROTICO 90% FIBRINA 10% SIN OLOR SIN EXUDADO SIN SANGRADO, SE CURO CON CLORHEXIDINA, SSN Y SE DEJA CON COLAGENASA IRUXOL 2 EN EL LECHO DE LA HERIDA Y OXIDO DE ZINC EN LA ZONA PERILESIONAL Y SE CUBRE CON PARCHE DE DUODERM CGF + MICROPORE Y APOSITO DE GASA PARA CUBRIR DE CONTAMINACION. EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 3 CM CON TEJIDO FIBRINOSO, CUBIERTO CON COLAGENASA+PARCHE DUODERM. PROXIMA CURACION PARA EL DIA 4 DE JULIO, SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT. YA LE FUERON ENTREGADAS LAS ORTESIS LAS CUALES SE DEJAN EN EL DIA. TOXINA BOTULINICA (FISIATRA LA VIENE A ADMINISTRAR EL DIA 4 DE JULIO A LAS 11 AM, SE INFORMO AL FAMILIAR). PENDIENTE REPROGRAMAR VX POR NEUROOFTALMOLOGIA (FAMILIAR EN TRAMITE), SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACIÓN DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y NUTRICION ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 04/07/2017 1:06:07 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO- TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO, INFARTO MEDULAR, NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACION PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCION FAVORABLE. REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECÁNICA ASISTIDA POR TOT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN, GASTROSTOMIA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CANULA NASAL A 2 LITROS 28%, CUELLO MOVIL, CON ESTOMA DE TOT CUBIERTO CON GASA Y MICROPORE, TÓRAX NORMOEXPANSIVO, SIMETRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN GLOBOSO, DISTENDIDO, CON DOLOR A LA PALPACION, CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS, ESTOMA DE SGT SANO, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO ESPONTANEO, EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II DE MAS O MENOS 3*3 CM, CON TEJIDO NECROTICO Y FIBRINOIDE INDURADO, CUBIERTO CON COLAGENASA+PARCHE DUODERM CGF. EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO HERIDA EN PROCESO DE CICATRIZACIÓN CUBIERTA CON PARCHE DE DUODERM, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSIÓN DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO UPP GRADO II DE MAS O MENOS 3*3 CM CON TEJIDO NECROTICO + FIBRINA, SE ENCUENTRA CUBIERTA CON IRUXOL+PARCHE DUODERM, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA, ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	70x min	FR:	18x min	Temperatura:	36.2ºC
	T/A:	105/65	TA Media:	78,33		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por cánula nasal

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, A QUIEN SE LE REALIZO DECANULACION PROGRAMADA EL DIA 1 DE JULIO, DURANTE LA NOCHE DE ESE DIA RE QUIRIO APOYO CON SISTEMA VENTURY AL 28%. PARA EL DIA 3 DE JULIO TERAPEUTA RESPIRATORIA DEJA CON SOPORTE DE OXIGENO MEDIANTE CANULA NASAL A 2 LITROS 28% CON LO QUE SATURA 96-98%, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, RECIBE Y TOLERA VIA ORAL CON DIETA BLANDA Y LIQUIDOS ESPESOS, SONDA DE GASTROSTOMIA SE ENCUENTRA PERMEABLE PARA PASO DE MEDICAMENTOS, ESTOMA DE SGT SANO CON SALIDA DE POCA SECRECION SEROSA, SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO.

112

PRESENTA DISTENCION ABDOMINAL Y DOLOR, MEDICO ORDENA INICIAR HIOSCINA IM POR DOS DIAS. DIURESIS ESPONTANEA, TIENE ORDENADO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD, DEPOSICION POSITIVA, SE LE REALIZA CURACION A UPP SACRA CADA 5 DIA, DONDE DESCRIBEN COMO UPP GRADO 2 DE 3*3 CM + 0.5 CM DE PROFUNDIDAD, BORDES NECROTICOS, ZONA PERILESIONAL TUMEFACTA HIPERPIGMENTADA DE APROXIMADAMENTE 3 CM DEL BORDE, LECHO DE LA HERIDA CON TEJIDO NECROTICO 90% FIBRINA 10% SIN OLOR SIN EXUDADO SIN SANGRADO. SE CURO CON CLORHEXIDINA, SSN Y SE DEJA CON COLAGENASA IRUXOL 2 EN EL LECHO DE LA HERIDA Y OXIDO DE ZINC EN LA ZONA PERILESIONAL Y SE CUBRE CON PARCHE DE DUODERM CGF + MICROPORE Y APOSITO DE GASA PARA CUBRIR DE CONTAMINACION. EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 3*3 CM CON TEJIDO NECROTICO +FIBRINOSO, CUBIERTO CON COLAGENASA+PARCHE DUODERM, PROXIMA CURACION PARA EL DIA 7 DE JULIO. SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT. YA LE FUERON ENTREGADAS LAS ORTESIS LAS CUALES SE DEJAN EN EL DIA, TOXINA BOTULINICA (FISIATRA LA VIENE A ADMINISTRAR EL DIA 4 DE JULIO A LAS 11 AM. SE INFORMO AL FAMILIAR), PENDIENTE REPROGRAMAR VX POR NEUROOFTALMOLOGIA (FAMILIAR EN TRAMITE). SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACION DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y NUTRICIÓN ENTERAL EDUCACION A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha	Profesional	Observacion
04/07/2017 02:09:58 PM	Carlos David Tejada Castrillon	PACIENTE CON CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO FIO2 AL 31 %, PRESENTA DESATURACION HASTA 70% SIN PATRON DE TOS EFECTIVA, SE REALIZA LLAMADO A TERAPEUTA DE TURNO QUIN VALORA AL PACIENTE, INSTALA MASCARA VENTURY AL 35% NO SE OBSERVA MEJORIA DE LA SATURACION LA CUAL SOLO AUMENTA A 80% SE CAMBIA VENTURY A 50% Y AUMENTA SATURAION DE OXIGENO A 86%, SE ASPIRA SECRECIONES POR ESTOMA TRAQUEAL, CON ABUNDANTES SECRECIONES MUCOAMARILLAS, SE INFORMA A MEDICO DE TURNO QUIEN REFIERE QUE ENCUENTRA AL PACIENTE CON PATRON RESPIRATORIO DEFICIENTE, CAMPO PULMONAR IZQUIERDO HIPOVENTILADO, REFIERE REMISION, COORDINADORA DE TERAPIA RESPIRATORIA INDICA A TERAPEUTA RESPIRATORIA DE TURNO INSTALAR VENTILACION NO INVASIVA , PACIENTE CON SATURACION HASTA 93%, SE OBSERVA PALIDEZ GENEREAL, CAMPO PULMONAR IZQUIERDO Y DECIDE ORDENAR REMISION DE URGENCIA VITAL, PACIENTE QUE NO ACEPTA DIETA BLANDA VIA ORAL AL DESAYUNO Y AL ALMUERZO, SOMNOLIENTO, CON DIFICULTAD RESPIRATORIA YA DESCRITA, SE INFORMA A MEDICO DE TURNO QUE EL PACIENTE NO TIENE ORDENADO NUTRICION ENTERAL POR SONDA DE GASTROSTOMIA, LA CUAL FUE SUSPENDIDA HACE DOS DIAS POR ORDEN MEDICA, MEDICO ORDENA TOMA DE GLUCOMETRIA CON RESULTADO: DE 116MG/DL, MEDICO REFIERE ESPERAR A EVOLUCION DEL PACIENTE PARA ORDENAR ALGUNA VIA DE NUTRICION.

EVOLUCIÓN DIARIA: 05/07/2017 2:12:37 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente ventilatoria y hemodinámicamente estable

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el dia 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, se recánula, se deja con ventury al 50%, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 250ml cada 4 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: íntegro, edematizado, eliminando por sonda vesical a cistofio que se retira por orden médica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presion grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembro superior derecho con edema grado 2, miembros inferiores pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo cubierto con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:

FC:	79x min	FR:	18x min	Temperatura:	36,2°C
T/A:	121/66	TA Media:	84.33		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: Paciente que durante el dia pasa hemodinámicamente inestable, manejando secreciones mucoamarillas adherentes, se realiza aspiradón de secradones y recibe terapia respiratoria, por estoma de traqueostomía, a las 14: 00 paciente se desatura hasta 64% se coloca ventilación mecánica no invasiva, no mejora, se decide recanular, con cánula número 6, se deja con ventury al 50%, saturando al 98%, diaforético, hipotenso, se canaliza en miembro superior derecho con Yelco número 20, por orden medica se para un bolo de 200cc de Hartman, realiza diuresis espontanea en pañal, realiza deposición líquida, abdomen distendido, se realiza cambio de parche en lesión sacra por contaminacion, lesión de codo cubierta. Paciente recibe y tolera tratamiento médico ordenado, vía oral se difiere, se disminuya NET a 250ml cada 4 horas, se difiere NET durante la noche por estado clínico del paciente, duerme intervalos largos, paciente que no se puede movilizar en silla por 8 días debido a empeoramiento de lesión sacra. Recibe visita del familiar.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomías (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios Cateterismo intermitente cada 6 horas según necesidad

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 06/07/2017 1:39:56 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente ventilatoria y hemodinamicamente estable

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el dia 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumatico, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, ajustada con hiladillo a 2 cm, estoma limpio y seco, tolerando oxigeno por tqt a mascara ventury al 35%, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, con monitorización continua de signos vitales, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 500ml cada 8 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, y genitourinario: íntegro, edematizado, eliminando por cateterismo intermitente según necesidad, por orden medica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm y en región trocanterica derecha se observa upp grado 2 de tamaño 2cm de longitud y 2 cm de ancho con presencia de tejido fibrinoso y seroso cubierta con parche duoderm, miembros superiores se observan con espasticidad, miembros inferiores con perfusión distal disminuida, pulsos pedios positivos. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Bradem riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	97x min	FR:	22x min	Temperatura:	36,7°C
	T/A:	115/70	TA Media:	85		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente que durante el dia y la noche pasa estable, manejando secreciones mucoides con tacos en abundante cantidad, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, duerme intervalos largos, recibiendo cateterismo vesical intermitente cada 6 horas según necesidad, elimina espontaneo abundante y por ello no requiere en el dia ni en la noche cateterismo, y realiza deposición semiliquida en moderada cantidad en pañal en dos ocasiones, en horas de la mañana se realiza curacion de upp sacra y trocanterica derecha con ssn + gasa, se observan upp sacra la cual se observa de tamaño 3x4 cm y trocánter derecho de tamaño 2 x 1 cm con presencia de tejido fibrinoso+ tejido necrotico+ salida de material seropurulento en moderada cantidad, se realiza limpieza y se cubre con savagel+ parche duoderm + aposito +gasas+ micropore, se observa granuloma en estoma de sgt dilatado, con salida de de secreción serosa en poca cantidad, realiza curación, presenta eritema en región inguinal con tratamiento tópico biconjugado, con monitorización continua de signos vitales, recibe visita del familiar.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomias (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios

Fecha Profesional Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 07/07/2017 1:31:00 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Objetivo: PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EL DIA 31 DE MARZO DE 2017 EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, QUIEN FUE REMITIDO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS TRANSITABA EN BICICLETA SUFRIENDO TCE SEVERO+ TRAUMA RAQUIMEDULAR C5-C6 CON POSTERIOR SHOCK MEDULAR EN EL MOMENTO YA RESUELTO. INFARTO MEDULAR. NO PROCEDIMIENTO NEUROCX SEGÚN ESPECIALIDAD MÁS ALTO EL RIESGO QUE EL BENEFICIO. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PRESENTA NEUMONIA ASPIRATIVA TRATADA CON AMPICILINA-SULBACTAM CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA POR TOT. ACTUALMENTE CON DX: DE TRAUMATISMO DE MEDULA ESPINAL, SHOCK TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN, GASTROSTOMÍA, TRAQUEOSTOMÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: GLASGOW 15/15, DE CONTEXTURA GRUESA, CABEZA NORMOCEFALA, CON CABELLO IMPLANTADO, CONJUNTIVAS CLARAS, PUPILAS REACTIVAS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, MUCOSAS ORALES HÚMEDAS, CUELLO MÓVIL, CON CANULA DE TOT, CON SISTEMA VENTURY AL 24%, ESTOMA SIN SIGNOS DE INFECCION; TÓRAX NORMOEXPANSIVO, SIMETRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN GLOBOSO, DISTENDIDO, CON DOLOR A LA PALPACION, CON PRESENCIA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA, FUNCIONAL Y PERMEABLE POR LA CUAL SE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS Y NET, ESTOMA DE SGT SANO, GENITOURINARIO: ÍNTEGRO, ELIMINANDO ESPONTANEO. EN REGIÓN SACRA CON PRESENCIA DE UPP GRADO II DE MAS O MENOS 3*3 CM, CON TEJIDO NECROTICO Y FIBRINOIDE INDURADO, CUBIERTO CON COLAGENASA+PARCHE DUODERM CGF. EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES SE OBSERVA EN MSI EN CODO HERIDA EN PROCESO DE CICATRIZACION CUBIERTA CON PARCHE DE DUODERM, MIEMBROS INFERIORES CON PERFUSION DISTAL DISMINUIDA, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, EN TROCANTER DERECHO UPP GRADO II DE MAS O MENOS 3*3 CM CON TEJIDO NECROTICO + FIBRINA, SE ENCUENTRA CUBIERTA CON IRUXOL+PARCHE DUODERM, SOLO MOVILIZA EXTREMIDAD IZQUIERDA. ESCALA DE MORSE: RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEM RIESGO MEDIO.

Examen Fisico:

Signos Vitales:	FC:	73x min	FR:	18x min	Temperatura:	36,7°C
	T/A:	122/70	TA Media:	87,33		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomía

Analisis: PACIENTE ESTABLE VENTILATORIA Y HEMODINAMICAMENTE, A QUIEN SE LE REALIZO NUEVAMENTE INSERCION DE CANULA DE TOT EL DIA 4 DE JULIO POR DESATURACION, TOS INEFECTIVA, Y MAL PATRON RESPIRATORIO QUE NO MEJORO CON VENTILACIONMECANICA NO INVASIVA, DEJAN CANUNUEVAMENTE INSERCION DE CANULA DE TOT EL DIA 4 DE JULIO POR DESATURACION, TOS INEFECTIVA, Y MAL PATRON RESPIRATORIO QUE NO MEJORO CON VENTILACIONMECANICA NO INVASIVA, DEJAN CANULA DE TOT # 6.0 CON SISTEMA VENTURY EN EL MOMENTO AL 24% CON LO QUE SATURA 96-98%, PACIENTE CON DISTENSION ABDOMINAL Y DOLOR A LA PALPACION, SE REINICIO NET, PENDIENTE DEFINIR CON NUTRICIONISTA DISMINUCION DE LA MISMA YA QUE EL PACIENTE RECIBE Y TOLERA VIA ORAL CON DIETA BLANDA Y LIQUIDOS ESPESOS, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO, SONDA DE GASTROSTOMIA SE ENCUENTRA PERMEABLE PARA PASO DE MEDICAMENTOS Y NET. ESTOMA DE SGT SANO CON SALIDA DE POCA SECRECION SEROSA, SE REALIZA CURACION EN CADA TURNO. DIURESIS ESPONTANEA, TIENE ORDENADO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD, DEPOSICIONES POSITIVAS LIQUIDAS MOTIVO POR EL CUAL SE CONTAMINA UPP SACRA CON NECESIDAD DE CAMBIAR PARCHES DE DUODERM CGF DE MANERA CONTINUA. SE LE REALIZA CURACION A UPP SACRA CADA 5 DIA, DONDE DESCRIBEN COMO UPP GRADO 2 DE 3*3 CM + 0.5 CM DE PROFUNDIDAD, BORDES NECROTICOS, ZONA PERILESIONAL TUMEFACTA HIPERPIGMENTADA DE APROXIMADAMENTE 3 CM DEL BORDE, LECHO DE LA HERIDA CON TEJIDO NECROTICO 90% FIBRINA 10% SIN OLOR SIN EXUDADO SIN SANGRADO, SE CURO CON CLORHEXIDINA, SSN Y SE DEJA CON COLAGENASA IRUXOL 2 EN EL LECHO DE LA HERIDA Y OXIDO DE ZINC EN LA ZONA PERILESIONAL Y SE CUBRE CON PARCHE DE DUODERM CGF + MICROPORE Y APOSITO DE GASA PARA CUBRIR DE CONTAMINACION. EN TROCANTER DERECHO LACERACION DE 3*3 CM CON TEJIDO NECROTICO +FIBRINOSO, CUBIERTO CON COLAGENASA+PARCHE DUODERM. PROXIMA CURACION PARA EL DIA 10 DE JULIO, SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION, HIGIENE Y CONFORT. SE REALIZA TOMA DE PARACLINICOS EL DIA 6 DE JULIO QUE REPORTARON: CH LEUCOS 14930 HB 9.3 PLQ 517 PCR 218 GSA: PH 7.50 PCO2 34.8 PO2 104 HCO3 26.8. PENDIENTE REPORTE DE CULTIVO DE SOT Y DE SECRECION DE UPP SACRA Y TROCANTERICA DERECHA. YA LE FUERON ENTREGADAS LAS ORTESIS LAS CUALES SE DEJAN EN EL DIA, PENDIENTE REPROGRAMAR VX POR NEUROOFTALMOLOGIA (FAMILIAR EN TRAMITE), TOMA DE RX TORAX Y VX PRIORITARIA POR TEO. SIN MAS CAMBIOS.

Plan Manejo: CABECERA 35 GRADOS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE CADA 6 HORAS SEGÚN NECESIDAD CUIDADOS E HIDRATACION DE LA PIEL CUIDADOS DE OSTOMIAS (TRAQUEOSTOMÍA Y GASTROSTOMÍA) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y NUTRICION ENTERAL EDUCACIÓN A FAMILIAR SOBRE CUIDADOS DE PACIENTE AVISAR CAMBIOS

Fecha Profesional Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 08/07/2017 2:17:58 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente ventilatoria y hemodinámicamente estable

Objetivo: Paciente adulto maduro de 65 años de edad, de sexo masculino, que ingresa el dia 31 de marzo de 2017 en ambulancia acompañado de familiar, con dx: de traumatismo de medula espinal, shock traumático, insuficiencia respiratoria aguda, trastorno de la deglución, traqueostomía, al examen físico se observa de contextura gruesa, edema generalizado, cabeza normocefalica, en zona occipital herida cicatrizada, con cabello implantado, conjuntivas claras, pupilas reactivas, apertura ocular espontanea, mucosas orales húmedas, cuello móvil, con tqt permeable, se recánula, se deja con ventury al

114

50%, ajustada con hilodillo a 2 cm, estoma limpio y seco, tórax con expansión adecuada, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen globoso poco depresible a la palpación, con sonda de gastrostomía, funcional y permeable por la cual se administran net Jevity 250ml cada 4 horas y medicamentos, sin salida de material, con leve dilatación, genitourinario: íntegro, edematizado, eliminando por sonda vesical a cistofio que se retira por orden médica, se observa cicatriz en región inguinal derecha, en región sacra con presencia de ulcera por presión grado 2 de tamaño 3 cm de longitud y 2 cm de ancho cubierta con parche duoderm, miembro superior derecho con edema grado 2, miembros inferiores pulsos pedios positivos, con laceraciones en codo izquierdo cubierto con gasa + micropore. No moviliza extremidades, Escala de morse: riesgo bajo, escala de Braden riesgo alto.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	88x min	FR:	16x min	Temperatura:	36,4°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: Paciente que durante el día pasa hemodinámicamente estable, manejando secreciones mucoamarillas adherentes, se realiza aspiración de secreciones y recibe terapia respiratoria, por estoma de traqueostomía, tolerando ambiente, acceso venoso en miembro superior derecho con Yelco numero 20, por donde pasa tratamiento antibiótico ordenado, realiza diuresis espontanea en pañal, no realiza deposición, abdomen blando, lesión sacra con parche íntegro, lesión de codo cubierta. Paciente recibe y tolera tratamiento médico ordenado, tolera vía oral, se suspende NET, duerme intervalos largos, paciente que no se puede movilizar en silla por 8 días debido a empeoramiento de lesión sacra. Recibe visita del familiar.

Plan Manejo: Cabecera 35 grados Control de signos vitales cada 2 horas Cuidados e hidratación de la piel Cuidados de ostomías (traqueostomía y gastrostomía) Administración de medicamentos y nutrición enteral Educación a familiar sobre cuidados de paciente Avisar cambios Cateterismo intermitente cada 6 horas según necesidad

Fecha	Profesional	Observacion

Medico General

EVOLUCIÓN DIARIA: 01/04/2017 5:29:17 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633^GASTROSTOMIA - Z931^INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960^TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE REFIERE BUEN ESTADO GENERAL, CON DOLOR A NIVEL CERVICAL INTENSO, DIURESIS POR CATETERISMO COLURICA, DEPOSICIONES EN PAÑAL

Objetivo: Cabeza: normoconfigurada, sin lesiones, sin masas. Mucosas humedas rosadas, cuello sin masas, estoma de Traqueostomia funcional, escasa secreciones mucoides. Cardiovascular: Tensión arterial 110/75, frecuencia cardiaca100 Ruidos cardiacos rítmicos regulares no presenta soplos. Respiratorio: frecuencia respiratoria 18, saturación de 02 98%, soporte ventilatorio a Traqueostomia modo asistó/control tórax normoexpansivo, Murmullo vesicular presente en todos los campos pulmonares, escasa movilización de secreciones, Abdomen: blando, depresible, sin masas, sin irritación peritoneal, sonda gastrostomía funcional, posicionada, granuloma no sangrante. Extremidades: pulsos periféricos presentes simétricos, llenado capilar 2 segundos, edema en 4 extremidades G I, moviliza miembro superior derecho fuerza 3/5, resto de extremidades 1/5. Sistema nervioso central: alerta, orientado en 3 esferas.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	63x min	FR:	12x min	Temperatura:	36,4°C
	T/A:	122/71	TA Media:	88		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON POLITRAUMA TRM C4-T12 ASIA A,CHOQUE MEDULAR, CON FALLA VENTILATORIA DEPENDIENTE DE VM, DISFAGIA SEVERA, INGRESA AYER AL PROGRAMA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE ACOPLADO, AYER EPISODIO DE DESATURACION QUE REQUIERE HIGIENE ASPIRADO DE VIA AEREA ESQUEMA SALBUTAMOL POR 1 HORA BVM CON RECUPERACION, EN EL MOMENTO CON ABUNDANTES SECRECIONES A NIVEL PULMAR CANDIDATO A MANEJO CON SISTENTE DE TOS SE COMENTARA CON T. RESPIRATORIA, SIN SIGNOS DE PROCESO INFECCIOSO ACTIVO, AHORA CON DOLOR 2 SE AJUSTA MANEJO PARA EL MISMO. VIGILAR EVOLUCION.

Plan Manejo: DIPIRONA 1G CADA8H POR 7 DIAS TRAMADOL 10GOTAS C 8H ACETAMINOFEN 1GR CADA6H

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 02/04/2017 5:11:00 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633

GASTROSTOMIA - Z931^INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960^TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA, HIDRATADO, ENTEIENDE ORDENES EXTERNA, SE TRATA DE COMUNICAR CON EL MEDIO EXTERNOS.

Objetivo: EX. FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS, CUELLO: CON TOT PERMEABLE, SIN SIGNOS APARENTES DE INFECCION, CANULA EN ADECUADA POSICION. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, HIPOVENTILACION BIBASAL LEVE, NO SOBREAGREGADOS, ADECUADO ACOPLE A VENTILACION MECANICA MODO ASISTIDO CONTROL POR VOLUMEN, SAT 98% ABD BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO CON SONDA DE GASTROSTOMIA FUNCIONAL, SIN SIGNOS APARENTE DE INFECCION. EXTR SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSION DISTAL, PULSOS PRESENTES. SNC ALERTA, ORIENTADO, TRATA DE COMUNICARSE CON EL MEDIO EXTERNO

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	58x min	FR:	14x min	Temperatura:	37°C
	T/A:	120/70	TA Media:	86,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA CHOQUE MEDUILAR CON LESION MEDULAR EXTENSA DESDE C3 HASTA T2 BAJO VENTILACION MECANICA CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, A QUIEN SE REALIZA CATETERISMO VESICAL POR RETENCION URINARIA, MANIFIESTA FAMILAIR QUE DURANTE ATENCION EN ANTERIOR INSTITUCION MANIFESTARON CONTROL DE TAC DE CRANEO SIMPLE PARA SEGUIMIENTO DE HEMATOMA INTRACRANEAL, SIN EMABRGO PACIENTE SIN DETERIORO NEUROLOGICO, NO LUCE SOMNOLIENTO REACTIVO A ESTMULOS EXTERNOS, CONSIDERO COMENTAR CON INTERNISTA Y DEFINIR NECESIDAD DE TAC DE CRANEO SIMPLE DE CONTROL, POR EL MOMENTO SE INDICA DISMINUCION DE LEV Y FUROSEMIDA SIMULTANEO A 10MG CADA 12 HORAS PARA ASI FINALEMENTE RETIRAR LEV Y DEJAR SOLO CON FUROSEMIDA SEGUN NECESIDAD, NO SE HACEN OTROS CAMBIOS EN LA FORMULACION.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO;

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 04/04/2017 10:57:43 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960^TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: EVOLUCION REALIZADA POR EL DR OSPINA JUAN FERNANDO --- NOMBRE RODRIGO VALENCIA EDAD 65 AÑOS DX POLITRAUMATISMO, TRM C6-T12, CHOQUE MEDULAR, NEUMONÍA RESUELTA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA DEPENDIENTE DE VENTILACIÓN MECÁNICA, DISFAGIA SEVERA INCONTINENCIA MIXTA SEVERA PACIENTE Q PASA BUENA NOCHE TRANQUILO SIN PROBLEMAS DE DISESTRES RESPIRATORIO SIN FIEBRE - SIN SIGNOS DE FIEBRE TOLERNADO DECUBITO SIN DETERIORO --

Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE ALERTA AFEBRIL SIN SIRS SIN SIGNOS DE DIESTRES RESPIRATORIO AGUDO SIN DETERIORO- HEMODINAMICAMENTE ESTAVBLE TRANQUILO NORMOCEFALO NO DOLOROSOS A LA PRESION - SIN CICATRICES MAYORES - PUPILAS REACTIVAS ESCLERAS ACNITERICAS MUCOAS HIDRTADAS PUPILAS REACTIVAS - NARIZ SIN DESVIACION SIN HIPERTROFIA DE CORNETES SIN SECRECIONES - CUELLO CON TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL ACOPLADA A VENTILADOR SIN PROBLEMAS - SIN INGURGITACION SIN SOPLOS SIN MASAS -- CON PABELLON AURICULAR SIN ANORMALIDADES SIN LACERACIONES - CON RSCSRS SIN SOPLOS SIN DESDOBLAR SIN GALOPE – CON MV ++ SIN AGREGADOS CAMPOS BIEN VENTILADOS - CON ABDOMEN BD NO MASAS NI MEGALIAS PERISLTIASMO-+++ SIN DOLOR CON GASTROSTOMIA FUNCIOANL - CON EXT MOVILES PULSOSOS +++ SIN ANORMALIDADES SIN EDEMAS -- SNC POSTRACION PROLOGADA DEFICIT DE BASE --

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	83x min	FR:	20x min	Temperatura:	36ºC
	T/A:	117/80	TA Media:	92,33		

Sistema de Ventilacion:

Analisis: PCTE CON DX ESTUPULADOS POSTRADOS POR SU CUADRO CLINICO CONDICON TIPO SOAT CON SECUELAS DE TCE SEVERO -- CON INDICACION DE TAC DE CTROL DE CRANEOP SIMPLE -- PCTE CON ESDTABILIDAD NEURONAL -- SE COMENTARA CON EL DR DIAZ SI HAY NESESIDAD DEL MISMO PARA SEGUIMIENTO DE SU HEAMATOMA INTRACEREBRAL ---- POR EL MOPMENTO CPTE ACOPLADO SIN SIRS SE INDICA CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO

Plan Manejo: IGUAL MANEJO MEDICO

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 06/04/2017 5:54:19 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente tranquilo durante la noche duerme a intervalos largos, con pico febril, diuresis por cateterismo sin alteraciones

Objetivo: Cabeza: normoconfigurada, sin lesiones, sin masas. Mucosas húmedas rosadas, cuello sin masas, estoma de Traqueostomía funcional, escasa secreciones mucoides. Cardiovascular: Tensión arterial 110/75, frecuencia cardiaca100 Ruidos cardiacos rítmicos regulares no presenta soplos. Respiratorio: frecuencia respiratoria 18, saturación de O2 98%, soporte ventilatorio a Traqueostomía modo asisto/control torax normoexpansivo, Murmullo vesicular presente en todos los campos pulmonares, escasa movilización de secreciones. Abdomen: blando, depresible, sin masas, sin irritación peritoneal, sonda gastrostomía funcional, posicionada, granuloma no sangrante. Extremidades: pulsos periféricos presentes simétricos, llenado capilar 2 segundos, edema en 4 extremidades G I, moviliza miembro superior derecho fuerza 3/5, resto de extremidades 1/5. Sistema nervioso central: alerta, orientado en 3 esferas.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	60x min	FR:	14x min	Temperatura:	37,3ºC
	T/A:	121/70	TA Media:	87		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente masculino, de 65 años, con diagnóstico de: politraumatismo, TRM C6-T12, choque medular, neumonía resuelta, insuficiencia respiratoria cronica dependiente de ventilacion mecanica, disfagia severa incontinencia mixta severa.Presenta pico febril aislado a pesar de manejo con dipirona con horario y acetaminofen (para control del dolor) por lo que se decide control cruva termica se solicita paraclinicos, vigilar evolucion.

Plan Manejo: SS HEMOGRAMA PCR UROCULTIVO CULTIVO SOT HEMOCULTIVOS 1Y 2

Fecha | Profesional | Observacion

SI|

116

EVOLUCIÓN DIARIA: 07/04/2017 4:45:19 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA, DESPIERTO, HIDRATADO, ALERTA

Objetivo: EX. FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS. CUELLO: CON TOT PERMEABLE, SIN SIGNOS APARENTES DE INFECCION, CANULA EN ADECUADA POSICION. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, HIPOVENTILACION BIBASAL LEVE, NO SOBREAGREGADOS, ADECUADO ACOPLE A VENTILACION MECANICA MODO ASISTIDO CONTROL POR VOLUMEN. SAT 98% ABD BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO CON SONDA DE GASTROSTOMIA FUNCIONAL, SIN SIGNOS APARENTE DE INFECCION. EXTR SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSION DISTAL, PULSOS PRESENTES. SNC DESPEIRTO REACTIVO A ESTIMULOS DOLOROSOS Y ALGUNOS ESTIMULOS EXTERNOS

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	57x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	116/78	TA Media:	90,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA CHOQUE MEDUILAR CON LESION MEDULAR EXTENSA DESDE C3 HASTA T2 BAJO VENTILACION MECANICA CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, SIN CAMBIOS AL EXAMEN FISICO, CON BUEN PATRON RESPIRATORIO. NO AVANCES NEUROLOGICOS. SE INDCA CONTINAUR CON IGUAL AMNEJO MEDICO ESTABLECIDO PARA EL PACIENTE.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 08/04/2017 12:42:14 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en compañia de familiar, niega sintomas sin dolor en el momento.Diuresis en pañal sin alteracion, sin picos febriles.

Objetivo: Cabeza: normoconfigurada, sin lesiones, sin masas. Mucosas humedas rosadas, cuello sin masas, estoma de Traqueostomia funcional, escasa secreciones mucoides. Cardiovascular: Tensión arterial 110/75, frecuencia cardiaca100 Ruidos cardiacos rítmicos regulares no presenta soplos. Respiratorio: frecuencia respiratoria 18, saturación de 02 98%, soporte ventilatorio a Traqueostomia modo asisto/control tórax normoexpansivo. Murmullo vesicular presente en todos los campos pulmonares, escasa movilizacion de secreciones. Abdomen: blando, depresible, sin masas, sin irritación peritoneal, sonda gastrostomia funcional, posicionada, granuloma no sangrante. Extremidades: pulsos periféricos presentes simétricos, llenado capilar 2 segundos, edema en 4 extremidades G I, moviliza miembro superior derecho fuerza 3/5, resto de extremidades 1/5. Sistema nervioso central: alerta, orientado en 3 esferas.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	79x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/63	TA Media:	75,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente masculino, de 65 años, con diagnostico de: POLITRAUMATISMO, TRAUMA RAQUIMEDULAR C6-T12, CHOQUE MEDULAR, NEUMONÍA RESUELTA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA DEPENDIENTE DE VENTILACIÓN MECÁNICA, DISFAGIA SEVERA INCONTINENCIA MIXTA SEVERA.Estable clinicamente sin signos de infeccion activa, sin nuevos picos febriles paraclinicos sin leucocitosis con PCR discretamente elevada no requiere cubrimiento ATB por el momento. 06/04/2017CUADRO HEMATICO Leucocitos: 5.99 Linfocitos %: 30.61 Neutrofilos %: 56.72Hemoglobina: 9.21 Hematocrito: 27.47Plaquetas: 318 CLORO: 98.60 POTASIO: 3.96 SODIO: 132.10 CREATININA: 0.99NITROGENO UREICO: 18.53 UREA: 39.65

Plan Manejo: igual manejo

Fecha	Profesional	Observacion
08/04/2017 06:00:26 PM	Juliana Marcela Vasquez	reporte de cultivos : urocultivo + se considera colonización no requiere tto atb, pendiente reporte de cultivo sat. 06/04/2017 INFORME PRELIMINAR: . Observacion: Hemocultivo N.1 Miembro Inferior Izquierdo Negativo a las 23 horas de incubación Hemocultivo N.2 Miembro Inferior derecho Negativo a las 23 horas de incubación UROCULTIVO MUESTRA Orina por sonda vesicalUROCULTIVO 100.000 UFC/ML Microorganismo: ESCHERICHIA COLI ANTIBIOGRAMA GRAM NEGATIVO ACIDO NALIDIXIC Resistente AMIKACINA Sensible AZTREONAM Sensible CEFEPIME ENTERO Sensible CEFOTAXIMA Sensible CEFOXITINA Resistente CIPROFLOXACINA Sensible ERTAPENEM Intermedio GENTAMICINA Sensible MEROPENEM Sensible NITROFURANTOINA Resistente PIPER/TAZOBACTA Sensible TRIMETOPRIM-SUL Resistente

EVOLUCIÓN DIARIA: 09/04/2017 4:40:34 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE TRANQUILO, ACOPLADO A VM, NIEGA DOLOR EN EL MOMENTO. EN COMPAÑIA DE FAMILIAR DIURESIS Y DEPOSICION EN PAÑAL CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE.

Objetivo: Cabeza: normoconfigurada, sin lesiones, sin masas. Mucosas humedas rosadas, cuello sin masas, estoma de Traqueostomia funcional, escasa secreciones mucoides. Cardiovascular: Tensión arterial 110/75, frecuencia cardiaca100 Ruidos cardiacos rítmicos ragulares no presenta soplos. Respiratorio: frecuencia respiratoria 18, saturacion de O2 98%; soporte ventilatorio a Traqueostomia modo asisto/control tórax normoexpansivo. Murmullo vesicular presente en todos los campos pulmonares, escasa movilización de secreciones. Abdomen: blando, depresible, sin masas, sin irritación peritoneal, sonda gastrostomia funcional, posicionada, granuloma no sangrante. Extremidades: pulsos periféricos presentes simetricos, llenado capilar 2 segundos, edema en 4 extremidades G I, moviliza miembro superior derecho fuerza 3/5, resto de extremidades 1/5. Sistema nervioso central: alerta, orientado en 3 esferas.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	70x min	FR:	18x min	Temperatura:	36.1°C
	T/A:	115/60	TA Media:	78,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON MIELOPATIA CERVICAL POR TRAUMA EN ACCIDENTE DE TRANSITO CON LESION MEDULAR SEVERA COMPLETA, FALLA VENTILATORIA DEPENDIENTE DE VM, DISFAGIA SEVERA, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE INFECCION ACTIVA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PENDIENTE CONTROL CON NEUROOX.FAMILIAR TRAE ULTIMO REPORTE DE RMN NO HAY FX CERVICAL,POR EL MOMENTO IGUAL MANEJO.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 10/04/2017 10:55:28 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente en cama, tranquilo, refieren familiares con leve mejoria, no sintomas asociados

Objetivo: Cardiaco: Ruidos cardiacos ritmicos Pulmonar: Campos pulmonares ventilados, no ruidos sobreagregados. Traqueostomia funcional con ventilacion mecanica invasiva modo AC. Abdomen: Blando depresible, no signos de irritación peritoneal, sonda de gastrostomia permeable, sin cambios inflamatorios asociados. Metabolico: deposiciones no ha presentado en las ultimas 12 horas Renal: Diuresis presente. Infeccioso: no fiebre. Extremidades: llenado capilar menor de 2 segundos. Neurológico: interactua con el medio, pupilas reactivas, obedece ordenes, apertura ocular espontanea

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	80x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	124/76	TA Media:	92		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente clinicamente estable, mejoria de su condicion de acondicionamiento fisico.. componente neurologico en franca mejoria movilidad de extremidades no hay sobreinfeccion. se explica la condicion clinica actual y la conducta a seguir

Plan Manejo: 1. Igual manejo medico

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 11/04/2017 10:19:53 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: HIDRATADO, ALERTA. ENTIENEDE ALGUNAS ORDENES, Y TRATA DE COMUNICARSE CON EXAMINADOR.

Objetivo: EX. FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS. CUELLO: CON TOT PERMEABLE, SIN SIGNOS APARENTES DE INFECCION, CANULA EN ADECUADA POSICION, CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS. HIPOVENTILACION BIBASAL LEVE, NO SOBREAGREGADOS, ADECUADO ACOPLE A VENTILACION MECANICA MODO ASISTIDO CONTROL POR VOLUMEN; SAT 98% ABD BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO CON SONDA DE GASTROSTOMIA FUNCIONAL, SIN SIGNOS APARENTE DE INFECCION. EXTR SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSION DISTAL, PULSOS PRESENTES. SNC ALERTA, OBEDECE ALGUNAS ORDENES, REACTIVO A ESTIMULOS EXTERNOS.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	15x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	66,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA CHOQUE MEDULAR CON LESION MEDULAR EXTENSA DESDE C3 HASTA T2 BAJO VENTILACION MECANICA CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, EN EL MOMENTO ESTABLE SIN CAMBISO DE SU PATRON REPSIRATORIO. HIDRATADO. ORIENTADO, ENTIENDE ALGUNAS ORDENES EXTERNAS, Y TRATA DE COMUNICARSE CON MEDIO EXTERNO, SE CONTINAURA IGUAL MANEJO TERAPEUTICO ESTABLECIDO PARA EL PACIENTE.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

118

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 12/04/2017 3:09:36 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: EVOLUCION REALIZADA POR EL DR OSPINA JUAN FERNANDO --- NOMBRE RODRIGO VALENCIA EDAD 65 AÑOS DX POLITRAUMATISMO, TRM C6-T12, CHOQUE MEDULAR, NEUMONÍA RESUELTA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA DEPENDIENTE DE VENTILACIÓN MECÁNICA, DISFAGIA SEVERA INCONTINENCIA MIXTA SEVERA PACIENTE Q PASA BUENA NOCHE TRANQUILO SIN PROBLEMAS DE DISESTRES RESPIRATORIO SIN FIEBRE - SIN SIGNOS DE FIEBRE TOLERNADO DECUBITO SIN DETERIORO --

Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE ALERTA AFEBRIL SIN SIRS SIN SIGNOS DE DIESTRES RESPIRATORIO AGUDO SIN DETERIORO- HEMODINAMICAMENTE ESTAVBLE TRANQUILO NORMOCEFALO NO DOLOROSOS A LA PRESION - SIN CICATRICES MAYORES - PUPILAS REACTIVAS ESCLERAS ACNITERICAS MUCOAS HIDRTADAS PUPILAS REACTIVAS - NARIZ SIN DESVIACION SIN HIPERTROFIA DE CORNETES SIN SECRECIONES - CUELLO CON TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL ACOPLADA A VENTILADOR SIN PROBLEMAS - SIN INGURGITACION SIN SOPLOS SIN MASAS -- CON PABELLON AURICULAR SIN ANORMALIDADES SIN LACERACIONES - CON RSCSRS SIN SOPLOS SIN DESDOBLAR SIN GALOPE – CON MV ++ SIN AGREGADOS CAMPOS BIEN VENTUILADOS - CON ABDOMEN BD NO MASAS NI MEGALIAS PERISLTIASMO-+++ SIN DOLOR CON GASTROSTOMIA FUNCIOANL - CON EXT MOVILES PULSOSOS +++ SIN ANORMALIDADES SIN EDEMAS -- SNC POSTRACION PROLOGADA DEFICIT DE BASE --

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	86x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	115/70	TA Media:	85		

Sistema de Ventilacion:

Analisis: PCTE CON DX ESTUIPULADOS POSTRADOS POR SU CUADRO CLINICO CONDICON TIPO SOAT CON SECUELAS DE TCE SEVERO -- CON INDICACION DE TAC DE CTROL DE CRANEOP SIMPLE -- PCTE CON ESDTABILIDAD NEURONAL -- TIENE PECIENTE P/CULTIVO SOT---

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 13/04/2017 4:23:42 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente sin alteraciones durante el dia, asintomatico, diuresis por cateterismo intermitente, sale a sala en silla con control cefalico.

Objetivo: Cabeza: normoconfigurada, sin lesiones, sin masas. Mucosas húmedas rosadas, cuello sin masas, estoma de Traqueostomia funcional, escasa secreciones mucoides. Cardiovascular: Tensión arterial 110/75, frecuencia cardiaca100 Ruidos cardiacos rítmicos regulares no presenta soplos. Respiratorio: frecuencia respiratoria 18, saturación de O2 98%, soporte ventilatorio a Traqueostomia modo asisto/control tórax normoexpansivo. Murmullo vesicular presente en todos los campos pulmonares, escasa movilización de secreciones. Abdomen: blando, depresible, sin masas, sin irritación peritoneal, sonda gastrostomia funcional, posicionada, granuloma no sangrante. Extremidades: pulsos periféricos presentes simétricos, llenado capilar 2 segundos, edema en 4 extremidades G I, moviliza miembro superior derecho fuerza 3/5, resto de extremidades 1/5. Sistema nervioso central: alerta, orientado en 3 esferas.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	60x min	FR:	18x min	Temperatura:	37.8°C
	T/A:	100/68	TA Media:	78,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente masculino de 65 años, con DX POLITRAUMATISMO. TRM. choque medular, falla ventilatoria dependiente de vm, hemodinámicamente estable, neurológicamente estacionario, acoplado a ventilador mecánico, con pico febricula aislada en la madrugada de hoy no signos de infeccion activa curva termica en el dia normal, no requiere manejo ATB. cultivo SOT positivo bacilos Gram negativo pendiente definitivo se considera colonizacion.no se hacen cambios en plan de manejo previo.

Plan Manejo: Igual manejo

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 14/04/2017 10:15:02 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: EVOLUCION REALIZADA POR EL DR OSPINA JUAN FERNANDO --- NOMBRE RODRIGO VALENCIA EDAD 65 AÑOS DX POLITRAUMATISMO, TRM C6-T12, CHOQUE MEDULAR, NEUMONÍA RESUELTA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA DEPENDIENTE DE VENTILACION MECÁNICA, DISFAGIA SEVERA INCONTINENCIA MIXTA SEVERA

Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE ALERTA AFEBRIL SIN SIRS SIN SIGNOS DE DIESTRES RESPIRATORIO AGUDO SIN DETERIORO- HEMODINAMICAMENTE ESTAVBLE TRANQUILO NORMOCEFALO NO DOLOROSOS A LA PRESION - SIN CICATRICES MAYORES - PUPILAS REACTIVAS ESCLERAS ACNITERICAS MUCOAS HIDRTADAS PUPILAS REACTIVAS - NARIZ SIN DESVIACION SIN HIPERTROFIA DE CORNETES SIN SECRECIONES - CUELLO CON TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL ACOPLADA A VENTILADOR SIN PROBLEMAS - SIN INGURGITACION SIN SOPLOS SIN MASAS -- CON PABELLON AURICULAR SIN ANORMALIDADES SIN LACERACIONES - CON RSCSRS SIN SOPLOS SIN DESDOBLAR SIN GALOPE – CON MV ++ SIN AGREGADOS CAMPOS BIEN VENTUILADOS - CON ABDOMEN BD NO MASAS NI MEGALIAS PERISLTIASMO-+++ SIN DOLOR CON GASTROSTOMIA FUNCIOANL - CON EXT MOVILES PULSOSOS +++ SIN ANORMALIDADES SIN EDEMAS -- SNC POSTRACION PROLOGADA DEFICIT DE BASE --

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	79x min	FR:	19x min	Temperatura:	37°C
	T/A:	124/79	TA Media:	94		

Sistema de Ventilacion:

Analisis: PCTE CON DX ESTUIPULADOS POSTRADOS POR SU CUADRO CLINICO CONDICON TIPO SOAT CON SECUELAS DE TCE SEVERO -- ACOPLADO A SU VENTILADOR SIN SIRS SIN DETERIOR SIN CAMBIOS EN SU ESTADO NEURONAL EVOLUCION ESTACIONARIA * -- AUN TIENE PTE P/CULTIVO SOT//CONTROL RMN NEUROOX EN 1MES

Plan Manejo: IGUASL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 15/04/2017 8:43:15 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: EVOLUCION REALIZADA POR EL DR OSPINA JUAN FERNANDO --- NOMBRE RODRIGO VALENCIA EDAD 65 AÑOS DX POLITRAUMATISMO, TRM C6-T12, CHOQUE MEDULAR, NEUMONÍA RESUELTA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA DEPENDIENTE DE VENTILACIÓN MECÁNICA, DISFAGIA SEVERA INCONTINENCIA MIXTA SEVERA PACIENTE O PASA BUENA NOCHE TRANQUILO SIN PROBLEMAS DE DISESTRES RESPIRATORIO SIN FIEBRE - SIN SIGNOS DE FIEBRE TOLERNADO DECUBITO SIN DETERIORO --

Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE ALERTA AFEBRIL SIN SIRS SIN SIGNOS DE DIESTRES RESPIRATORIO AGUDO SIN DETERIORO- HEMODINAMICAMENTE ESTAVBLE TRANQUILO NORMOCEFALO NO DOLOROSOS A LA PRESION - SIN CICATRICES MAYORES - PUPILAS REACTIVAS ESCLERAS ACNITERICAS MUCOAS HIDRTADAS PUPILAS REACTIVAS - NARIZ SIN DESVIACION SIN HIPERTROFIA DE CORNETES SIN SECRECIONES - CUELLO CON TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL ACOPLADA A VENTILADOR SIN PROBLEMAS - SIN INGURGITACION SIN SOPLOS SIN MASAS -- CON PABELLON AURICULAR SIN ANORMALIDADES SIN LACERACIONES - CON RSCSRS SIN SOPLOS SIN DESDOBLAR SIN GALOPE – CON MV ++ SIN AGREGADOS CAMPOS BIEN VENTUILADOS - CON ABDOMEN BD NO MASAS NI MEGALIAS PERISLTIASMO-+++ SIN DOLOR CON GASTROSTOMIA FUNCIOANL - CON EXT MOVILES PULSOSOS +++ SIN ANORMALIDADES SIN EDEMAS -- SNC POSTRACION PROLOGADA DEFICIT DE BASE --

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	81x min	FR:	13x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	114/76	TA Media:	88,66		

Sistema de Ventilacion:

Analisis: PCTE CON DX ESTUIPULADOS POSTRADOS POR SU CUADRO CLINICO CONDICON TIPO SOAT CON SECUELAS DE TCE SEVERO -- ACOPLADO A SU VENTILADOR SIN SIRS SIN DETERIOR SIN CAMBIOS EN SU ESTADO NEURONAL EVOLUCION ESTACIONARIA * -- AUN TIENE PTE P/CULTIVO SOT//CONTROL RMN NEUROOX EN 1MES

Plan Manejo: IGUAL

Fecha	Profesional	Observacion
15/04/2017 02:51:00 PM	Francisco Ignacio Vela	LLEGA REPORTE DE CULTIVO DE SOT Q MOSTRO PSEUDOMONA CON 8.420 UFC MULSITSENCIBLE A TOSDO -- SE COME TA CON EL DR DIAZ INTERNISTA Q COMENTA Q ES PROCESO COLONIZADO NO ES DE MANEJO ANTIBOTICO

EVOLUCIÓN DIARIA: 16/04/2017 4:26:36 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE ESTABLE CLINICAMENTE, SIN PICOS FEBRILES SIN DESATURACIONES, DIURESIS POSITIVA EN PAÑAL

Objetivo: Cabeza: normoconfigurada, sin lesiones, sin masas. Mucosas húmedas rosadas, cuello sin masas, estoma de Traqueostomia funcional, escasa secreciones mucoides. Cardiovascular: Tensión arterial 110/75, frecuencia cardiaca100 Ruidos cardiacos rítmicos regulares no presenta soplos. Respiratorio: frecuencia respiratoria 18, saturación de O2 98%, soporte ventilatorio a Traqueostomia modo asisto/control tórax normoexpansivo, Murmullo vesicular presente en todos los campos pulmonares, escasa movilización de secreciones. Abdomen: blando, depresible, sin masas, sin irritación peritoneal, sonda gastrostomia funcional, posicionada, granuloma no sangrante. Extremidades: pulsos periféricos presentes simétricos, llenado capilar 2 segundos, edema en 4 extremidades G 1, moviliza miembro superior derecho fuerza 3/5, resto de extremidades 1/5. Sistema nervioso central: alerta, orientado en 3 esferas.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	79x min	FR:	12x min	Temperatura:	36,5°C
	T/A:	112/68	TA Media:	82,66		

bll

120

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON DX POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO TRM CHOQUE MEDULAR FALLA VENTILATORIA DEPENDIENTE DE VM, CON LEVE MEJORIA NIVEL DE SENSIBILIDAD, SIN SIGNOS DE ALARMA SE CONTINUA MANEJO INSTAURADO.CULTIVO SOT COLONIZACION NO REQUIERE TTO ATB. 11.Abr.2017 OSECRECION OROTRAQUEAL Recuento de Colonias 8.460 X10uf^5c/ml Resultado Se cultivo: Bacteria Pseudomonas aeruginosa Amicacina S <=16 Aztreonam S <=4 Ceftazidima S 4 Ciprofloxacina S <=1 Cefepime S <=2 Gentamicina S <=4 Imipenem S <=1 Levofloxacina S <=2 Meropenem S <=1 Pip/Tazo S <=16 Tobramicina S <=4

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 17/04/2017 12:01:46 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: HIDRATADO, ALERTA, ORIENTADO, CONCIENTE

Objetivo: EX. FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS. CUELLO: CON TOT PERMEABLE, SIN SIGNOS APARENTES DE INFECCION, CANULA EN ADECUADA POSICION. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, HIPOVENTILACION BIBASAL LEVE, NO SOBREAGREGADOS, ADECUADO ACOPLE A VENTILACION MECANICA MODO ASISTIDO CONTROL POR VOLUMEN, SAT 98% ABD BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO CON SONDA DE GASTROSTOMIA FUNCIONAL, SIN SIGNOS APARENTE DE INFECCION. EXTR SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSION DISTAL, PULSOS PRESENTES. NO MOVILIZA EXTREMIDADES ADECUADAMENTE SNC ALERTA, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, SE COMUNICA CON EXAMINADOR Y OBEDECE ORDENES SENCILLAS

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	66x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/60	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA CHOQUE MEDULAR CON LESION MEDULAR EXTENSA DESDE C3 HASTA T2 BAJO VENTILACION MECANICA CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, ALERTA, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, SE COMUNICA CON EXAMINADOR, NO MOVILIZA EXTREMIDADES ADECUADAMENTE, NO EDEMAS, SE CONTINUA CON IGUAL PROCESO DE REHABILITACION Y MANEJO INTEGRAL ESTABLECIDO PARA EL APCIENTE.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO MEDICO.

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 18/04/2017 6:33:11 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE ESTABLE DURANTE EL DIA REFIERE PARESTESIAS EM MSD (MANO/ANTEBRAZO)

Objetivo: Cabeza: normoconfigurada, sin lesiones, sin masas. Mucosas húmedas rosadas, cuello sin masas, estoma de Traqueostomia funcional, escasa secreciones mucoides. Cardiovascular: Tensión arterial 110/75, frecuencia cardiaca100 Ruidos cardiacos rítmicos regulares no presenta soplos. Respiratorio: frecuencia respiratoria 18, saturación de O2 98%, soporte ventilatorio a Traqueostomia modo asisto/control tórax normoexpansivo, Murmullo vesicular presente en todos los campos pulmonares, escasa movilización de secreciones. Abdomen: blando, depresible, sin masas, sin irritación peritoneal, sonda gastrostomia funcional, posicionada, granuloma no sangrante. Extremidades: pulsos periféricos presentes simétricos, llenado capilar 2 segundos, edema en 4 extremidades G I, moviliza miembro superior derecho fuerza 3/5, resto de extremidades 1/5. Sistema nervioso central: alerta, orientado en 3 esferas.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	56x min	FR:	12x min	Temperatura:	36,1°C
	T/A:	126/71	TA Media:	89,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente masculino, de 65 años, con diagnóstico de: POLITRAUMATISMO, TRM FALA VENTILATORIA DEPENDIENTE DE VM CON DOLOR NEUROPATICO ASOCIADO SE INICIA MANEJO ORAL SE ESPERA EVOLUCION, NO OTROS CAMBIOS POR EL MOMENTO.

Plan Manejo: CARBAMAZEPINA 200MG C8H AMITRIPTILINA 50MG C 24H

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 19/04/2017 8:23:02 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente en cama, tranquilo, niegan sintomas en el momento

Objetivo: al examen fisico: consciente, despierto. con traqueostomia funcional con respiracion espontanea, no ventilado. estoma sano, sin granuloma. mucosas humedas, escleras hidratadas. no signos de sirs. normocefalo. no adenopatias. ni masas. Campos pulmonares ,no soplos. ritmos cardiacos ritmicos. campos bien ventilados, no sobreagregados. Murmullo vesicular limpio. abdomen blando, depresible, no doloroso, no masas. baton gastrico sin signos de infeccion. genitourinario: diuresis espontanea. Extremidades fuerza muscular +/++++. Sistemas nervioso

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	115/62	TA Media:	79,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: paciente clinicamente estable, sin deterioro de comorbilidades, no signos de sobreinfeccion no modificacion en el manejo

Plan Manejo: 1. igual manejo medico

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 20/04/2017 12:20:45 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE ESTABLE, CON MEJORIA DEL DOLOR EN MSS, DIURESIS POR CATETERISMO INTERMITENTE.

Objetivo: CABEZA: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES, SIN MASAS, MUCOSAS HÚMEDAS ROSADAS, CUELLO SIN MASAS, ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL, ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: TENSION ARTERIAL 110/75, FRECUENCIA CARDIACA100 RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: FRECUENCIA RESPIRATORIA 18, SATURACIÓN DE O2 98%, SOPORTE VENTILATORIO A TRAQUEOSTOMIA MODO ASISTO/CONTROL TORAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, ESCASA MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN IRRITACION PERITONEAL, SONDA GASTROSTOMÍA FUNCIONAL, POSICIONADA, GRANULOMA NO SANGRANTE. EXTREMIDADES: PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G I, MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5, RESTO DE EXTREMIDADES 1/5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	61x min	FR:	12x min	Temperatura:	36,6°C
	T/A:	119/81	TA Media:	93,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE MASCULINO, DE 65 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO DE: POLITRAUMATISMO,TRM. FALLA VENTILATORIA DEPENDIENTE DE VM, EVOLUCION ESTACIONARIA. SE ESPERA RX SOLICITADA POR FISIATRIA PARA ESTABLECER PLAN DE REHABILITACION. POR EL MOMENTO NO SE HACEN CAMBIOS.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 21/04/2017 1:12:23 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: EVOLUCION REALIZADA POR DRA MARY PUIN IDX: POLITRAUMATISMO- TRAUMA RAQUIMEDULAR (C6-712,)CHOQUE MEDULAR - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA - DISFAGIA SEVERA - INCONTINENCIA MIXTA SEVERA

Objetivo: SEMISENTADO EN CAMA, CON PTOSIS DE PARPADO DERECHO, MUCOSAS ROSADAS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TRAQUEOSTOMIA CONECTADA A VENTILADOR, NO ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR, RS, CS, RS, PULMONES BIEN VENTILADOS, NO AGREGADOS, ABDOMEN CON PERISTALSIS POSITIVA, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR, NO MASAS, CON GASTROSTOMIA FUNCIONAL, CON EDEMA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, CON MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON POSICION DE EXTENCION DE BRAZO HACIA LATERAL Y FLEXION DE CODO, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS, LLENADO CAP MENOR DE 3 SEG, CON SENSIBILIDAD CONSERVADA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, CON PAÑAL, FUERZA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO DE 2/5, RESTO 1/5. SO2:98%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	89x min	FR:	16x min	Temperatura:	36,3°C
	T/A:	130/82	TA Media:	98		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS YA CONOCIDOS, CON LIGERO AUMENTO DE FUERZA MUSCULAR EN MIEMBRO SUPERIOR DRECHO, CON RESPECTO A LAS DEMAS, NO OTRO CAMBIO, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE DESCOMPENSACION, ESTABLE

12

122

Plan Manejo: CONTINUA IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 22/04/2017 9:00:17 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: NOMBRE RODRIGO VALENCIA EDAD 65 AÑOS DX POLITRAUMATISMO, TRM C6-T12, CHOQUE MEDULAR, NEUMONÍA RESUELTA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA DEPENDIENTE DE VENTILACIÓN MECÁNICA, DISFAGIA SEVERA INCONTINENCIA MIXTA SEVERA PACIENTE Q PASA BUENA NOCHE TRANQUILO SIN PROBLEMAS DE DISESTRES RESPIRATORIO SIN FIEBRE - SIN SIGNOS DE FIEBRE TOLERNADO DECUBITO SIN DETERIORO --

Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE ALERTA AFEBRIL SIN SIRS SIN SIGNOS DE DIESTRES RESPIRATORIO AGUDO SIN DETERIORO- HEMODINAMICAMENTE ESTAVBLE TRANQUILO NORMOCEFALO NO DOLOROSOS A LA PRESIÓN - SIN CICATRICES MAYORES - PUPILAS REACTIVAS ESCLERAS ACNITERICAS MUCOAS HIDRTADAS PUPILAS REACTIVAS - NARIZ SIN DESVIACION SIN HIPERTROFIA DE CORNETES SIN SECRECIONES - CUELLO CON TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL ACOPLADA A VENTILADOR SIN PROBLEMAS - SIN INGURGITACION SIN SOPLOS SIN MASAS -- CON PABELLON AURICULAR SIN ANORMALIDADES SIN LACERACIONES - CON RSCSRS SIN SOPLOS SIN DESDOBLAR SIN GALOPE -- CON MV ++ SIN AGREGADOS CAMPOS BIEN VENTUILADOS - CON ABDOMEN BD NO MASAS NI MEGALIAS PERISLTIASMO-+++ SIN DOLOR CON GASTROSTOMIA FUNCIOANL - CON EXT MOVILES PULSOSOS +++ SIN ANORMALIDADES SIN EDEMAS -- SNC POSTRACION PROLOGADA DEFICIT DE BASE --

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	71x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	116/75	TA Media:	88,66		

Sistema de Ventilacion:

Analisis: PCTE CON DX ESTUIPULADOS POSTRADOS POR SU CUADRO CLINICO CONDICON TIPO SOAT CON SECUELAS DE TCE SEVERO -- ACOPLADO A SU VENTILADOR SIN SIRS SIN DETERIOR SIN CAMBIOS EN SU ESTADO NEURONAL EVOLUCION ESTACIONARIA " -- AUN TIENE PTE P/CULTIVO SOT//CONTROL RMN NEUROOX EN 1MES-- HACE 2 DIAS INCIARON DOSIS DE CARBAMAZEPINA POR CUADRO DE DOLOR NERUPATICO --- INCIARON CZRBAMAZEPINA CON MEJORIA DE CUADRO PERO DESDE EL DIA DE AYER EN LA NOCHE CON CUADROS DE PICOS FEBRILES DE 38 37.5 -- SE A MANTENIDO CON DOIS DE ACETAMINOFEN Y MEDIOS FISICOS INCLUSO CON DIOPIRONA IV --- SE DECIDE CONTINUAR VIGILANCIOA CLINICA SI ES NESESARIO ESPERAR A VER SI SE INCIA ATB

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 23/04/2017 10:52:15 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: EVOLUCION REALIZADA POR DRA MARY PUIN.. PACIENTE CON SECUELAS DE POLITRAUMATISMO - TRAUMA RAQUIMEDULAR - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SECUNDARIA, - DISFAGIA SEVERA - INCONTINENCIA MIXTA SEVERA

Objetivo: PACIENTE ACOSTADO EN CAMA, EN POSICION SEMIFOWLER, DESPIERTO, COLABORADORA, PUPILAS IZQUIERDA NORMOREACTIVA, DERECHA CON OPACIDAD EN CRISTALINO, AREACTIVA, MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TRAQUEOSTOMIA CONECTADA A VENTILADOR, NO INGURGITACION YUGULAR, RS, CS, RS, PULMONES BIEN VENTILADOS, NO AGREGADOS, TORAX NORMOEXPANSIBLE, ABDOMEN: PERISTALSIS POSITIVA, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR, NO MASAS, SONDA DE GASTROSTOMIA FUNCIONAL, NO SIGNOS DE INFECCION, CON PAÑAL, EXTREMIDADES CON PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS, LLENADO CAP MENOR DE 3 SEG, EDEMA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, MOVILIDAD SIN SOBREPASAR GRAVEDAD A NIVEL DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO IGUAL QUE SUPERIOR, CON POSICION DE EXTENSION LATERAL DE HOMBRO DERECHO Y FLEXION DE CODO PERMANENTE EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, SO2: 98 %

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	55x min	FR:	16x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	111/70	TA Media:	83,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE SIN SIGNOS DE DESCOMPENSACION EN EL MOMENTO, ESTABLE, PENDIENTE TOMA DE CULTIVO DE SOT YA ORDENADO,

Plan Manejo: CONTINUA CON IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 24/04/2017 12:42:36 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: NOMBRE RODRIGO VALENCIA EDAD 65 AÑOS DX POLITRAUMATISMO, TRM C6-T12, CHOQUE MEDULAR, NEUMONÍA RESUELTA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA DEPENDIENTE DE VENTILACIÓN MECÁNICA, DISFAGIA SEVERA INCONTINENCIA MIXTA SEVERA PACIENTE Q PASA BUENA NOCHE TRANQUILO SIN PROBLEMAS DE DISESTRES RESPIRATORIO SIN FIEBRE - SIN SIGNOS DE FIEBRE TOLERNADO DECUBITO SIN DETERIORO --

Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE ALERTA AFEBRIL SIN SIRS SIN SIGNOS DE DIESTRES RESPIRATORIO AGUDO SIN DETERIORO- HEMODINAMICAMENTE ESTAVBLE TRANQUILO NORMOCEFALO NO DOLOROSOS A LA PRESION - SIN CICATRICES MAYORES - PUPILAS REACTIVAS ESCLERAS ACNITERICAS MUCOAS HIDRTADAS PUPILAS REACTIVAS - NARIZ SIN DESVIACION SIN HIPERTROFIA DE CORNETES SIN SECRECIONES - CUELLO CON TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL ACOPLADA A VENTILADOR SIN PROBLEMAS - SIN INGURGITACION SIN SOPLOS SIN MASAS -- CON PABELLON AURICULAR SIN ANORMALIDADES SIN LACERACIONES - CON RSCSRS SIN SOPLOS SIN DESDOBLAR SIN GALOPE – CON MV ++ SIN AGREGADOS CAMPOS BIEN VENTUILADOS - CON ABDOMEN BD NO MASAS NI MEGALIAS PERISLTIASMO-+++ SIN DOLOR CON GASTROSTOMIA FUNCIOANL - CON EXT MOVILES PULSOSOS +++ SIN ANORMALIDADES SIN EDEMAS -- SNC POSTRACION PROLOGADA DEFICIT DE BASE --

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	75x min	FR:	22x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	117/80	TA Media:	92.33		

Sistema de Ventilacion:

Analisis: PCTE CON DX ESTUIPULADOS POSTRADOS POR SU CUADRO CLINICO CONDICON TIPO SOAT CON SEGUELAS DE TCE SEVERO -- ACOPLADO A SU VENTILADOR SIN SIRS SIN DETERIOR SIN CAMBIOS EN SU ESTADO NEURONAL EVOLUCION ESTACIONARIA ' -- AUN TIENE PTE CULTIVOS SOCILITADOS EL FUIN DE SEMNANA - POR SECRECIONES VERDODAS VISCOSAS Y PICOS FEBRICULARES PRESENTADOS //CONTROL RMN NEUROOX EN 1MES

Plan Manejo: IGUAL MANEJI

Fecha	Profesional	Observacion
24/04/2017 12:50:28 PM	Gloria Johanna Garcia Blandon	- NOTA DE TURNO- SE SOLICITA NUEVO REPROTE DE CULTIVO DE SECRECION OROTRAQUEAL YA QUE EL ANTERIOR SU RESULTADO NO ES CONFIABLE POR SOLO OBTENERSE 8MIL YUNIDADES FORMADORAS DE COLONIAS Y NO 100MIL PARA INDICAR HALLAZGO COMO SIGNIFICATIVO, CONTINUAR CON RESTO DE MANEJO IGUAL

EVOLUCIÓN DIARIA: 25/04/2017 11:22:24 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: EVOLUCION REALIZADA POR DRA MARY PUIN..... PACIENTE CON SECUELAS DE TRAUMA RAQUIMEDULAR SECUNDARIOA A ACCIDENTE DE TRANSITO - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SECUNDARIA - DISFAGIA SEVERA SECUNDARIA - INCONTINENCIA MIXTA SEVERA SEC..... PERSONAL DE ENFERMERIA Y MEDICO NO ME INFORMAN NOVEDAD CON EL PACIENTE, NO SIGNOLOGIA O SINTOMATOLOGIA ESPECIAL

Objetivo: PACIENTE ACOSTADO EN CAMA, DESPIERTO, CONCIENTE, ORIENTADO, COLABORADOR, OBEDECE ORDENES, CONNECTA CON EL EXAMINADOR, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON PTOSIS PARPADO SUPERIOR DERECHO, CON OPACIDAD EN CRISTALINA, ESCASA REACTIVIDAD PUPILAR, PUPILA IZQUIERDA NORMOREACTIVA, MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, CON TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL, CONECTADA A VENTILADOR, RS CS RS, PULMONES BIEN VENTILADOS, NO AGREGADOS, TORAX NORMOEXPANSIBLE, ABDOMEN: PERISTALSIS POSITIVA, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR, NO MASAS, CON GASTROSTOMIA FUNCIONAL, NO SIGNOS DE INFECCION, CON PAÑAL, NO EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES, EDEMA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, EDEMA EN MANO IZQUIERDO, SO2: 99 %

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	67x min	FR:	12x min	Temperatura:	37.4°C
	T/A:	122/80	TA Media:	94		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE BASE CONOCIDOS, CON EVOLUCION ESTACIONARIA DE SU CUADRO CLINICO, EN EL MOMENTO ESTABLE, NO SIGNOS DE DESCOMPENSACION.

Plan Manejo: CONTIUA IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion
25/04/2017 06:00:57 PM	Francisco Ignacio Vela	JEFE DE ENFERMERIA ME INFORMA QUE PACIENTE HACE 5 DIAS NO DEFECA, FLATOS POSITIVOS. AL EXAMEN FISICO: ABDOMEN CON PERISTALSIS POSITIVA, NORMAL, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR, NO MASAS, . CONSIDERO REALIZACION DE ENEMA EVACUANTE GLICERINADO AHORA.

EVOLUCIÓN DIARIA: 26/04/2017 12:21:16 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: NOMBRE RODRIGO VALENCIA EDAD 65 AÑOS DX POLITRALIMATISMO, TRM C6-T12, CHOQUE MEDULAR, NEUMONÍA RESUELTA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA DEPENDIENTE DE VENTILACION MECÁNICA, DISFAGIA SEVERA INCONTINENCIA MIXTA SEVERA PACIENTE Q PASA BUENA NOCHE TRANQUILO SIN PROBLEMAS DE DISESTRES RESPIRATORIO SIN FIEBRE - SIN SIGNOS DE FIEBRE TOLERNADO DECUBITO SIN DETERIORO --

Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE ALERTA AFEBRIL SIN SIRS SIN SIGNOS DE DIESTRES RESPIRATORIO AGUDO SIN DETERIORO- HEMODINAMICAMENTE ESTAVBLE TRANQUILO NORMOCEFALO NO DOLOROSOS A LA PRESION - SIN CICATRICES MAYORES - PUPILAS REACTIVAS ESCLERAS ACNITERICAS MUCOAS HIDRTADAS PUPILAS REACTIVAS - NARIZ SIN DESVIACION SIN HIPERTROFIA DE CORNETES SIN SECRECIONES - CUELLO CON TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL ACOPLADA A VENTILADOR SIN PROBLEMAS - SIN INGURGITACION SIN SOPLOS SIN MASAS -- CON PABELLON AURICULAR SIN ANORMALIDADES SIN LACERACIONES - CON RSCSRS SIN SOPLOS SIN DESDOBLAR SIN GALOPE – CON MV ++ SIN AGREGADOS CAMPOS BIEN VENTUILADOS - CON ABDOMEN BD NO MASAS NI MEGALIAS PERISLTIASMO-+++ SIN DOLOR CON GASTROSTOMIA FUNCIOANL - CON EXT MOVILES PULSOSOS +++ SIN ANORMALIDADES SIN EDEMAS -- SNC POSTRACION PROLOGADA DEFICIT DE BASE --

121

124

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C	
	T/A:	116/70	TA Media:	85.33			

Sistema de Ventilacion:

Analisis: PCTE CON DX ESTIPULADOS POSTRADOS POR SU CUADRO CLINICO CONDICON TIPO SOAT CON SECUELAS DE TCE SEVERO -- ACOPLADO A SU VENTILADOR SIN SIRS SIN DETERIOR SIN CAMBIOS EN SU ESTADO NEURONAL EVOLUCION ESTACIONARIA * -- AUN TIENE PTE CULTIVOS SOCILITADOS EL FUIN DE SEMNANA - POR SECRECIONES VERDODAS VISCOSAS Y PICOS FEBRICULARES PRESENTADOS //CONTROL RMN NEUROQX EN 1MES

Plan Manejo: IGUAL

Fecha	Profesional	Observacion
26/04/2017 10:00:59 AM	Juliana Marcela Vasquez	se comenta paciente en revista con Dr Diaz Internista quien considera paciente sin nuevos picos febriles en el momento no infeccion activa se espera evolucion para definir inicio ATB, se solicita control RMN columna total se entrega orden al familiar.
26/04/2017 06:08:33 PM	Juliana Marcela Vasquez	SALE A TOMA RX COLUMNA SIMPLE ENTREGAN REPORTE EL VIERNES, NO SE VISUALIZA APLASTAMIENTO DESPLAAMIENTO O RX DE CUERPOS VERTEBRALES.APARENTE FISURA COSTILLAS 8-9 EN CONSOLIDAION.
26/04/2017 08:54:12 PM	Francisco Ignacio Vela	REPORTE DE CULTIVO DE SECRECION OROTRAQUEAL: PSEUDOMONA AERUGINOSA: MULTISENSIBLE. (

EVOLUCIÓN DIARIA: 27/04/2017 12:56:33 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: EVOLUCION REALIZADA POR DRA MARY PUIN.... PACIENTE CON TRAUMA RAQUIMEDULAR SECUNDARIOA A ACCIDENTE DE TRANSITO, CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SECUNDARIA - VENTILACION MECANICA - DISFAGIA SEVERA SECUNDARIA - INCONTINENCIA MIXTA,, LABORATORIO 26 ABRIL/17: CULTIVO DE SECRECION OROTRAQUEAL: PSEUDOMONA AERUGINOSA MULTISENSIBLE

Objetivo: PACIENTE SEMISENTADO EN CAMA, CONCIENTE, DESPIERTO, CONECTA CON EXAMINADOR. APERTURA OCULAR EXPONTANEA, CON MENOS APERTURA DE OJO DERECHO, PUPILA IZQUIERDO NORMOREACTIVA, PUPILA DERECHA, NO REACTIVA, OPACIDAD DE CRISTALINO MARCADA, MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL, NO SECRECIONES, CONECTADA A VENTILADOR MECANICO, NO INGURGITACION YUGULAR, NO ADENOPATIAS, RS, CS, RS, PULMONES BIEN VENTILADOS, NO AGREGADOS, TORAX NORMOEXPANSIBLE, ABDOMEN: PERISTALSIS POSITIVA, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR, NO MASAS, CON GASTROSTOMIA FUNCIONAL, NO SIGNOS DE INFECCION, EXTREMIDADES: MSD: EDEMA, EDEMA EN MANO IZQUIERDA, NO EDEMAS EN MIEMBROS INFERIORES, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS, LLENADO CAP MENOR DE 3 SEG, SO2: 99%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	57x min	FR:	14x min	Temperatura:	37°C	
	T/A:	125/81	TA Media:	95.66			

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS CONOCIDOS, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE DESCOMPENSACION, ESTABLE, CON CULTIVO DE TRAQUEOSTOMIA QUE MUESTRA PSEUDOMONA, PERO EN EL MOMENTO PACIENTE SIN FIEBRE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SE CONSIDERA PACIENTE CURSA CON UNA COLONIZACION.

Plan Manejo: CONTINUAR IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion
27/04/2017 09:39:43 AM	Juan Fernando Ospina Angulo	PCTE EL DIOA DE YAER LLEGARON REPORTES DE CULTIVOS CON PSEUDOMIONA MULTISENCIBLE AL APRECER COLONIZACION POR LO QUE CON INTERNISTA DR DIAZ NO SE DECIDO INICAR POR AHORA ANTIBIOTICO ALGUNO --- TIENE AUN PEDIENTE RMN DE COLUMNA ORDENADA POR MED INTERNA --- POR CUADRO DE MAS DE 5 DIAS DE NO REALIZACION DE DEPCICONES SE SUSPENDIO LA LOPERAMIDA P-- SE REALIZO TACTO REACTLA PARA EVALUAR SI HABIA IMPACTACION O NO PERO NO SE LOGRA EVIDENCIQAR -- SE ESTIMULA ESFINTER ANAL CON DEPCICONES POSTERIORES LIQUIDAS TRANSPARENTES -- PORCESO DIARREICO NO INFECCIOSOS SI NO POR MALA ABBSORCIO NUTRICONAL DE BVELOCCIDADES INTESTINALES --- SE INDICA DEJAR CON DOSIS DE ENTEROGERMINE AUMENTADA A 1 AMPOLLA CADA 12 HRAS POR SGT
27/04/2017 11:19:32 AM	Juan Fernando Ospina Angulo	LLEGA REPORTE DE RX TOMADAS EN CLINICA AMIGA EL DIA DE AYER --- RX DE COLUMNA DORSOLUMBA Y TORAXICA POSTERIOR PARA DEASCARTAR PROCESO DE FX --- EN EL CUAL NO SE LOGRA EVIDENCIAR SIGNOS DE FX,--- PERO SE LOGRA EVIDENCIAR CLAROS SIGNOS RADILOGICOS DE PSEUSOBSTRUCCION INTESTINAL CON MODENAS APIÑONADAS EDEMA INTERASAS --- SIN NIVLES HIDROAEREOS SIN GAS DISTAL --- PERO DICHOS HALLASGOS CORRESPONDEN A CLINICA DE CONTIPACION DEL APCEINTE --- EN EL MOMENTO SIN EMESISI SIN FIEBRE CON PARACLINICOS SIN SIRS --- INDICO CONTINUDAD DL MISMO MANEJO Y ESPERAR REALIZACION DE DEPOCICON

EVOLUCIÓN DIARIA: 28/04/2017 12:57:18 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: NOMBRE RODRIGO VALENCIA EDAD 65 AÑOS DX POLITRAUMATISMO, TRM C6-T12, CHOQUE MEDULAR, NEUMONÍA RESUELTA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA DEPENDIENTE DE VENTILACIÓN MECÁNICA, DISFAGIA SEVERA INCONTINENCIA MIXTA SEVERA PACIENTE Q PASA BUENA NOCHE TRANQUILO SIN PROBLEMAS DE DISESTRES RESPIRATORIO SIN FIEBRE - SIN SIGNOS DE FIEBRE TOLERNADO DECUBITO SIN DETERIORO --

Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE ALERTA AFEBRIL SIN SIRS SIN SIGNOS DE DIESTRES RESPIRATORIO AGUDO SIN DETERIORO- HEMODINAMICAMENTE ESTAVBLE TRANQUILO NORMOCEFALO NO DOLOROSOS A LA PRESION - SIN CICATRICES MAYORES - PUPILAS REACTIVAS ESCLERAS ACNITERICAS MUCOAS HIDRTADAS PUPILAS REACTIVAS - NARIZ SIN DESVIACION SIN HIPERTROFIA DE CORNETES SIN SECRECIONES - CUELLO CON

TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL ACOPLADA A VENTILADOR SIN PROBLEMAS - SIN INGURGITACION SIN SOPLOS SIN MASAS -- CON PABELLON AURICULAR SIN ANORMALIDADES SIN LACERACIONES - CON RSCSRS SIN SOPLOS SIN DESDOBLAR SIN GALOPE – CON MV ++ SIN AGREGADOS CAMPOS BIEN VENTUILADOS - CON ABDOMEN BD NO MASAS NI MEGALIAS PERISLTIASMO-+++ SIN DOLOR CON GASTROSTOMIA FUNCIOANL - CON EXT MOVILES PULSOSOS +++ SIN ANORMALIDADES SIN EDEMAS -- SNC POSTRACION PROLOGADA DEFICIT DE BASE --

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	22x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	136/80	TA Media:	98.66		

Sistema de Ventilacion:

Analisis: PCTE CON DX ESTUIPULADOS POSTRADOS POR SU CUADRO CLINICO CONDICON TIPO SOAT CON SECUELAS DE TCE SEVERO -- ACOPLADO A SU VENTILADOR SIN SIRS SIN DETERIOR SIN CAMBIOS EN SU ESTADO NEURONAL EVOLUCION ESTACIONARIA " -- LLEGARON REPORTES DE CULTIVO SOT P. A MULTISENSIBLE NO CONFIABLE POR LO QUE LE DR DIAZ INTERNISTA DEFINIO NOP INCIO DE ANTIBOTICO //Y ASI MISMO DECIDIO CONTROL RMN NEUROCX EN 1MES// POR CUADRO DE ESTREÑIMIENTO DE MAS DE 5 DIAS SE SUSPEONE LOPERAMIDA --EL DIA DE HOY LLEGARON REPORTES DE RX TOMADAS AMBUALTORIAMENTE EN CONFANDI CLINICA AMIGA PARA DESCARTAR FX DE CUERPOS VERTEBRALES LOS CUALES NO MOSTRBAN FX ALGUNA ,,, PERO CONFIRMABAN ACUMULO DE MATERIA DFECAL MONEDAS APIÑONADAS -- POR TODO LO ANTERIOR SE ESTIMULA TR CON DEPCION LIQUIDA TRANPARENTE DIARREA NO INFECCIOSA -- SE DEJA CUADRO DE DX POR MALA ABSORCION DE VELLOCIDADES -- SE INDICA AUMENTO DE DOSIS DE ENTEROGERMINE CADA 12 HRAS

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observación
28/04/2017 05:51:36 PM	Gloria Johanna Garcia Blandon	Nota de turno---- paciente con dx mendiconados a quien se encuentra lesion en region axilar derecha descamativa en zona de pliegue y sudoracion se ordena administracion de ketotrimazol tpico 3 veces al dia x 1 semana y segun evolucion definir continuidad o suspension de orden medica, resto de manejo igual

EVOLUCIÓN DIARIA: 29/04/2017 1:01:13 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: NOMBRE RODRIGO VALENCIA EDAD 65 AÑOS DX POLITRAUMATISMO. TRM C6-T12, CHOQUE MEDULAR, NEUMONÍA RESUELTA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA DEPENDIENTE DE VENTILACIÓN MECÁNICA, DISFAGIA SEVERA INCONTINENCIA MIXTA SEVERA PACIENTE O PASA BUENA NOCHE TRANQUILO SIN PROBLEMAS DE DISESTRES RESPIRATORIO SIN FIEBRE - SIN SIGNOS DE FIEBRE TOLERNADO DECUBITO SIN DETERIORO --

Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE ALERTA AFEBRIL SIN SIRS SIN SIGNOS DE DIESTRES RESPIRATORIO AGUDO SIN DETERIORO- HEMODINAMICAMENTE ESTAVBLE TRANQUILO NORMOCEFALO NO DOLOROSOS A LA PRESION - SIN CICATRICES MAYORES - PUPILAS REACTIVAS ESCLERAS ACNITERICAS MUCOAS HIDRTADAS PUPILAS REACTIVAS - NARIZ SIN DESVIACION SIN HIPERTROFIA DE CORNETES SIN SECRECIONES - CUELLO CON TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL ACOPLADA A VENTILADOR SIN PROBLEMAS - SIN INGURGITACION SIN SOPLOS SIN MASAS -- CON PABELLON AURICULAR SIN ANORMALIDADES SIN LACERACIONES - CON RSCSRS SIN SOPLOS SIN DESDOBLAR SIN GALOPE – CON MV ++ SIN AGREGADOS CAMPOS BIEN VENTUILADOS - CON ABDOMEN BD NO MASAS NI MEGALIAS PERISLTIASMO-+++ SIN DOLOR CON GASTROSTOMIA FUNCIOANL - CON EXT MOVILES PULSOSOS +++ SIN ANORMALIDADES SIN EDEMAS -- SNC POSTRACION PROLOGADA DEFICIT DE BASE --

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	75x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	115/70	TA Media:	85		

Sistema de Ventilacion:

Analisis: PCTE CON DX ESTUIPULADOS POSTRADOS POR SU CUADRO CLINICO CONDICON TIPO SOAT CON SECUELAS DE TCE SEVERO -- ACOPLADO A SU VENTILADOR SIN SIRS SIN DETERIOR SIN CAMBIOS EN SU ESTADO NEURONAL EVOLUCION ESTACIONARIA " -- LLEGARON REPORTES DE CULTIVO SOT P. A MULTISENSIBLE NO CONFIABLE POR LO QUE LE DR DIAZ INTERNISTA DEFINIO NOP INCIO DE ANTIBOTICO //Y ASI MISMO DECIDIO CONTROL RMN NEUROCX EN 1MES// POR CUADRO DE ESTREÑIMIENTO DE MAS DE 5 DIAS SE SUSPEONE LOPERAMIDA --EL DIA DE HOY LLEGARON REPORTES DE RX TOMADAS AMBUALTORIAMENTE EN CONFANDI CLINICA AMIGA PARA DESCARTAR FX DE CUERPOS VERTEBRALES LOS CUALES NO MOSTRBAN FX ALGUNA ,,, PERO CONFIRMABAN ACUMULO DE MATERIA DFECAL MONEDAS APIÑONADAS -- POR TODO LO ANTERIOR SE ESTIMULA TR CON DEPCION LIQUIDA TRANPARENTE DIARREA NO INFECCIOSA -- SE DEJA CUADRO DE DX POR MALA ABSORCION DE VELLOCIDADES -- SE INDICA AUMENTO DE DOSIS DE ENTEROGERMINE CADA 12 HRAS

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 30/04/2017 4:16:30 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE ESTABLE ASINTOMATICO,TOLERA TTO.DIURESIS EN PAÑAL DEPOSICION AUSENTE

Objetivo: MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, CUELLO SIN MASAS, ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL, ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: TENSION ARTERIAL 110/75, FRECUENCIA CARDIACA100 RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: FRECUENCIA RESPIRATORIA 18, SATURACIÓN DE O2 98%, SOPORTE VENTILATORIO A TRAQUEOSTOMIA MODO ASISTO/CONTROL TORAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, ESCASA MOVILIZACION DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN IRRITACION PERITONEAL, SONDA GASTROSTOMÍA FUNCIONAL, POSICIONADA, GRANULOMA NO SANGRANTE. EXTREMIDADES: PULSOS PERIFERICOS PRESENTES SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G I, MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5, RESTO DE EXTREMIDADES 1/5, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.

521

126

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	63x min	FR:	12x min	Temperatura:	36,1°C
	T/A:	140/75	TA Media:	96,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente masculino, de 65 años, con diagnóstico de: POLITRAUMATISMO, TRM CERVICAL. DEPENDIENTE DE VM. SE INICIA MANEJO CON INCENTIVO POR PARTE DE TR PARA REHABILITACION PUES NO LOGRA MANTENER EN ESPONTANEO.CUADRO DE ESTREÑIMIENTO ASOCIADO NO MEJORIA CON BISACODILO SE INICIA HIDROXIDO DE ALUMINIO SE ORDENA ENEMA TRAVAT 1000ML AHORA, VIGILAR EVOLUCION

Plan Manejo: TRAVAT 1000 ENEMA AHORA

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 01/05/2017 3:50:50 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE ESTABLE, NIEGA SINTOMAS. EN COMPAÑIA DE FAMILIAR QUIEN REFIERE EDEMA EN MSD.DIURESIS POR CATETERISMO INTERMITENTE SIN ALTERACION, DEPOSICIONES AUSENTES.

Objetivo: MUCOSAS HÚMEDAS ROSADAS, CUELLO SIN MASAS, ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL, ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: TENSIÓN ARTERIAL 110/75, FRECUENCIA CARDIACA100 RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: FRECUENCIA RESPIRATORIA 18, SATURACIÓN DE O2 98%, SOPORTE VENTILATORIO A TRAQUEOSTOMIA MODO ASISTO/CONTROL TORAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, ESCASA MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE. SIN MASAS, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL, SONDA GASTROSTOMÍA DISFUNCIONAL, POSICIONADA, GRANULOMA NO SANGRANTE. EXTREMIDADES: PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES SIMÉTRICOS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES PREDOMINIO MSD EXTREMIDADES 1/5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	12x min	Temperatura:	36,2°C
	T/A:	110/70	TA Media:	83,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON DX DE POLITRAUMATISMO, TRM C6, FALLA VENTILATORIA DEPENDIENTE DE VM, DISFAGIA SEVERA, CON EDEMA MODERADO MSD SE EXPLICA POSICIONAMIENTO ADECUADO, ELEVACION.JEFE DE ENFERMERIA REPORTA SGT DISFUNCIONAL POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION PRIORITARIA POR GASTROENTEROLOGIA PARA CAMBIO DE SONDA.

Plan Manejo: VAL PRIORITARIA GASTROENTEROLOGIA PARA CAMBIO DE SONDA ELEVACION MSD VIGILAR EDEMA

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 02/05/2017 1:13:31 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: NOMBRE RODRIGO VALENCIA EDAD 65 AÑOS DX POLITRAUMATISMO, TRM C6-T12, CHOQUE MEDULAR, NEUMONÍA RESUELTA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA DEPENDIENTE DE VENTILACIÓN MECÁNICA, DISFAGIA SEVERA INCONTINENCIA MIXTA SEVERA PACIENTE Q PASA BUENA NOCHE TRANQUILO SIN PROBLEMAS DE DISESTRES RESPIRATORIO SIN FIEBRE - SIN SIGNOS DE FIEBRE TOLERNADO DECUBITO SIN DETERIORO --

Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE ALERTA AFEBRIL SIN SIRS SIN SIGNOS DE DIESTRES RESPIRATORIO AGUDO SIN DETERIORO- HEMODINAMICAMENTE ESTAVBLE TRANQUILO NORMOCEFALO NO DOLOROSOS A LA PRESION - SIN CICATRICES MAYORES - PUPILAS REACTIVAS ESCLERAS ACNITERICAS MUCOAS HIDRTADAS PUPILAS REACTIVAS - NARIZ SIN DESVIACION SIN HIPERTROFIA DE CORNETES SIN SECRECIONES - CUELLO CON TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL ACOPLADA A VENTILADOR SIN PROBLEMAS - SIN INGURGITACION SIN SOPLOS SIN MASAS -- CON PABELLON AURICULAR SIN ANORMALIDADES SIN LACERACIONES - CON RSCSRS SIN SOPLOS SIN DESDOBLAR SIN GALOPE -- CON MV ++ SIN AGREGADOS CAMPOS BIEN VENTUILADOS - CON ABDOMEN BD NO MASAS NI MEGALIAS PERISLTIASMO-+++ SIN DOLOR CON GASTROSTOMIA FUNCIOANL - CON EXT MOVILES PULSOSOS +++ SIN ANORMALIDADES SIN EDEMAS -- SNC POSTRACION PROLOGADA DEFICIT DE BASE --

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	68x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	117/85	TA Media:	95,66		

Sistema de Ventilacion:

Analisis: PCTE CON DX ESTUIPULADOS POSTRADOS POR SU CUADRO CLINICO CONDICON TIPO SOAT CON SECUELAS DE TCE SEVERO -- ACOPLADO A SU VENTILADOR SIN SIRS SIN DETERIOR SIN CAMBIOS EN SU ESTADO NEURONAL EVOLUCION ESTACIONARIA * -- LLEGARON REPORTES DE CULTIVO SOT P. A MULTISENSIBLE NO CONFIABLE POR LO QUE LE DR DIAZ INTERNISTA DEFINIO NOP INCIO DE ANTIBOTICO //Y ASI MISMO DECIDIO CONTROL RMN NEUROQX EN 1MES// POR CUADRO DE ESTREÑIMIENTO DE MAS DE 5 DIAS SE SUSPEDNE LOPERAMIDA TIENE DOSIS DE ENTEROGERMINE AUMENTADA A CADA 12 HRAS

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

02/05/2017 04:50:33 PM	Juliana Marcela Vasquez	REPORTE DE RADIOGRAFIA COLUMNA DORSOLUMBAR 28/04/17 CAMBIOS POR ESPONDILOARTROPATIA DEGENERATIVA DE LA COLUMNA TORACICA Y LUMBAR PROBABLE DISCOPATIA T12 - L1 // L5 - S1

EVOLUCIÓN DIARIA: 03/05/2017 2:49:23 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA -Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: NOMBRE RODRIGO VALENCIA EDAD 65 AÑOS DX POLITRAUMATISMO, TRM C6-T12, CHOQUE MEDULAR, NEUMONÍA RESUELTA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA DEPENDIENTE DE VENTILACIÓN MECÁNICA, DISFAGIA SEVERA INCONTINENCIA MIXTA SEVERA PACIENTE Q PASA BUENA NOCHE TRANQUILO SIN PROBLEMAS DE DISESTRES RESPIRATORIO SIN FIEBRE - SIN SIGNOS DE FIEBRE TOLERNADO DECUBITO SIN DETERIORO --

Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE ALERTA AFEBRIL SIN SIRS SIN SIGNOS DE DIESTRES RESPIRATORIO AGUDO SIN DETERIORO- HEMODINAMICAMENTE ESTAVBLE TRANQUILO NORMOCEFALO NO DOLOROSOS A LA PRESION - SIN CICATRICES MAYORES - PUPILAS REACTIVAS ESCLERAS ACNITERICAS MUCOAS HIDRTADAS PUPILAS REACTIVAS - NARIZ SIN DESVIACION SIN HIPERTROFIA DE CORNETES SIN SECRECIONES - CUELLO CON TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL ACOPLADA A VENTILADOR SIN PROBLEMAS - SIN INGURGITACION SIN SOPLOS SIN MASAS -- CON PABELLON AURICULAR SIN ANORMALIDADES SIN LACERACIONES - CON RSCSRS SIN SOPLOS SIN DESDOBLAR SIN GALOPE -- CON MV ++ SIN AGREGADOS CAMPOS BIEN VENTUILADOS - CON ABDOMEN BD NO MASAS NI MEGALIAS PERISLTIASMO-+++ SIN DOLOR CON GASTROSTOMIA FUNCIOANL - CON EXT MOVILES PULSOSOS +++ SIN ANORMALIDADES SIN EDEMAS -- SNC POSTRACION PROLOGADA DEFICIT DE BASE --

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	68x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	117/80	TA Media:	92,33		

Sistema de Ventilacion:

Analisis: PCTE CON DX ESTUIPULADOS POSTRADOS POR SU CUADRO CLINICO CONDICON TIPO SOAT CON SECUELAS DE TCE SEVERO -- ACOPLADO A SU VENTILADOR SIN SIRS SIN DETERIOR SIN CAMBIOS EN SU ESTADO NEURONAL EVOLUCION ESTACIONARIA " -- LLEGARON REPORTES DE CULTIVO SOT P. A MULTISENSIBLE NO CONFIABLE POR LO QUE LE DR DIAZ INTERNISTA DEFINIO NOP INCIO DE ANTIBOTICO //Y ASI MISMO DECIDIO CONTROL RMN NEUROQX EN 1MES// MEJORIA DE CUADRO DE ESTREÑIMIENTO CON DEPOCIONES DIARREICAS -- POR LO QUE SE INDICA SUSOPENDER PEG HIDROXIDO DE ALUMINIO Y BISACODILO – SOLO DEJO BISACODILO A NESESIDAD -- INDICO FORMULACION DEL PARCHE DE PARA MANEJO MEDICO DUODERM -

Plan Manejo: IGUAL

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 04/05/2017 9:32:05 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, tranquilo, en terapia activa, sin síntomas referidos

Objetivo: Cardiaco: Ruidos cardiacos rítmicos Pulmonar: Campos pulmonares ventilados, no ruidos sobreagregados. Traqueostomía funcional valvula fonadora Abdomen: Blando depresible, no signos de irritación peritoneal, sonda de gastrostomia permeable, sin cambios inflamatorios asociados. Metabólico: deposiciones presente Renal: Diuresis presente. Infeccioso: no fiebre. Extremidades: llenado capilar menor de 2 segundos. Neurológico: Consciente, alerta, obedece ordenes sencillas

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	76x min	FR:	18x min	Temperatura:	37°C
	T/A:	130/72	TA Media:	91,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SOPORTE HEMODINAMICO. DEPENDIENTE DE VENTILACION MECANICA INVASIVA, BUEN ACOPLE, HIPERSECRETORA, EN MANEJO ESTRICTO POR TERAPIA RESPIRATORIA. ESTACIONARIO NEUROLOGICAMENTE. DIURESIS PRESENTE, SIN ALTERACIONES. NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA

Plan Manejo: 1. IGUAL MANEJO MEDICO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 05/05/2017 4:23:24 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE ESTABLE TRANQUILO, ASINTOMÁTICO EN EL MOMENTO. DIURESIS Y DEPOSICION EN PAÑAL.

621

128

Objetivo: CABEZA: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES. SIN MASAS. MUCOSAS HÚMEDAS ROSADAS,SNG FUNCIONAL CORTA, CUELLO SIN MASAS, ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL, ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: TENSIÓN ARTERIAL 110/75, FRECUENCIA CARDIACA100 RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: FRECUENCIA RESPIRATORIA 18, SATURACION DE 02 98%, SOPORTE VENTILATORIO A TRAQUEOSTOMIA MODO ASISTO/CONTROL TORAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, ESCASA MOVILIZACION DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL, SONDA GASTROSTOMÍA DISFUNCIONAL TOTAL POSICIONADA, GRANULOMA NO SANGRANTE. EXTREMIDADES: PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES SIMÉTRICOS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G I, MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5, RESTO DE EXTREMIDADES 1/5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	64x min	FR:	12x min	Temperatura:	34ºC
	T/A:	130/81	TA Media:	97,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON DX POLITRAUMATISMO, TRM C6, CON FALLA VENTILATORIA DEPENDIENTE DE VM, DISFAGIA SEVERA CON SGT COMO UNICA VIA DE ALIMENTACION DESDE HACE 4 DIAS DISFUNCIONAL SE DIO ORDEN AL FAMILIAR PARA TRAMITAR CAMBIO, AUN NO HAY FECHA DE CITA. AYER OCLUIDA TOTALMENTE POR LO QUE SE PASA SNG SE DECIDE REMITIR PARA CAMBIO DE SONDA POR URGENCIAS, SE COMENTARA CON EPS.

Plan Manejo: REMITIR PARA CAMBIO DE SGT

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 06/05/2017 10:53:20 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: REINGRESA PACIENTE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR Y PERSONAL DE AMBULANCIA, EN BUEN STADO GENERAL ACOPLADO A VM.

Objetivo: CABEZA: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES. SIN MASAS. MUCOSAS HÚMEDAS ROSADAS. CUELLO SIN MASAS. ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL, ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: TENSIÓN ARTERIAL 110/75. FRECUENCIA CARDIACA100 RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: FRECUENCIA RESPIRATORIA 18, SATURACIÓN DE 02 98%, SOPORTE VENTILATORIO A TRAQUEOSTOMIA MODO ASISTO/CONTROL TORAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, ESCASA MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL, SONDA GASTROSTOMÍA FUNCIONAL TOTAL POSICIONADA, GRANULOMA ESTIGMAS DE SANGRADO NO ACTIVO, EXTREMIDADES: PULSOS PERIFERICOS PRESENTES SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G I, MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5, RESTO DE EXTREMIDADES 1/5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	12x min	Temperatura:	36,2ºC
	T/A:	148/88	TA Media:	108		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: DX POLITRAUMA // TRM// FALLA VENTILATORIA DEPENDIENTE DE VM// DISFAGIA SEVERA PACIENTE QUE PRESENTA DISFUNCI9ON DE SGT AYER FUE TRASLADADO A CLINICA AMIGA PARA CAMBIO DE SONDA LA CUAL REALIZAN SIN COMPLICACIONES, REINGRESA HOY SIN SIGNOS DE ALARMA SE CONTINUA MANEJO INSTAURADO, PENDIENTE CONTROL RMN FAMILIA ESTA TRAMITANDO ANTE EPS.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 07/05/2017 1:15:09 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION 1 – GLUC 119 202 EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PARAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	81x min	FR:	19x min	Temperatura:	36ºC
	T/A:	101/68	TA Media:	79		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMIDA FUNCIONAL, POR AHORA SE CONTINUA MANEJO DESCRITO, VIGILANCIA CLINICA

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 08/05/2017 12:21:45 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – NO DEPOSICION EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:

FC:	63x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
T/A:	125/73	TA Media:	90.33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, CONTINUA MANEJO DESCRITO, VIGILANCIA CLINICA

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 09/05/2017 11:19:03 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES

Objetivo: HIDRATADO CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – GASTROSTOMIA SIN FILTRACIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NEUROLOGICO SECUELADO

Exámen Físico:

Signos Vitales:

FC:	68x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
T/A:	120/60	TA Media:	80		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIN SIRS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, CONTINUA MANEJO DESCRITO, VIGILANCIA CLINICA

Plan Manejo: IGUALES ORDENES MEDICAS

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 10/05/2017 12:14:34 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION # 1 EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:

FC:	69x min	FR:	21x min	Temperatura:	36°C
T/A:	133/92	TA Media:	105.66		

Ventilador mecánico

621

130

Sistema de Ventilacion:

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, CONTINUA MANEJO DESCRITO, VIGILANCIA CLINICA

Plan Manejo: IGUAL MANEJO MEDICO

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 11/05/2017 1:01:55 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION NO EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	70x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	124/68	TA Media:	86,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, CONTINUA MANEJO DESCRITO, VIGILANCIA CLINICA

Plan Manejo: IGUAL MANEJO MEDICO

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 12/05/2017 7:54:21 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: DIUREISIS Y DEPOSICONES PRESENRTES TOLERA NET

Objetivo: PACIENTE ALERTA AFEBRIL TRANQUILO NORMOCEFALO - PUPILAS REACTIVAS ESCLERAS ACNITERICAS MUCOAS HIDRTADAS PUPILAS REACTIVAS - CUELLO CON TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL CON SECRECIONES MUCOIDES - SIN INGURGITACION SIN SOPLOS SIN MASAS -CON RSCSRS SIN SOPLOS SIN DESDOBLAR SIN GALOPE – CON MV ++ SIN AGREGADOS CAMPOS BIEN VENTILADOS - CON ABDOMEN BD NO MASAS NI MEGALIAS PERISLTIASMO-+++ SIN DOLOR CON GASTROSTOMIA SIN FILTRACIONES - CON EXT MOVILES PULSOSOS +++ SIN ANORMALIDADES SIN EDEMAS -- SNC POSTRACION PROLOGADA DEFICIT DE BASE

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	67x min	FR:	19x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	115/65	TA Media:	81,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS SIN CAMBISO CLINICOS EVOLUCUON ESTACIONARIA SE CONTINUA CON IGUAL MANEJOMEDICO

Plan Manejo: IGUALES ORDENES MEDICAS

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 13/05/2017 12:49:15 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION NO EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	61x min	FR:	19x min	Temperatura:	36°C

	T/A:	133/75	TA Media:	94,33	

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, CONTINUA MANEJO DESCRITO, VIGILANCIA CLINICA

Plan Manejo: IGUAL MANEJO MEDICO

Fecha Profesional Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 14/05/2017 2:03:50 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: HIDRATADO, ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL.

Objetivo: EX. FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS. CUELLO: CON TOT PERMEABLE, SIN SIGNOS APARENTES DE INFECCION, CANULA EN ADECUADA POSICION. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS. HIPOVENTILACION BIBASAL LEVE, NO SOBREAGREGADOS, ADECUADO ACOPLE A VENTILACION MECANICA MODO ASISTIDO CONTROL POR VOLUMEN, SAT 98% ABD BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO CON SONDA DE GASTROSTOMIA FUNCIONAL, SIN SIGNOS APARENTE DE INFECCION. EXTR SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSION DISTAL. PULSOS PRESENTES. SNC OREINTADO, CON DEFICIT MOOR SECUNDARIO POR CADRIPLEJIA

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	61x min	FR:	14x min	Temperatura:	36ºC
	T/A:	120/65	TA Media:	83,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA CHOQUE MEDULAR CON LESION MEDULAR EXTENSA DESDE C3 HASTA T2 BAJO VENTILACION MECANICA CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, CON LIMITACION MOTORA SECUNDARIA, CON BUEN PATRON REPSIRATORIO, NO DETERIORO DE SU ESTADO CLINICO NI NEUROLOGICO, SE INDICA CONTINUAR MEDADAS TERAPEUTICAS ESTABLECIDO PARA EL PACIENTE.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO.

Fecha Profesional Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 15/05/2017 10:25:49 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente en cama, tranquilo, refiere leve dolor en el hombro, no fiebre

Objetivo: ACOSTADO EN CAMA, CONECTADO Y ACOPLADO A VENTILADOR MECANICO, CONCIENTE, COLABORADOR, OBEDECE ORDENES, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, TRANQUILO, RS, CS; RS; PULMONES BIEN VENTILADOS, NO AGREGADOSABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, CON PERISTALSIS POSITIVA; NO MASAS, CON GASTROSTOMIA FUNCIONA NTE. CUELLO MOVIL, NO INGURGITACION YUGULAR, EXTREMIDADES: NO EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS, LLENADO CAP MENOR DE 3 SEG. SNC:NO ALTERACION APARENTE

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	80x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	120/75	TA Media:	90		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE, SIN EVIDENCIA DE SOBREINFECCION, NO DETERIORO COGNITIVO. ESTABILIDAD NEUROLOGICA CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO

Plan Manejo: 1. IGUAL MANEJO MEDICO

Fecha Profesional Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 16/05/2017 12:28:22 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES TOLERA NET

Objetivo: CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS. CUELLO: CON TOT PERMEABLE, SIN SIGNOS APARENTES DE INFECCION, CANULA EN ADECUADA POSICION. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS NO SOBREAGREGADOS, ABD DEPRESIBLE, NO DOLOROSO CON SONDA DE GASTROSTOMIA SIN FILTRACIONES, SIN SIGNOS APARENTE DE INFECCION. EXTR SIN EDEMAS NO SIGNOS DE HIPOPERFUSION DISTAL, PULSOS PRESENTES. SNC SECUELADO.

Exámen Físico:

132

Signos Vitales:	FC:	62x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	116/68	TA Media:	84		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA CHOQUE MEDULAR CON LESION MEDULAR EXTENSA DESDE C3 HASTA T2 BAJO VENTILACION MECANICA CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA EN EL MOMENTO SIN SIGNSO DE INFECCION SE CONTINUA CON IGUAL MANEJO MEDICO

Plan Manejo: IGUALES ORDENES MEDICAS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 17/05/2017 1:52:34 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: HIDRATADO AFEBRIL. ACTUALMENTE SIN SOLOR EN EXTEREMIDADES, NO OTROS CAMBIOS A LA VALORACION MEDICA

Objetivo: EX. FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS. CUELLO: CON TOT PERMEABLE, SIN SIGNOS APARENTES DE INFECCION, CANULA EN ADECUADA POSICION. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, HIPOVENTILACION BIBASAL LEVE, NO SOBREAGREGADOS, ADECUADO ACOPLE A VENTILACION MECANICA MODO ASISTIDO CONTROL POR VOLUMEN, SAT 98% ABD BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO CON SONDA DE GASTROSTOMIA FUNCIONAL, SIN SIGNOS APARENTE DE INFECCION. EXTR SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSION DISTAL, PULSOS PRESENTES, NO MOVILIZA ADECUADAMENTE LAS 4 EXTREMIDADES, NO LESIONES EN PIEL APARENTEMENTE SNC ALERTA ORIENTADO, CON DEFICIT MOTOR SECUNDARIO, ENTIENDE Y SE COMUNCIA CON EL MEDIO EXTERNO

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	68x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	132/81	TA Media:	98		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA CHOQUE MEDULAR CON LESION MEDULAR EXTENSA DESDE C3 HASTA T2 BAJO VENTILACION MECANICA CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, BUEN PATRON RESPSIRATORIO, NO HALLAZGOS RELEVANTES AL EXAMEN FISICO. CON DEFICIT MOTOR SECUNDARIO MANIFESTO EL DIA DE AYER DOLOR EN EXTREMDIADES INFERIORES POR LO CUAL SE ADMINISTRO ANALGESIA Y CEDE DOLOR POR LO CUAL SE ORDENA SUSPENDER DE FORMULACION, POR EL MOMENTO SIN OTROS CAMBIOS AL EXAMEN FISICO, SE CONTINUARA IGUAL MANEJO Y MEDIDAS TERAPEUTICAS ESTABLECIDAS PARA EL PACIENTE.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO.

Fecha	Profesional	Observacion
17/05/2017 11:58:31 AM	Juliana Marcela Vasquez	PACIENTE VALORADO POR FONOAUDIOLOGIA QUIEN REALIZA BLUE TEST SERIADOS TODOS NEGATIVOS POR LO QUE AUTORIZA DAR 1 COMPOTA AL DIA POR FAMILIAR. SE SOLICITA VIDEO DEGLUCION PARA INICIAR VIA ORAL TOTAL, SE ENTREGA ORDEN AL FAMILIAR.

EVOLUCIÓN DIARIA: 18/05/2017 9:34:33 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE EN CAMA, TRANQUILO, REFIEREN MICOSIS A NIVEL DE AXILAS. NO FIEBRE

Objetivo: SEMISENTADO EN CAMA, CON PTOSIS DE PARPADO DERECHO, MUCOSAS ROSADAS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TRAQUEOSTOMIA CONECTADA A VENTILADOR, NO ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR, RS, CS, RS, PULMONES BIEN VENTILADOS, NO AGREGADOS, ABDOMEN CON PERISTALSIS POSITIVA, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR, NO MASAS, CON GASTROSTOMIA FUNCIONAL, CON EDEMA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, CON MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON POSICION DE EXTENCION DE BRAZO HACIA LATERAL Y FLEXION DE CODO, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS, LLENADO CAP MENOR DE 3 SEG, CON SENSIBILIDAD CONSERVADA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, CON PAÑAL, FUERZA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO DE 2/5, RESTO 1/5.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	126/76	TA Media:	92,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE. SIN DETERIORO DE COMORBILIDADES. FUNCIONAL EN SU ESTADO PRESENTA MICOSIS SECUNDARIA A HUMEDAD A NIVEL AXILAR SE INICIA MANEJO TOPICO. SE EXPLICA LA CONDICION CLINICA ACTUAL Y LA CONDUCTA A SEGUIR

Plan Manejo: 1. IGUAL MANEJO MEDICO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 19/05/2017 3:43:42 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE TRANQUILO REFIERE INSOMNIO, DIURESIS EN PAÑAL NO ALTERACIONES

Objetivo: : NORMOCONFIGURADA. SIN LESIONES. SIN MASAS. MUCOSAS HÚMEDAS ROSADAS. CUELLO SIN MASAS, ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL, ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: TENSIÓN ARTERIAL 110/75, FRECUENCIA CARDIACA100 RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: FRECUENCIA RESPIRATORIA 18, SATURACION DE O2 98%, SOPORTE VENTILATORIO A TRAQUEOSTOMIA MODO ASISTO/CONTROL TORAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, ESCASA MOVILIZACION DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE. SIN MASAS, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL, SONDA GASTROSTOMÍA FUNCIONAL TOTAL POSICIONADA, GRANULOMA ESTIGMAS DE SANGRADO NO ACTIVO. EXTREMIDADES: PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G I, MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5, RESTO DE EXTREMIDADES 1/5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.

Examen Físico:

Signos Vitales:	FC:	64x min	FR:	12x min	Temperatura:	36.5ºC
	T/A:	123/65	TA Media:	84,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON POLITRAUMATISMO, TRM C5-C6, FALLA VENTILATORIA DEPENDIENTE DE VM, CON EVOLUCION ESTACIONARIA NO INFECCION ACTIVA YA A 2 MESES DE ACCIDENTE TIENE PROGRAMADO PARA MAÑANA TOMA DE RMN COLUMNA TOTAL COONTROL PARA PODER ASISTIR A CONTROL CON NEUROQX, POR INSOMNIO SE AJUSTA MANEJO NO REQUIERE OTROS CAMBIOS.

Plan Manejo: SUSPENDER AMITRIPTILINA TRAZODONA 100MG NOCHE

Fecha	Profesional	Observacion
19/05/2017 03:18:45 PM	Gloria Johanna Garcia Blandon	NOTA DE TURNO: PACIENTE CON DX MENCIONADOS QUIEN SE ENCUENTRA CON ESTADO DE POSTRACION CRONICA POR DEFICIT MOTOR DESCRITO A PATOLOGIA DE BASE, REQUIERE DE ELEMENTOS DE PROTECCION DE BARRERA PARA EVITAR LESIONES EN PIEL COMO ULCERACIONES O DAÑO DE DERMIS, DICHOS INSUMOS COMO PAÑALES, PAÑITOS HUMEDOS, CREMA EXTRAHUMECTANTE PARA CADA CAMBIO DE POSICION Y CREMA TOPICO CON OXIDO DE ZINC (ALMIPRO PARA CADA CAMBIO DE PAÑAL.

EVOLUCIÓN DIARIA: 20/05/2017 1:18:00 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION NO EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	81x min	FR:	19x min	Temperatura:	36ºC
	T/A:	135/69	TA Media:	91		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE. SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, CONTINUA MANEJO DESCRITO. LUNES RMN COLUMNA PARA CONTROL NEUROCX

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion
20/05/2017 02:56:38 PM	Juliana Marcela Vasquez	EGRESA A LAS 12+30PM A CLINICA AMIGA PARA TOMA DE RMN NO REALIZAN PROCEDIMIENTO ALEGANDO AUSENCIA DE ANESTESIOLOGO?? CORREN CITA PARA LAS 16+00 DE HOY SE ESPERA AMBULANCIA

EVOLUCIÓN DIARIA: 21/05/2017 12:51:55 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION NO EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	58x min	FR:	23x min	Temperatura:	37ºC
	T/A:	115/72	TA Media:	86,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, HOY RMN CERVICOTORACICA, CONTROL NEUROCX. SE ESPERA REPORTA RMN.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

EEI

134

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 22/05/2017 3:56:50 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: HIDRATADO. AFEBRIL,DESPEIRTA FACIL, ORIENTADO

Objetivo: EX. FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS. CUELLO: CON TQT PERMEABLE, SIN SIGNOS APARENTES DE INFECCION, CANULA EN ADECUADA POSICION. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, HIPOVENTILACION BIBASAL LEVE, NO SOBREAGREGADOS, ADECUADO ACOPLE A VENTILACION MECANICA MODO ASISTIDO CONTROL POR VOLUMEN, SAT 98% ABD BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO CON SONDA DE GASTROSTOMIA FUNCIONAL, SIN SIGNOS APARENTE DE INFECCION, EXTR SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSION DISTAL, PULSOS PRESENTES. CUADRIPLEJIA; SNC ALERTA, ENTIENDE ORDENES EXTERNAS, PERO CON DEFICIT MOTOR

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	58x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	128/72	TA Media:	90,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA CHOQUE MEDULAR CON LESION MEDULAR EXTENSA DESDE C3 HASTA T2 BAJO VENTILACION MECANICA CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, CON DEFICIT MOTOR SECUNADRIO A PATOLOGIA DE BASE, CONSERVA BUEN PATRON REPSIRATORIO, NO DETERIORO CLINICO NI NEUROLOGICO. CONSIDERO CONTINUAR CON IGUAL MANEJO INTEGRAL ESTABLECIDO PARA EL PACIENTE.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 23/05/2017 12:51:31 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – Vm AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICIÓN 2 EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	61x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/60	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE. SIRS MODULADO. NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, HOY RMN CERVICOTORACICA, CONTROL NEUROCX, SE ESPERA REPORTA RMN .

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 24/05/2017 5:43:11 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE REFIERE INSOMNIO.TOLERA TRATAMIENTO.

Objetivo: CABEZA: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES, SIN MASAS. MUCOSAS HÚMEDAS ROSADAS, CUELLO SIN MASAS. ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL, ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: TENSION ARTERIAL 110/75. FRECUENCIA CARDIACA100 RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: FRECUENCIA RESPIRATORIA 18, SATURACIÓN DE O2 98%, SOPORTE VENTILATORIO A TRAQUEOSTOMIA MODO ASISTO/CONTROL TORAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, ESCASA MOVILIZACION DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL, SONDA GASTROSTOMÍA FUNCIONAL TOTAL POSICIONADA, GRANULOMA ESTIGMAS DE SANGRADO NO ACTIVO. EXTREMIDADES: PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES SIMÉTRICOS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G I; MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5, RESTO DE EXTREMIDADES 1/5, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	71x min	FR:	13x min	Temperatura:	36,8°C

	T/A:	125/68	TA Media:	87		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE MASCULINO, DE 65 AÑOS, CON DIAGNOSTICO DE: POLITRAUMATISMO,TRM C6-C7, FALLA VENTILATORIA DEPENDIENTE DE VM, EVOLUCION ESTACIONARIA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIN SIGNOS DE INFECCION ACTIVA, REQUIERE CONTROL CON NEUROCX, SE ENTREGA ORDEN AL FAMILIAR.SE AJUSTA MANEJO PARA: INSOMNIO.P/REPORTE DE RMN

Plan Manejo: SS CONTROL NEUROCX

Fecha Profesional Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 25/05/2017 12:41:37 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TOT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION 2 EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	62x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	125/90	TA Media:	101,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TOT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, HOY RMN CERVICOTORACICA, CONTROL NEUROCX, SE ESPERA REPORTA RMN

Plan Manejo: IGUAL MANEJO MEDICO

Fecha Profesional Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 26/05/2017 5:21:38 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA REACTIVO A ESTIMULOS EXTERNOS, CON BUEN PATRON RESPIRATORIO, MEORIA DE INSOMNIO CON CLONAZEPAM EN GOTAS.

Objetivo: EX. FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS. CUELLO: CON TOT PERMEABLE, SIN SIGNOS APARENTES DE INFECCION, CANULA EN ADECUADA POSICION. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, HIPOVENTILACION BIBASAL LEVE, NO SOBREAGREGADOS, ADECUADO ACOPLE A VENTILACION MECANICA MODO ASISTIDO CONTROL POR VOLUMEN, SAT 98% ABD BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO CON SONDA DE GASTROSTOMIA FUNCIONAL, SIN SIGNOS APARENTE DE INFECCION. EXTR SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSION DISTAL, PULSOS PRESENTES. CUADRIPLEJIA. SNC ALERTA ORIENTADO, CON DEFICIT MOTOR SECUNDARIOA A PATOLOGIA DE BASE.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	59x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	124/78	TA Media:	93,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA CHOQUE MEDULAR CON LESION MEDULAR EXTENSA DESDE C3 HASTA T2 BAJO VENTILACION MECANICA CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, CUADRIPLEJIA, PERO ALERTA Y REACTIVO A ESTIMULOS EXTERNOS, MANIFIESTA EN LOS ULTIMOS DIAS EPISODIOS DE INSOMNIO EL CUAL MEJORA CON ADMINISTRACION DE CLONAZEPAM GOTAS EN LAS NOCHES, NIEGA DISNEA, SIN EPISODIOS DE BRONCOESPASMOS NI ALZAS TERMICAS, CONSERVA BUEN PATRON RESPIRATORIO, SE INDICA CONTINUAR CON MEDIDAS TERAPEUTICAS Y MANEJO INTEGRAL YA ESTABLECIDO PARA EL PACIENTE.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO.

Fecha Profesional Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 27/05/2017 1:05:41 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: HIPOACTIVO – HIDRATADO

SS/

136

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION 2 EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	58x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	130/70	TA Media:	90		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, RMN CERVICOTORACICA CONTROL YA REALIZADA, CONTINUAR LO DESCRITO

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 28/05/2017 10:43:54 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: HIDRATADO AFEBRIL, ALERTA, ORIENTADO, CON BUEN PATRON REPSIRATORIO

Objetivo: EX. FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS. CUELLO: CON TQT PERMEABLE, SIN SIGNOS APARENTES DE INFECCION, CANULA EN ADECUADA POSICION. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS. HIPOVENTILACION BIBASAL LEVE, NO SOBREAGREGADOS. ADECUADO ACOPLE A VENTILACION MECANICA MODO ASISTIDO CONTROL POR VOLUMEN, SAT 98% ABD BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO CON SONDA DE GASTROSTOMIA FUNCIONAL, SIN SIGNOS APARENTE DE INFECCION. EXTR SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSIÓN DISTAL. PULSOS PRESENTES, CUADRIPLEJIA. SNC ALERTA ORIENTADO

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	68x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/70	TA Media:	83,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA CHOQUE MEDULAR CON LESION MEDULAR EXTENSA DESDE C3 HASTA T2 BAJO VENTILACION MECANICA CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, BUEN PATRON RESPIRATORIO, ADECUADO ACOPLE A VENTILACION MECANICA, CON DÉFICIT MOTOR SECUNDARIO POR CADRIPLEJIA, CON PROBLEMAS DE INSMONIO SE CAMBIA DOSIS DE CLONAZEPAM A TABLETA ORAL, REVALROAR SEGUN EVOLUCION CLINICA.

Plan Manejo: SE CAMBIA DOSIS DE CLONAZEPAM A TABLETA, RESTO DE MANEJO IGUAL.

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 29/05/2017 8:52:14 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: HIDRATADO, ALERTA AFEBRIL, CON MEJORIA DE INSOMNIO.

Objetivo: EX. FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS. CUELLO: CON TQT PERMEABLE, SIN SIGNOS APARENTES DE INFECCION, CANULA EN ADECUADA POSICION. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, HIPOVENTILACION BIBASAL LEVE, NO SOBREAGREGADOS. ADECUADO ACOPLE A VENTILACIÓN MECANICA MODO ASISTIDO CONTROL POR VOLUMEN, SAT 98% ABD BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO CON SONDA DE GASTROSTOMIA FUNCIONAL. SIN SIGNOS APARENTE DE INFECCION. EXTR SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSIÓN DISTAL. PULSOS PRESENTES, CUADRIPLEJIA. SNC ALERTA ORIENTADO NO SOMNOLIENTO

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	59x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/75	TA Media:	83,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA CHOQUE MEDULAR CON LESION MEDULAR EXTENSA DESDE C3 HASTA T2 BAJO VENTILACION MECANICA CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, CON BUEN PATRON REPSIRATORIO, ADECUADO ACOPLE A VENTILADOR, NO EPISODIOS DE BRONCOESPASMOS, NO ALZAS TERMICAS, CON MEJORIA DE INSOMNIO CON DOSIS DE CLONAZEPAM CORREGIDA, SE DEJA 0.5MG CADA NOCHE, NO OTROS AJUSTES EN LA FORMULACION CONTINUAR IGUAL MANEJO

Plan Manejo: IGUAL MANEJO.

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 30/05/2017 8:55:40 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE REFIERE QUE DURMIO ALGO MEJOR, NO SINTOMAS FEBRILES NI RESPIRATORIOS

Objetivo: PACIENTE EN CAMA, TRANQUILO, MUCOSAS HUMEDAS, ESCLERAS HIDRATADAS, TOT FUNCIONAL SIN FUGAS NI FILTRACIONES. NO ADENOPATIAS. CP: RSCSRS, NO SOPLOS, CAMPOS BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGRADOS, MV PRESENTE. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO MASAS NI MEGALIAS. GASTROSTOMIA FUNCIONAL SIN FILTRACIONES. EXT: NO EDEMA, PP+, SNC: SECUELADO, FUERZA MUSCULAR 2/5. ROT: +/++++

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	82x min	FR:	19x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	118/63	TA Media:	81,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente clinicamente estable, sin deterioro de comorbilidades a al espera de comparacion de estudios imagenologicos para evaluar evolucion de lesion cerebro-medular no se modifica manejo medico

Plan Manejo: igual manejo medico

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 31/05/2017 6:42:10 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ESTABLE ASINTOMATICO TRANQUILO DURANTE LA NOCHE

Objetivo: CABEZA: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES. SIN MASAS. MUCOSAS HÚMEDAS ROSADAS. CUELLO SIN MASAS, ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL, ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: TENSION ARTERIAL 110/75, FRECUENCIA CARDIACA100 RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: FRECUENCIA RESPIRATORIA 18, SATURACIÓN DE O2 98%. SOPORTE VENTILATORIO A TRAQUEOSTOMIA MODO ASISTO/CONTROL TORAX NORMOEXPANSIVO,, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, ESCASA MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN IRRITACION PERITONEAL, SONDA GASTROSTOMÍA FUNCIONAL TOTAL POSICIONADA, GRANULOMA ESTIGMAS DE SANGRADO NO ACTIVO. EXTREMIDADES: PULSOS PERIFERICOS PRESENTES SIMÉTRICOS; LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G-I, MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5. RESTO DE EXTREMIDADES 1/5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	58x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE MASCULINO, DE 65 AÑOS, CON DIAGNOSTICO DE: POLITRAUMATISMO,TRM, FALLA VENTILATORIA DEPENDIENTE DE VM, EVOLUCION ESTACIONARIA,SIN INFECCION ACTIVA, POR EL MOMENTO NO SE HACEN CAMBIOS.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 01/06/2017 11:03:59 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente en cama, despierto, buena relacion con el entorno, no fiebre

Objetivo: al examen físico normocefálico, conjuntivas rosadas, mucosas hidratadas, Cuello sin adenopatías cervicales, con Traqueostomía funcional, Cardiopulmonar con ruidos cardiacos rítmicos no soplos, ambos campos pulmonares bien ventilados, sin sobreagregados, actualmente sin ventilacion mecánica, Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, con sonda de gastrostomía funcional, permeable, Diuresis y deposiciones presentes, Extremidades con movilidad limitada por retardo motor, edemas en extremidades grado 1, pulsos distales presentes, no signos de hipoperfusión, Neurológico despierto, apertura ocular espontanea,

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	72x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	128/70	TA Media:	89,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente hemodinamicamente estable, sin signos de sirs evolucion favorable. continua acondicionamiento físico se explica la condicion clinica actual y la conducta a seguir

Plan Manejo: 1. igual manejo medico

Fecha | Profesional | Observacion

tsl

138

EVOLUCIÓN DIARIA: 02/06/2017 12:52:11 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION 2 EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	64x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	130/75	TA Media:	93,83		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA. POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET. GASTROSTOMOA FUNCIONAL, RMN CERVICOTORACICA CONTROL YA REALIZADA. CONTINUAR LO DESCRITO

Plan Manejo: IGUAL MANEJO MEDICO

Fecha Profesional Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 03/06/2017 7:05:41 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: HIDRTADO, ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL. DUERME INTERVALOS LARGOS. NO PRESENTA INSOMNIO

Objetivo: EX. FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS. CUELLO: CON TQT PERMEABLE, SIN SIGNOS APARENTES DE INFECCION. CANULA EN ADECUADA POSICION. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, HIPOVENTILACION BIBASAL LEVE, NO SOBREAGREGADOS, CON VENTILACION MECANICA MODO A/C INTERCALADO CON MASCARA VENTURY, SAT 98% ABD BLANDO DEPRESIBLE. NO DOLOROSO CON SONDA DE GASTROSTOMIA FUNCIONAL, SIN SIGNOS APARENTE DE INFECCION. EXTR SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSION DISTAL, PULSOS PRESENTES. SNC ALERTA, ORIENTADO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	60x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/70	TA Media:	83,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA CHOQUE MEDULAR CON LESION MEDULAR EXTENSA DESDE C3 HASTA T2. CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, DESDE AYER SIN VENTILACION MECANICA, HA TOLERADO OXIGENACOOPN CON MASCARA VENTURY AL 42% Y SE CONECTA A VENTILACION MECNAICA NUEVAMENTE EN LA NOCHE. PARA TARBAJAR TLERANCIA O RETIRO DE VENTILACION MECANICA, EN EL MOMENTO SIN EPISODIOS DE BRONCOESPASMOS, HA TOLERADO TRABAJO REPSIRATOPRIO, SE CONTINUARA PROCESO DE DESTETE VENTILATORIO. NO SE HACEN OTROS CAMBIOS..

Plan Manejo: IGUAL MANEJO.

Fecha Profesional Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 04/06/2017 1:39:32 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION 2 EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	80x min	FR:	19x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	120/89	TA Media:	99,33		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomia

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, RMN CERVICOTORACICA CONTROL YA REALIZADA, CONTINUAR LO DESCRITO

Plan Manejo: IGUAL MANEJO MEDICO

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 05/06/2017 12:45:10 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MÓVIL – TOT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION 2 EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	65x min	FR:	19x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/70	TA Media:	83,33		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomia

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, RMN CERVICOTORACICA CONTROL YA REALIZADA, CONTINUAR LO DESCRITO

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 06/06/2017 4:04:45 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA ORIENTADO, REFIERE PASAR BUENA NOCHE

Objetivo: EX. FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS, CUELLO: CON TOT PERMEABLE, SIN SIGNOS APARENTES DE INFECCION, CANULA EN ADECUADA POSICION. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, HIPOVENTILACION BIBASAL LEVE, NO SOBREAGREGADOS, SIN VENTILACION MECANICA CON OXIGENACION POR TIENDA DE TQT VENTURY AL 28%, PARA SATURACION DE O2 EN 98%. ABD BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO CON SONDA DE GASTROSTOMIA FUNCIONAL, SIN SIGNOS APARENTE DE INFECCION. EXTR SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSION DISTAL, PULSOS PRESENTES, CUADRIPLEJIA SECUNDARIA. SNC ALERTA ORIENTADO, OBEDECE ORDENES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	60x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	95/79	TA Media:	84,33		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomia

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA CHOQUE MEDULAR CON LESION MEDULAR EXTENSA DESDE C3 HASTA T2 BAJO, SIN VENTILACION MECANICA CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, HA TLERADO OXIGENACION POR TIENDA DE TRAQUEOSTOMIA, MANTEINE BUEN PATRON RAPIRTAORIO, NO DETERIORO CLINICO NI NEUROLOGICO, NO OTROS HALLAZGOS RELEVANTES, SE ORDENA CONTINUAR CON IGUAL MANEJO INTEGRAL YA ESTABLECIDO.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO.

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 07/06/2017 4:48:24 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE TRANQUILO, NIEGA SINTOMAS, TOLERANDO VENTURY AL 24%, DIURESIS POR CATETERISMO VESICAL SIN ALTERACIONES.

Objetivo: CABEZA: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES, SIN MASAS. MUCOSAS HÚMEDAS ROSADAS, CUELLO SIN MASAS, ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL, ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: SATURACIÓN DE O2 98%, TÓRAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, ESCASA MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES, ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL. SONDA GASTROSTOMÍA FUNCIONAL TOTAL POSICIONADA, GRANULOMA ESTIGMAS DE SANGRADO NO ACTIVO. EXTREMIDADES: PULSOS PERIFERICOS PRESENTES SIMÉTRICOS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G I, MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5. RESTO DE EXTREMIDADES 1/5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.

131

140

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	79x min	FR:	20x min	Temperatura:	36,9°C
	T/A:	110/60	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Oxígeno por tienda de traqueostomía

Analisis: PACIENTE MASCULINO, DE 65 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO DE: POLITRAUMATISMO,TRM, FALLA VENTILATORIA RESUELTA EN DESTETE DE OXIGENO CON ADECUADA TOLERANCIA, SIN SIGNOS DE ALARMA SE CONTINUA MANEJO INSTAURADO.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha Profesional Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 08/06/2017 6:35:14 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE ESTABLE TRANQUILO, TOLERANDO O2 AMBIENTAL.NIEGA SINTOMAS.

Objetivo: CABEZA: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES, SIN MASAS, MUCOSAS HÚMEDAS ROSADAS, CUELLO SIN MASAS, ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL, ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: SIN SOPORTE VENTILATORIO, TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL TÓRAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, ESCASA MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL, SONDA GASTROSTOMÍA FUNCIONAL TOTAL POSICIONADA, GRANULOMA ESTIGMAS DE SANGRADO NO ACTIVO, EXTREMIDADES: PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G I. MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5. RESTO DE EXTREMIDADES 1/5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	20x min	Temperatura:	36,3°C
	T/A:	90/63	TA Media:	72		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE MASCULINO, DE 65 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO DE: POLITRAUMATISMO,SECUELAS DE TRM C6, FALLA VENTILATORIA RESUELTA EN EL MOMENTO SIN SOPORTE DE O2 CON ADECUADA TOLERANCIA, SIN SIGNOS DE ALARMA SE CONTINUA MANEJO INSTAURADO.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha Profesional Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 09/06/2017 5:39:42 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente tranquilo tolerando tto, sale a sala en silla de ruedas durante 2 horas

Objetivo: CABEZA: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES, SIN MASAS, MUCOSAS HÚMEDAS ROSADAS, CUELLO SIN MASAS, ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL, ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: SIN SOPORTE VENTILATORIO, TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL TÓRAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, ESCASA MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL, SONDA GASTROSTOMÍA FUNCIONAL TOTAL POSICIONADA, GRANULOMA ESTIGMAS DE SANGRADO NO ACTIVO, EXTREMIDADES: PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G I. MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5. RESTO DE EXTREMIDADES 1/5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	56x min	FR:	20x min	Temperatura:	36,1°C
	T/A:	110/70	TA Media:	83,33		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE MASCULINO, DE 65 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO DE: POLITRAUMATISMO,SECUELAS DE TRM C6, FALLA VENTILATORIA RESUELTA EN EL MOMENTO SIN SOPORTE DE O2 CON ADECUADA TOLERANCIA, SIN SIGNOS DE ALARMA SE CONTINUA MANEJO INSTAURADO.

Plan Manejo: igual manejo

Fecha Profesional Observación

EVOLUCIÓN DIARIA: 10/06/2017 1:18:51 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION 1 EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	124/78	TA Media:	91,33		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE. SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, RMN CERVICOTORACICA CONTROL YA REALIZADA, ESPERA VALO NEUROCX, VIDEODEGLUCION LUNES 12 JUNIO, CONTINUAR LO DESCRITO

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 11/06/2017 11:56:54 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION 1 EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	140/74	TA Media:	96		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE. SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, RMN CERVICOTORACICA CONTROL YA REALIZADA, ESPERA VALO NEUROCX, VIDEODEGLUCION LUNES 12 JUNIO, CONTINUAR LO DESCRITO

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 12/06/2017 5:01:47 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA ORIENTADO AFEBRIL, NIEGA SINTOMATOLOGIA, REFEIRE PASAR BUENA NOCHE.

Objetivo: EX. FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS. CUELLO: CON TOT PERMEABLE, SIN SIGNOS APARENTES DE INFECCION, CANULA EN ADECUADA POSICION. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, HIPOVENTILACION BIBASAL LEVE, NO SOBREAGREGADOS, ADECUADO ACOPLE A VENTILACION MECANICA MODO ASISTIDO CONTROL POR VOLUMEN, SAT 98% ABD BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO CON SONDA DE GASTROSTOMIA FUNCIONAL, SIN SIGNOS APARENTE DE INFECCION. EXTR SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSION DISTAL, PULSOS PRESENTES, CUADRIPLEJIA. SNC ALERTA ORIENTADO, OBEDECE ORDENES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	62x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	120/80	TA Media:	93,33		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA CHOQUE MEDULAR CON LESION MEDULAR EXTENSA DESDE C3 HASTA T2, CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, ACTUALMENTE SIN VENTILACION MECANICA, CONSERVANDO BUEN PATRON RESPIRATORIO CON OXIGENACION AMBIENTE, HA TOELRADO DESTETE VENTILATORIO. NO HA PRESENTADO DETERIORO CLINICO NI NUEORLOGICO, SE ORDENA CONTINUAR CON MANEJO YA ESTABLECIDO.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO.

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 13/06/2017 11:07:31 AM

1. DIAGNÓSTICOS

142

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA ORIENTADO, CON UEN PATRON REPSIRATORIO

Objetivo: EX. FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS. CUELLO: CON TOT PERMEABLE, SIN SIGNOS APARENTES DE INFECCION, CANULA EN ADECUADA POSICION. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, HIPOVENTILACION BIBASAL LEVE, NO SOBREAGREGADOS, SIN VENTILACION MECANICA SAT 98% AMBIENTE ABD BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO CON SONDA DE GASTROSTOMIA FUNCIONAL, SIN SIGNOS APARENTE DE INFECCION. EXTR SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSION DISTAL, PULSOS PRESENTES. SNC ALERTA ORIENTADO.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	65x min	FR:	19x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	130/80	TA Media:	96,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA CHOQUE MEDULAR CON LESION MEDULAR EXTENSA DESDE C3 HASTA T2 ACTUALMENTE SIN VENTILACION MECANICA CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA FUNCIONAL, OXIGENACION AMBIENTE, HA TOLERADO DESTETE VENTILATORIO, NO CAMBISO DE SU PATRON RESPIRATORIO, NO CAMBIOS HEMODINAMICOS ATENTOS A EVOLUCION CLINICA, SE CONTINAURA MEDIDAS INTEGRALES YA ESTABLECIDAS PARA EL PACIENTE.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO.

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 14/06/2017 9:52:41 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TOT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION 1 EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	69x min	FR:	19x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	115/85	TA Media:	95		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TOT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, RMN CERVICOTORACICA CONTROL YA REALIZADA, ESPERA VAL NEUROCX 15 JUNIO, VIDEODEGLUCION EN ESPERA REPORTE, CONTINUAR LO DESCRITO

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 15/06/2017 9:27:01 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente en cama, tranquilo, refiere que no ha presentado molestias

Objetivo: al examen físico: cabeza normocéfala, cejas pobladas, conjuntivas anictéricas, pupilas normorreactivas isocóricas, mucosas húmedas, apertura ocular espontánea, cuello móvil, con mamas sin alteraciones, tórax simétrico, normoexpansivo, abdomen blando depresible a la palpación, sonda de gastrostomía funcional y permeable, genitales con lesiones en buenas condiciones, elimina espontáneo en pañal, realiza deposición, extremidades, llenado capilar adecuado, piel íntegra.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	76x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	125/70	TA Media:	88,33		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomía

Analisis: paciente hemodinamicamente estable, a quien se le realizo destete de ventilación mecánica con exito en el momento sin sobreinfeccion ni distres respiratorio continua proceso de evolucion hacia franca mejoria

Plan Manejo: 1. igual manejo medico

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 16/06/2017 9:27:25 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: DIURESIS Y DEPOPSICIONES PRESENTES ALIMENTACION ENTERAL POR GASTROSTOMIA

Objetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TOT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – GASTROSTOMIA SIN FILTRACIONES EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	15x min	Temperatura:	35°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion:

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TOT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, PACIENTE CON DESTETE EXITOSOS SE DECIDE DAR ALTA CON CUIDADO BASICO DOMICILIARIO SE SOLICITA AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HRS VISITA MEDICA 4 XMES ENFERMERIA PROFESIONAL 4 X MES TERAPIA RESPIRATORIA 30 X MES TERAPIA FISICA 12 X MES TERAPIA OCUPACIONAL 12 X MES FONOAUDIOLOGIA 12 X MES ASPIRADOR DE SECRECIONES PULSIOXIMETRO

Plan Manejo: CUIDADO BASICO DOMICILIARIO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 17/06/2017 6:33:43 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE TRANQUILO REFIERE BUEN ESTADO TOLERANDO O2 AMBIENTAL SALE A SOLARIUM EN SILLA DE RUEDAS

Objetivo: CABEZA: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES. SIN MASAS. MUCOSAS HÚMEDAS ROSADAS. CUELLO SIN MASAS. ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL. ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: SIN SOPORTE VENTILATORIO, TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL TÓRAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES. ESCASA MOVILIZACION DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN IRRITACION PERITONEAL. SONDA GASTROSTOMÍA FUNCIONAL TOTAL POSICIONADA, GRANULOMA ESTIGMAS DE SANGRADO NO ACTIVO. EXTREMIDADES: PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES SIMÉTRICOS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G I. MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5, RESTO DE EXTREMIDADES 1/5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.ULCERA SACRA GI

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	63x min	FR:	14x min	Temperatura:	36,3°C
	T/A:	110/62	TA Media:	78		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE MASCULINO, DE 65 AÑOS, CON DIAGNOSTICO DE: POLITRAUMATISMO,SECUELAS DE TRM C6, FALLA VENTILATORIA RESUELTA EN EL MOMENTO SIN SOPORTE DE O2 CON ADECUADA TOLERANCIA, CON ULCERA SACRA QUE NO MEJORA SE RECOMIENDA CAMBIO DE POSICION SOLO LATERALES NO PASAR A SILLA PARA EVITAR PRESION POR 5 DIAS. VIGILAR EVOLUCION

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 18/06/2017 2:44:05 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente tranquilo, niega sintomas, tolera O2 ambiental.Diuresis en panal.

Objetivo: Buen estado general.Mucosas humedas rosadas.Cuello movil, sin adenopatias con TO funcional.Ruidos cardiacos ritmicos, regulares, sin soplos, murmullo vesicular presente sin adregados, escasa movilizacion de secreciones, buen patron de tos.Abdomen blando, depresible, sin dolor, sin masa, con SGT posicionada funcional parcialmente.Genitales normoconfigurados.Extremidades sin edemas, pulsos perifericos presentes simetricos.SNC alerta orientado Glasgow 15/15.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	65x min	FR:	20x min	Temperatura:	36,2°C
	T/A:	110/62	TA Media:	78		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: Paciente con dx de politraumatismo, TRM C6, con buena evolucion se logra destetar de la ventilacion mecanica y del Oxigeno, esta semana se iniciara dia oral total, por el momento se espera asignacion de Home Care por parte de la EPS, continua manejo instaurado.

Plan Manejo: Igual manejo

Fecha	Profesional	Observacion

144

EVOLUCIÓN DIARIA: 19/06/2017 4:01:06 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION 1 EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	81x min	FR:	21x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	101/56	TA Media:	71		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL. SE CONTINUAR LO DESCRITO

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 20/06/2017 11:51:39 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE EN CAMA, TRANQUILO, SIN SINTOMAS REFERIDOS

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION 2 EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	80x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	127/68	TA Media:	87,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, GASTROSTOMOA FUNCIONAL, , CONTINUAR LO DESCRITO. PENDIENTE DE NUTRICION PARA INICIAR PROCESO DE EGRESO

Plan Manejo: 1. PENDIENTE VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA 2. RESTO IGUAL

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 21/06/2017 3:30:11 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE ESTABLE TRANQUILO TOLERANDO TTO NIEGA SINTOMAS

Objetivo: CABEZA: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES, SIN MASAS. MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS. CUELLO SIN MASAS, ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL, ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: SIN SOPORTE VENTILATORIO, TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL TORAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, ESCASA MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL, SONDA GASTROSTOMÍA FUNCIONAL TOTAL POSICIONADA, GRANULOMA ESTIGMAS DE SANGRADO NO ACTIVO. EXTREMIDADES: PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES SIMÉTRICOS. LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G I, MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5. RESTO DE EXTREMIDADES 1/5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	90x min	FR:	19x min	Temperatura:	36,5°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE MASCULINO, DE 65 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO DE: POLITRAUMATISMO,SECUELAS DE TRM C6, EN EL MOEMNTO SIN SOPORTE DE O2 SIN SOPORTE DE VM A LA ESPERA DE ASIGNACION DE HOME CARE POR PARTE DE EPS, POR EL MOMENTO NO REQUIERE CAMBIOS EN PLAN DE MANEJO.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 22/06/2017 11:07:43 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: RODRIGO VALENCIA 65 AÑOS CC. 6400091 PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION CRONICA

Objetivo: SIN SIGNSO DE SIRS NI SIFICULTAD RESPIRATORIA MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS DIURESIS Y DEPOSICION POSITIVAS OSTOMIAS SANAS (GTT - TOT) RESPIRACION ESPONTANEA POR TOT FIO2 21% GCS 9/10 (TOT) ABDOMEIN CON GASTROTSOMIA FUNCIONAL, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DISTENSION EXT SIMETRICAS, PULSOS POSITIVOS, EMACIADAS

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	72x min	FR:	20x min	Temperatura:	36,4°C
	T/A:	110/60	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomía

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS NEUROLOGICAS SEVERAS ECUNDARIAS POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO CON NIVEL DE LSION ALTO... REQUIRIO VMI... SE REALIZO TOT Y SE LOGRO DESTE DE VENTILADOR... AHORA ESTABLE TOLERANDO MASCARA DE TOT... SE CONTINUA MANEJO MEDICO ESTABLECIDO

Plan Manejo: VER ANALISIS

Fecha	Profesional	Observacion
22/06/2017 11:07:43 a.m.	Francisco Ignacio Vela	EVOLUCION REALIZADA POR DR ALEXANDER CANO CC 113620654 RM 763793-12

EVOLUCIÓN DIARIA: 23/06/2017 8:52:19 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: DIURESIS Y DEPOSICONES PRESENTES SOPORTE VVENTILATORIO ALIMENTACION ENTERAL

Objetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TOT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – SONDA DE GATROSTOMIA SIN FILTRACIONES EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NEUROLOGICO SECUELADO SIN CAMBIOS

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	88x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/80	TA Media:	90		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA NET, EVOLUCION EN PROGRESO SE CONTINAU CON IGUAL MANEJO MEDICO

Plan Manejo: IGUALES ORDENES MEDICAS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 24/06/2017 10:12:51 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION CRONICA

Objetivo: SIN SIGNSO DE SIRS NI SIFICULTAD RESPIRATORIA MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS DIURESIS Y DEPOSICION POSITIVAS OSTOMIAS SANAS (GTT - TOT) RESPIRACION ESPONTANEA POR TOT FIO2 21% GCS 10/10 (TOT) ABDOMEIN CON GASTROTSOMIA FUNCIONAL, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DISTENSION EXT SIMETRICAS, PULSOS POSITIVOS, EMACIADAS.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	21x min	Temperatura:	36,2°C
	T/A:	94/55	TA Media:	68		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomía

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS NEUROLOGICAS SEVERAS ECUNDARIAS POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO CON NIVEL DE LSION ALTO... REQUIRIO VMI... SE REALIZO TOT Y SE LOGRO DESTE DE VENTILADOR... AHORA ESTABLE TOLERANDO MASCARA DE TOT... SE CONTINUA MANEJO MEDICO ESTABLECIDO

Plan Manejo: IGUAL MANEJO MEDICO

Shl

146

Fecha	Profesional	Observacion
24/06/2017 10:12:51 a.m.	Francisco Ignacio Vela	EVOLUCION REALIZADA POR DR ALEXANDER CANO. CC 1130620654. RM 763793-12

EVOLUCIÓN DIARIA: 26/06/2017 3:44:48 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente tranquilo estable tolerando O2 ambiental.

Objetivo: CABEZA: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES. SIN MASAS. MUCOSAS HÚMEDAS ROSADAS, CUELLO SIN MASAS, ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL, ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: SIN SOPORTE VENTILATORIO, TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL TORAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES. ESCASA MOVILIZACION DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL, SONDA GASTROSTOMÍA FUNCIONAL TOTAL POSICIONADA. GRANULOMA ESTIGMAS DE SANGRADO NO ACTIVO. EXTREMIDADES: PULSOS PERIFERICOS PRESENTES SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G I. MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5, RESTO DE EXTREMIDADES 1/5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	62x min	FR:	16x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	109/60	TA Media:	76,33		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE MASCULINO, DE 65 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO DE: POLITRAUMATISMO,SEGUELAS DE TRM C6, FALLA VENTILATORIA RESUELTA EN EL MOMENTO SIN SOPORTE DE O2 CON ADECUADA TOLERANCIA, SIN SIGNOS DE ALARMA SE CONTINUA MANEJO INSTAURADO.

Plan Manejo: NINGUNO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 27/06/2017 8:19:41 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: DIURESIS Y DEPOSCIONES PRESENTES ALIMENTACION ENTERAL Y VIA ORAL PARCIAL SOPORTE VENTILATORIO

Objetivo: PACIENTE EN CAMA POSTRADO ALERTA CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TOT CON SECRECIONES MUCOIDES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLSO RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO SIN MASAS GASTROSTOMIA SIN FILTRACIONES EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NO EDEMAS PULSOS OCNSERVADOS NEUROLOGICO SECUELADO SIN CAMBIOS RELEVANTES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	84x min	FR:	15x min	Temperatura:	35°C
	T/A:	112/78	TA Media:	89,33		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomia

Analisis: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TOT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS. TOLERA NET DESTETE VENTILATORIO SATISFACTORIO EVOLUCION ESTACIONARIA IGUAL MANEJO MEDICO

Plan Manejo: IGUALES ORDENES MEDICAS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 28/06/2017 4:55:56 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO

Objetivo: CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TOT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION 1 EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	65x min	FR:	17x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/69	TA Media:	79,33		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis:

PACIENTE CONDICION DESCRITA. POLITRAUMA SEVERO. PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE. SIRS MODULADO. NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM. TOLERA VO, VIGILAR TOLERANCIA, CONTINUAR LO DESCRITO

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 29/06/2017 2:35:43 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE EN EL MOMENTO REFIERE ESATR BIEN, NIEGA FIEBRE O DINSEA, CON DOLOR OCASIONAL EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO. TOLERA NET POR GASTROSTOMIA Y VENTILACION POR TQT.

Objetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TOT POSICIONADO – NO SECRECIONES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO METABOLICO TOLERA NET – DEPOSICION 1 EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS , DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	65x min	FR:	18x min	Temperatura:	36,9°C
	T/A:	127/79	TA Media:	95		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE. SIRS MODULADO. NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, ACOPLADO VM, TOLERA VO, AL MOMENTO SIN CAMBIOS. SE DECIDE IGUAL MANEJO MEDICO.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 30/06/2017 8:21:15 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: DIURESIS Y DEPOSICONES PRESENTES SOPORTE VENTILATORIO ALIMENTACION ENTERAL

Objetivo: PACIENTE EN CAMA POSTRADO ALERTA CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TOT CON SECRECIONES MUCOIDES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLSO RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO SIN MASAS GASTROSTOMIA SIN FILTRACIONES EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NO EDEMAS PULSOS OCNSERVADOS NEUROLOGICO SECUELADO SIN CAMBIOS RELEVANTES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	76x min	FR:	14x min	Temperatura:	35°C
	T/A:	128/76	TA Media:	93,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TQT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE. SIRS MODULADO. NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, TOLERA NET DESTETE VENTILATORIO SATISFACTORIO EVOLUCION ESTACIONARIA IGUAL MANEJO MEDICO

Plan Manejo: IGUALES ORDENES MEDICAS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 01/07/2017 7:32:39 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION CRONICA SIN SIGNSO DE SIRS NI SIFICULTAD RESPIRATORIA

Objetivo: MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS DIURESIS Y DEPOSICION POSITIVAS OSTOMIAS SANAS (GTT - TQT) RESPIRACION ESPONTANEA POR TOT FIO2 21% GCS 10/10 (TQT) ABDOMEIN CON GASTROTSOMIA FUNCIONAL, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DISTENSION EXT SIMETRICAS, PULSOS POSITIVOS, EMACIADAS.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	68x min	FR:	19x min	Temperatura:	36,1°C
	T/A:	120/80	TA Media:	93,33		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por cánula nasal

ehl

148

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS NEUROLOGICAS SEVERAS ECUNDARIAS POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO CON NIVEL DE LSION ALTO... REQUIRIO VMI... SE REALIZO TQT Y SE LOGRO DESTE DE VENTILADOR... AHORA ESTABLE TOLERANDO MASCARA DE TQT... SE CONTINUA MANEJO MEDICO ESTABLECIDO

Plan Manejo: DR CANO

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 02/07/2017 6:34:19 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE FUE DECANULADO AYER, EN LA NOCHE EPISODIO DE DESATURACION MARCADA POR SECRECIONES OBLIGANDO A REALIZAR ASPIRADO POR ESTOMA TQ SE OBTIENE ABUNDANTES SECRECIONES POSTERIOR MEJORIA SE DEJA CON VENTURY AL 31% LOGRA DORMIR:ENFERMERIA REPORTA DEPOSICIONES DIARREICAS.

Objetivo: CABEZA: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES, SIN MASAS. MUCOSAS HÚMEDAS ROSADAS, CUELLO SIN MASAS, ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA OCLUIDA GASAS LIMPIAS, ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: SIN SOPORTE VENTILATORIO, TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL TÓRAX NORMOEXPANSIVO. MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, ESCASA MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL, SONDA GASTROSTOMÍA FUNCIONAL TOTAL POSICIONADA, GRANULOMA ESTIGMAS DE SANGRADO NO ACTIVO. EXTREMIDADES: PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES SIMÉTRICOS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G I, MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5, RESTO DE EXTREMIDADES 1/5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	79x min	FR:	19x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	121/69	TA Media:	86,33		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por cánula nasal

Analisis: PACIENTE MASCULINO, DE 65 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO DE: POLITRAUMATISMO,SECUELAS DE TRM C6, FALLA VENTILATORIA RESUELTA, AYER SE DECANULÓ HOY CON EPISODIO UNICO DE DESATURACION POR SECRECIONES DE DEJA BROMURO ?. CON HORARIO SE DEJA CON SOPORTE DE O2 POR VENTURY AL 31% VIGILAR EVOLUCION:DEPOSICIONES ABUNDANTES QUE LIMITAN CURACION DE ULCERA SACRA SE SUSPENDE BISACODILO HIDROXIDO DE MG SE ORDENA LOPERAMIDA

Plan Manejo: VENTURY AL 31% BROMURO CADA 6H LOPERAMIDA 2MG CADA 8H

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 03/07/2017 12:10:33 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION CRONICA SIN SIGNSO DE SIRS NI SIFICULTAD RESPIRATORIA

Objetivo: MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS DIURESIS Y DEPOSICION POSITIVAS OSTOMIAS SANAS (GTT - TQT) RESPIRACION ESPONTANEA, DECANULADO, TRAQUOSTOMA EN CUBIERTO EN CIERRE, FIO2 28% (CN) GCS 15/15, DEFIRI MOTOR SECUELAR, MAL PATRON TUSIGENO CON ABUNDANTE MOVILIZACION DE SECRESIONES ABDOMEN CON GASTROTSOMIA FUNCIONAL, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DISTENSION EXT SIMETRICAS, PULSOS POSITIVOS, EMACIADAS. UPP SACRA GRADO III DE FONDO NECROTICO CUBIERTO CON APOSITIO DUODERM, ULCERA TROCANTERICA GRADO II CON FONDO FIBRINOSO CUBIERTO CON DUODERM

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	79x min	FR:	17x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	147/83	TA Media:	104,33		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por cánula nasal

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS NEUROLOGICAS SEVERAS ECUNDARIAS POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO CON NIVEL DE LSION ALTO... REQUIRIO VMI... SE REALIZO TQT Y SE LOGRO DESTE DE VENTILADOR... SE LOGRO DECANULACION... AHORA CON MAL MANEJO DE SECRESIONES POR TOS INEFECTIVA EN MANEJO CON IPRATROPIO PARA BRONCORREA... SE INDICA MANEJO DE LA MISMA CON HIOSCINA... RESTO DE MANEJO IGUAL

Plan Manejo: EVOLUCION REALIZADA POR DR ALEXANDER CANO, CC 1130620654, RM 763793-12

Fecha | Profesional | Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 04/07/2017 9:00:16 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE REFIERE ESTAR BIEN, NIEGA FIEBRE O DISNEA, TOLERA DECANULACION, AUNQEU EN OCASIONES PRESENTA DESATURACION CONTROLADA CON TERAPIA Y OXIGENO, TOLERA NUTRICION POR BOCA, AUN CON GASTROSTOMIA. ME REFIERE AUXILIAR QUE ESTA SOMNOLIENTO. NO HAY CAMBIOS DE FIEBRE.

Objetivo: ALERTA – ACTIVO – HIDRATADO CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – NO SECRECIONES , CON OSTOMIA DE PREVIA TQT SINCAMBIOS INFLAMATORIOS O SANGRADO, CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS – VM AC X V ACOPLADO – PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO – DEPRESIBLE – NO MEGALIAS – NO DEFENSA ABDOMINAL – RHA

CONSERVADOS – BOTON GASTROSTOMIA POSICIONADO SIN SECRECIONES HEMATOLOGICO NO SANGRADO EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS DIURESIS EN PAÑAL NEUROLOGICO RESPUESTA A ESTIMULOS VERBALES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	66x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	92/60	TA Media:	70,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: PACIENTE CONDICION DESCRITA, POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR DE GASTROSTOMIA, SE RETIRA CANULA SE TOT EL DIA SABADO, CON EXITO, AUNQUE EN OCASIONES PRESENTA DESATUURACION PERO MEJOA CON TERAPIA, TOLERA NUTRCION POR VIA ORAL, SS VALORACION POR FONOAUDIOLOGIA Y NUTRICION. DADO QUE SE SUSPENDE NUTRICION ENTERAL EL FIN DE SEMANA. AL MOMENTO ESTABLE. SIRS MODULADO, NO CAMBIOS NEUROLOGICOS. ACOPLADO VM. TOLERA VO. AL MOMENTO SIN CAMBIOS. SE DECIDE IGUAL MANEJO MEDICO.

Plan Manejo: VALL POR FONOAUDIOLOGIA Y NUTRICION RESTO DE MANEJO IGUAL

Fecha	Profesional	Observacion
04/07/2017 12:52:55 PM	Francisco Ignacio Vela	PACIENTE CON DESATURACION DE 75 % CON CANULA NASAL SE INCIIA VENTURY 50% CON SATURAICON DE 88 %. SE ASCULTA CAMPO DERECHO NORMAL, SIN SOBREAGREGADOS, CAMPO IZQUIERDO DISMINUIDO SIN SOBREAGREGADOS. SE SOLICITA MANEJO CON VMNI, EN CASO DE NO HABER MEJORIA SE PENSARA EN REMITIR. RESTO DE MANEJO IGUAL. GLUCOMETRIA 116 MG/DL. PACIENTE SE TORNA HIPOREXICO.
04/07/2017 04:04:08 PM	Francisco Ignacio Vela	PACIENTE OCN MEJORIA DE CUADRO RESPIRATORIO CON PASO DE CANULA DE TOT DESECHABLE NUMERO 6 POR PARTE DE TERAPIA RESPIRATORIA, ASI MISMO SE ASPIRAN SECRESIONES ESPESAS AMARILLENTAS, SE DECIDE TOMA DE CULTIVO DE SOT, RX DE TORAX Y GASES ARTERIALES, HAY MEJORIA PARCIAL Y ESTABILIDAD DE PACIENTE. MED INTERNA DR DIAZ, REFIERE NO REMITIR PACIENTE POR LO CUAL SE SUSPEDE PROCESO DE REMISION. SE ESTA ATENTO A EVOLUCION CLINICA. SATURACION DE 90 % CON FIO2 32%, NO HAY NECESIDAD DE SOPORTE VENTILATORIO EN EL MOMENTO.- SE REINICIA NUTRICION CON JEVITY HASTA NUEVA ORDEN. SS VALL POR FONOAUDIOLOGIA Y NUTRICION.

EVOLUCIÓN DIARIA: 05/07/2017 1:37:50 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION CRONICA SIN SIGNSO DE SIRS NI SIFICULTAD RESPIRATORIA ALGO HIPODINAMICO

Objetivo: MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS DIURESIS Y DEPOSICION POSITIVAS OSTOMIAS SANAS (GTT - TOT) RESPIRACION ESPONTANEA POR TOT FIO2 21% GCS 10/10 (TOT) ABDOMEIN CON GASTROTSOMIA FUNCIONAL, PERISTALTISMO POSITIVO, LEVE DISTENSION EXT PULSOS POSITIVOS. EMACIADAS.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	79x min	FR:	18x min	Temperatura:	36,2°C
	T/A:	121/66	TA Media:	84,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: PACIENTE CON SECUELAS NEUROLOGICAS SEVERAS ECUNDARIAS POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO CON NIVEL DE LSION ALTO... REQUIRIÓ VMI... SE REALIZO TOT Y SE LOGRO DESTE DE VENTILADOR... AL IGUAL QUE SE LOGRO DECANULAR.. EL DIA DE AYER PRESENTO SEVERO CUADRO DE DIFICULTAD RESPIRTORIA QUE OBLIGO A RECANULACION CON POSTERIOR ASPIRACION DE ABUNDANTES SECRESIONES CON POSTGERIOR EPISODIO DE HIPOTENSION QUE RESOLVIO... SE SOSPECHO CUADRO DE ATELECTASIA POR LO QUE TIENE PENDIENTE RX DE TORACX PARA CONFIRMAR Y SE ENCUENTRA EN RECLUTAMIENTO CON ADEUCADA TOLERANCIA Y EVOLUCIÓN... AHORA ESTABLE... NORMOTENSO POSTERIOR A REPOSICION DE VOLEMIA... SE CONTONUA MANEJO MEDICO ESTABLECIDO

Plan Manejo: IGUAL MANEJO MEDICO EVOLUCIÓN REALIZADA POR DR ALEXANDER CANO, CC 1130620654, RM 763793-12

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 06/07/2017 2:03:30 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE REFIERE BUEN ESTADO GENERAL, SIN NUEVOS EPISODIOS DE DESCOMPENSACION TOLERANDO VENTURY AL 24%

Objetivo: CABEZA: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES, SIN MASAS. MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, CUELLO SIN MASAS, ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL CANULA # 6 VENTURY AL 24% ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: SIN SOPORTE VENTILATORIO, TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL TÓRAX NORMOEXPANSIVO. MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL, SONDA GASTROSTOMÍA FUNCIONAL TOTAL POSICIONADA, GRANULOMA ESTIGMAS DE SANGRADO NO ACTIVO. EXTREMIDADES: PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES SIMÉTRICOS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G I, MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5, RESTO DE EXTREMIDADES 1/5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.ULCERA SACRA GIII ESCARA EN TROCONTER DERECHO GII-III SECRECION PURULENTA FETIDA

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	63x min	FR:	20x min	Temperatura:	37°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomia

Analisis: PACIENTE MASCULINO, DE 65 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO DE: POLITRAUMATISMO.SECUELAS DE TRM C6, CON INTENTO FALLIDO DE DECANULACION POR MAL PATRON DE TOS, AHORA ESTABLE SIN DESATURACION SECRECIONES MODERADAS EN RECLUTAMIENTO SE

bnl

150

COMENTO CON DR DIAZ QUIEN DECIDE SOLICITAR RX TORAX PARA DESCARTAR ATELECTASIA, POR ULCERAS DE EVOLUCION TORPIDA SE SOLICITA VALORACION POR TEO, SE ESPERA REPORTE DE PARACLINICOS (CULTIVO CH PCR)PARA DEFINIR INICIO DE ATB.

Plan Manejo: SS VALORACION PRIORITARIA POR TEO SS RX TORAX AP LATERAL

Fecha	Profesional	Observacion
06/07/2017 05:46:55 PM	Juliana Marcela Vasquez	REPORTE DE PARACLINICOS CON LEUCOCITOSIS PCR MUY ELEVADA SE COMENTA PACIENTE CON DR DIAZ CONSIDERA INICIAR MEROPENEM 2GR CADA 8H PARA CUBRIMIENTO FOCO PIEL Y POSIBLE PULMONAR SE ESPERA REPORTE DE CULTIVOS. SE EXPLICA A LA HIJA PASAO A SEGUIR.
06/07/2017 05:48:32 PM	Juliana Marcela Vasquez	05/07/2017 CUADRO HEMATICO Leucocitos: 14.93 Linfocitos %: 9.70 Neutrofilos %: 86.27 Hemoglobina: 9.31 Hematocrito: 28.36 Plaquetas: 517 PROTEINA C REACTIVA (PCR): 218.30

EVOLUCIÓN DIARIA: 07/07/2017 8:23:26 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES ALIMENTACION ENTERAL Y ORAL SOPORTE VENTILATORIO

Objetivo: PACIENTE EN CAMA POSTRADO ALERTA CC NORMOCEFALO – PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS – CUELLO MOVIL – TQT CON SECRECIONES MUCOIDES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLSO RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS GASTROINTESTINAL ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO DISTENDIDO SIN MASAS GASTROSTOMIA SIN FILTRACIONES EXTREMIDADES HIPOTROFICAS LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NO EDEMAS PULSOS OCNSERVADOS NEUROLOGICO SECUELADO SIN CAMBIOS RELEVANTES

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	14x min	Temperatura:	35°C
	T/A:	110/72	TA Media:	84,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE POLITRAUMA SEVERO, PORTADOR TOT + GASTROSTOMIA – AL MOMENTO ESTABLE, SIRS MODULADO. NO CAMBIOS NEUROLOGICOS, TOLERA NET POR DISTENCION ABDOMINAL SE SUSOPENDE ALIMENTO DE LA 10 AM IGUAL MANEJO MEDICO

Plan Manejo: IGUALES ORDENES MEDICAS

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 08/07/2017 5:38:46 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: PACIENTE ESTBLE SURANTE LA NOCHE, SIN DESATURACIONES CON SOPOTE DE VENTURY AL 24%, NIEGA SINTOMAS.DIURESIS Y DEPOSICION EN PAÑLA SIN ALTERACIONES.

Objetivo: CABEZA: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES, SIN MASAS. MUCOSAS HÚMEDAS ROSADAS, CUELLO SIN MASAS, ESTOMA DE TRAQUEOSTOMIA CONECTADO AVENTURY AL 24% ESCASA SECRECIONES MUCOIDES. CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES NO PRESENTA SOPLOS. RESPIRATORIO: SIN SOPORTE VENTILATORIO, TRAQUEOSTOMIA FUNCIONAL TÓRAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, ESCASA MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL, SONDA GASTROSTOMÍA FUNCIONAL TOTAL POSICIONADA, GRANULOMA ESTIGMAS DE SANGRADO NO ACTIVO. EXTREMIDADES: PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES SIMETRICOS. LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. EDEMA EN 4 EXTREMIDADES G I, MOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 2/5, RESTO DE EXTREMIDADES 1/5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS.PIEL ULCERA SACRA G III-IV, ULCERA EN ZONA TROCANTÉRICA DERECHA GIII CUBIERTAS

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	86x min	FR:	19x min	Temperatura:	36,5°C
	T/A:	105/66	TA Media:	79		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomía

Analisis: PACIENTE MASCULINO, DE 65 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO DE: POLITRAUMATISMO,SECUELAS DE TRM C6, CON ULCERAS POR PRESION EN ZONA SACRA Y TROCANTERICA DERECHA ACTUALMENTE SOBREINFECTADAS EN MANEJO ATB CON MEROPENEM DIA 2/14 ADECUADA TOLERANCIA, SE CONTINUA MANEJO INSTAURADO SE ESPERA VALORACION POR TEO Y TOMA DE RX DE TORAX.

Plan Manejo: IGUAL MANEJO

Fecha	Profesional	Observacion

Nutricionista

EVOLUCIÓN DIARIA: 15/06/2017 10:38:19 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633^GASTROSTOMIA - Z931^INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960^TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, en compañía de auxiliar de enfermería, con traqueostomía y gastrostomía funcionante.

Objetivo: Seguimiento a la terapia nutricional.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	76x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	125/70	TA Media:	88,33		

Sistema de Ventilacion:

Analisis: Paciente de 65 años, en el servicio de REMEO CENTER, estable, sin dificultad respiratoria, con traqueostomía, gastrostomía como única forma de alimentación, por la cual recibe nutrición enteral con formula nutricional con alto aporte de fibra, Yevity, 1500 ml al día, tolerando, no nauseas, no vomitos, no reflujo gastroesofágico, tolerando adecuadamente el tratamiento nutricional, por lo cual continua igual.

Plan Manejo: Continuar con formula nutricional con alto aporte de fibra Yevity, LPC x 1500 ml, 1500 ml al día, 30 LPC al mes.

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 29/06/2017 12:49:40 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633

GASTROSTOMIA - Z931^INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960^TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, en compañía de auxiliar de enfermería, con traqueostomía y gastrostomía funcionante.

Objetivo: Seguimiento a la terapia nutricional.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	65x min	FR:	17x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/69	TA Media:	79,33		

Sistema de Ventilacion:

Analisis: Paciente de 65 años, en el servicio de REMEO CENTER, estable, sin dificultad respiratoria, con traqueostomía, gastrostomía por la cual recibe nutrición enteral con formula nutricional con alto aporte de fibra, Yevity, 1500 ml al día, tolerando, no nauseas, no vomitos, no reflujo gastroesofágico, luego de resultado de videoscopia favorable fonoaudiología ordena inicio de alimentacion vía oral con dieta blanda , líquidos espesos, vigilar tolerancia al inicio de vía oral.

Plan Manejo: Continuar con formula nutricional con alto aporte de fibra Yevity, LPC x 1500 ml, 1500 ml al día, 30 LPC al mes.

Fecha	Profesional	Observacion

Psicologo

EVOLUCIÓN DIARIA: 30/05/2017 1:38:27 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633^GASTROSTOMIA - Z931^INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960^TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Usuario alerta estable.

Objetivo: Intervencion por psicologia

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	21x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	120/78	TA Media:	92		

Sistema de Ventilacion:

Analisis: Usuario alerta adulto ubicado en habitacion de Remeo Center, paciente consciente y orientado en tiempo lugar y persona, receptivo a la intervencion, manifiesta sentirse bien, refiere que su hija lorena es quien participa como cuidadora en su proceso de salud y que cuenta con su apoyo, paciente emocionalmente estable, niega situaciones de perturbacion para su bienestar.

Plan Manejo: Brindar apoyo y orientacion a Nivel emocional. / Mantener motivacion en el paciente / fortalcer red de apoyo familiar.

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 12/06/2017 5:56:49 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

IS)

152

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633

GASTROSTOMIA - Z931^INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960^TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Usuario en habitacion de Remeo Center

Objetivo: Intervencion por psicologia.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	21x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/78	TA Media:	88,66		

Sistema de Ventilacion:

Analisis: Usuario alerta consciente orientado en sus tres esferas, con avances a nivel respiratorio en su proceso, se dialoga sobre esta situacion, se muestra receptivo, motivado, paciente que cuenta con una buena red de apoyo que brinda binestar a su proceso.

Plan Manejo: Mantener motivacion del paciente en su proceso / Brindar apoyo y orientacion a nivel emocional.

Fecha	Profesional	Observacion

Terapeuta respiratorio

EVOLUCIÓN DIARIA: 31/03/2017 6:43:02 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633^GASTROSTOMIA - Z931^INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960^TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente procedente de clínica aproximadamente a las 16 horas llega estable consiente orientado , sin respuesta motora con apertura ocular con respuesta verbal. en semaforizacion roja

Objetivo: paciente de 65 años de edad con dx de trauma raquimedular en cama estable sin signos de dificultad respiratorio en ventilación mecánica modo. fr 12. peep 6 , vc 500, fio2 28%, sen 2, sto2 98%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	100x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	120/60	TA Media:	80		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Patrón respiratorio costal superior ritmo regular amplitud superficial, auscultación campos pulmonares presente. con roncus generalizados que mejoran su tonalidad después de la terapia

Plan Manejo: Se realizo AFE, succión por TQT se obtiene secreciones en moderada cantidad. cuidados de estoma, higiene de endocanula, cambio de hiladillo tolera se deja estable sin sobreagregados con estoma sano

Fecha	Profesional	Observacion
31/03/2017 06:59:51 PM	Yamilet Vargas Mena	rgt 762595-09

EVOLUCIÓN DIARIA: 01/04/2017 2:22:11 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633

GASTROSTOMIA - Z931^INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960^TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama despierto, en compañía de la familiar.

Objetivo: Paciente con Dx: Trauma Raquimedular con ventilación mecánica modo A/C VC:500 Peep:6 FR:12 Flo2:28%, saturando 96%, con estabilidad hemodinámica.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	108x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	105/60	TA Media:	75		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTÉGRAL: Sin signos de dificultad respiratoria, a la auscultación aireación broncopulmonar presente con roncus en VAS.

Plan Manejo: Con el objetivo de permeabilizar vía aérea y mantener volúmenes pulmonares realizo posicionamiento, aceleración del flujo espiratorio. vibración y succion por TQT y boca obteniendo secreciones mucoamarillas en moderada cantidad + cuidados de TQT. Paciente tolera tratamiento y queda estable dentro de su condición inicial saturando 97%.

Fecha	Profesional	Observacion
01/04/2017 03:00:58 PM	Jair Jhony Bravo Mosquera	Encuentro pacte en cama despierto, en compañia de la familiar, con ventilacion mecanica modo A/C iguales parametros, saturando 96%, Fr 14rpm, Fc 105lpm, sin signos de dificultad respiratoria, a la auscultacion aireacion broncopulmonar presente con roncus en apices pulmonares, se le realiza posicionamiento, aceleracion del flujo espiratorio, vibracion y succion por TOT y boca obteniendo secreciones mucoamarillas en moderada cantidad + cuidados de TOT. Pacte tolera tratamiento y queda estable dentro de su condicion inicial.

EVOLUCIÓN DIARIA: 02/04/2017 4:44:39 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960^TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio con los siguientes parametros modo AC VC500 PEEP 6 FR 14.semaforizacion roja

Objetivo: Cuidados de via aerea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, auscultacion campos pulmonares ventilados ruidos sobreagregados dados por roncus apicales.

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma más cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
02/04/2017 04:57:50 PM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultación campos pulmonares ventilados ruidos sobreagregados dados por roncus, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 03/04/2017 11:47:54 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960

TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio con los siguientes parametros modo AC VC 500 PEEP 6 FR12.semaforizacion roja

Objetivo: cuidados de via aerea, evitar complicaciones de origen respiratorio, mejorar mecanica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	99x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: paciente estable, con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados ruidos sobreagregados dados por roncus

Plan Manejo: se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiracion de secreciones por traqueostomia, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
03/04/2017 11:52:51 AM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: paciente en iguales condiciones generales con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, auscultacion campos pulmonares ventilados, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 04/04/2017 3:42:35 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente estable en ventilacion mecanica sin respuesta motora verbal ocular espontanio, en semaforizacion roja

ESI

154

Objetivo: paciente estable en ventilacion mecanica modo a-c sen 2, peep 6, fr 12, vc 500, fio2 28%, sto2 98%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	76x min	FR:	20x min	Temperatura:	36ºC
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: tórax normolíneo, expansibilidad torácica simétrica, frémito bronquico presente, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares, con presencia de roncus generalizados

Plan Manejo: Se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, el cual se observa granuloma, percusión, aceleración de flujo, vibración, drenaje postural, succion tqt, abundantes secreciones mucoides gruesas, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2 98%

Fecha	Profesional	Observación
04/04/2017 03:59:22 PM	Yamilet Vargas Mena	Paciente en cama, en iguales condiciones generales, con TQT + ventilación mecánica con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a dicho soporte , a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con presencia de roncus , se realiza como intervención monitoreo ventilatorio, , cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibracion, succion TQT, abundantes secreciones mucoides gruesas, succión boca, abundante sialorrea, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con TQT permeable y funcional con fr 20, fc 87, sto2 98%

EVOLUCIÓN DIARIA: 05/04/2017 3:33:46 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente con traqueostomia más soporte ventilatorio con los siguientes parámetros MODO A/c, VT: 500, FR: 12, PEEP: 6, FIO2: 28% acoplado a la ventilación mecanica

Objetivo: Cuidados de vía aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	80x min	FR:	12x min	Temperatura:	36,1ºC
	T/A:	120/87	TA Media:	98		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: Paciente con traqueostomia funcional y permeable, con soporte ventilatorio acoplado, sincrónico, hemodinamicamente estable, con buena mecánica ventilatoria, no hay presencia de signos de dificultad respiratoria, auscultación campos pulmonares ventilados

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma más cambio de hiladillo , aspiración de secreciones por traqueostomia con sonda de succión cerrada obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, paciente que tolera tratamiento

Fecha	Profesional	Observación
05/04/2017 04:11:54 PM	Marisel Orrego Suarez	Paciente con traqueostomia permeable, con soporte ventilatorio acoplado, sincrónico, hemodinamicamente estable, auscultación campos pulmonares ventilados. Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales ,aspiración de secreciones por traqueostomia con sonda de succión cerrada obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, paciente que tolera tratamiento

EVOLUCIÓN DIARIA: 06/04/2017 11:23:53 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, estable, sin signos de dificultad respiratoria.

Objetivo: Paciente adulto, con traqueostomia funcional, conectado a ventilación mecánica en modo AC: VC:500, PEEP: 6, SEN: -2, FRP: 12, fio2: 28%, saturando 97%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	51x min	FR:	14x min	Temperatura:	36,3ºC
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Valoración integral: Paciente con patron respiratorio toracoabdominal, amplitud profunda, ritmo regular, a la ausculatción sonido broncopulmonar presenten en ambos campos pulmonares con roncus generalizados.

Plan Manejo: Realizo como tratameito aceleración de flujo espiratorio, percusión, aspiración profunda por TQT obteniendo moderada cantidad de secreción mucoamarilla, realizo cuidados de estoma de traqueostomia y cambio de hiladillo. Paciente tolera tratamiento y se deja estable.

Fecha	Profesional	Observación
		Veronica mosquer aortiz. Terapeuta respiratoria. REG. 761211

06/04/2017 11:23:53 AM	Veronica Mosquera Ortiz	
06/04/2017 05:11:57 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Paciente en cama, estable sin signos dedificultad respiratoria, a la auscultación sonido broncopulmonarpresente en ambos campos pulmonares con roncosu generalizados. Realizo como tratamello aceleración de flujo aspiración por TQT obteniendo abundante cantidad de secreción mucoide, realizo cuidados de traqueostomia. Paciente tolera tratamiento se deja estable.

EVOLUCIÓN DIARIA: 07/04/2017 11:40:20 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio con los siguientes parametros modo AC VC 500 PEEP 6 FR 12.semaforizacion roja

Objetivo: Cuidados de via aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	99x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/60	TA Media:	76.66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria. auscultacion campos pulmonares ventilados ruidos sobregregados dados por roncus generalizados

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma más cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
07/04/2017 11:44:50 AM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE:paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria. auscultacion campos pulmonares ventilados ruidos sobregregados dados por roncus generalizados,se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial paciente que tolera tratamiento

EVOLUCIÓN DIARIA: 08/04/2017 3:01:01 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente con traqueostomia más soporte ventilatorio con los siguientes parámetros MODO A/C, VT: 500, FR: 12, SEN: 2, PEEP: 6, FIO2: 28%, acoplado a la ventilación mecánica

Objetivo: Cuidados de vía aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	14x min	Temperatura:	36.2°C
	T/A:	120/85	TA Media:	96.66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente con traqueostomia funcional y permeable, con soporte ventilatorio acoplado, sincronico. hemodinamicamente estable. con buena mecánica ventilatoria, no hay presencia de signos de dificultad respiratoria, auscultación campos pulmonares ventilados

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma más cambio de hiladillo , aspiración de secreciones por traqueostomia con sonda de succión cerrada obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
08/04/2017 03:03:33 PM	Marisel Orrego Suarez	Paciente con traqueostomia permeable, con soporte ventilatorio acoplado, sincrónico, hemodinamicamente estable, auscultacion campos pulmonares ventilados. Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, aspiración de secreciones por traqueostomia con sonda de succión cerrada obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, se disminuye fuio2 al 24%. paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 09/04/2017 3:38:27 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

59

156

Subjetivo: Paciente con traqueostomia más soporte ventilatorio con los siguientes parámetros MODO A/c, VT: 500, FR: 12, FIO2: 24%, SEN: 2, PEEP: 6, acoplado a la ventilación mecánica, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de vía aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	12x min	Temperatura:	36,2°C
	T/A:	110/85	TA Media:	93,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente con traqueostomia funcional y permeable, con soporte ventilatorio acoplado, sincrónico, hemodinamicamente estable, con buena mecánica ventilatoria, no hay presencia de signos de dificultad respiratoria, auscultación campos pulmonares ventilados

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo , aspiración de secreciones por traqueostomia con sonda de succión cerrada obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
09/04/2017 03:46:31 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: Paciente con traqueostomia permeable, con soporte ventilatorio acoplado, sincrónico, hemodinamicamente estable, auscultación campos pulmonares ventilados. Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, aspiración de secreciones por traqueostomia con sonda de succión cerrada obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, paciente que tolera tratamiento

EVOLUCIÓN DIARIA: 10/04/2017 12:20:51 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, estable, sin signos de dificultad respiratoria.

Objetivo: Paciente conectado a ventilación mecánica en modo AC por volumen, con VC:500, PEEP:6, FRP:12, FIO2:24%, saturando 97%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	69x min	FR:	16x min	Temperatura:	36,0°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Valoración integral: Paciente con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitud superficial, ritmo regular, a la auscultación sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con roncus generalizados.

Plan Manejo: Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración, aspiración por TOT obteniendo abundante cantidad de secrecion mucoide, realizo cuidados de tarqueostomia, cambio de hiladillo. Se realiza cambio a modo espontaneo con PS:12, PEEP:6, SEN: -2, FIO2:24%, a tolerancia. Paciente tolera tratamiento y se deja en modo espontaneo realizando frecuencias y volúmenes adecuados.

Fecha	Profesional	Observacion
10/04/2017 12:20:51 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquera ortiz. Terapeuta respiratoria. REG: 761211
10/04/2017 02:00:35 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Encuentro paciente en cama, estable, sin signos de dificultad respiratoria, conectado a ventilación mecánica en modo espontaneo, a la auscultación sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con roncus generalizados. Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración, aspiración profunda por TOT obteniendo abundante cantidad de secreción mucosanguinolenta, realizo cuidados de traqueostomia. S e realiza cambio a modo AC por volumen. Paciente tolera tratamiento y se deja estable.

EVOLUCIÓN DIARIA: 11/04/2017 1:29:25 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio con los siguientes parametros modo AC VC 500 PEEP 6 FR 14.semaforizacion roja.

Objetivo: Cuidados de via aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	88x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/68	TA Media:	78,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinámicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados ruidos sobreagregados dados por roncus

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
11/04/2017 01:34:00 PM	Angélica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio, acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados ruidos sobreagregados dados por roncus, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria,aceleracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados d estoma e higiene bronquial, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 12/04/2017 2:32:39 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/+/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: encuentro paciente en am en ventilacion mecanica sin respuesta motora verbal, ocular espontania en semaforizacion roja con canula d e tqt funcional,

Objetivo: pacienrte estable en ventilacion mecanica modo a-c sen 2, peep 6, fr 12 vc 500, sto2 98%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente estable acoplado con patron respiratorio toraxn abdominal ritmo regular amplitud superficial, paciente con tos efetiva al e uscultacion con rioonsu garalizados que mejoran su tonalidad despues de la terapia...

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hilodillo, aspiracion de secreciones por traqueostomia obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, paciente que tolera tratamiento

Fecha	Profesional	Observacion
12/04/2017 02:51:39 PM	Yamilet Vargas Mena	Paciente en cama, en iguales condiciones generales, con TQT + ventilacion mecánica con iguales parametros ventilatorios, acoplado a dicho soporte , a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con presencia de roncus , se realiza como intervencion monitoreo ventilatorio,, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succion TQT, abundantes secreciones mucoides gruesas, succion boca, abundante sialorrea, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con TQT permeable y funcional, fr 20, fc 83, stop2 98%

EVOLUCIÓN DIARIA: 13/04/2017 2:36:12 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: pacienrte estable en ventilacion mecanica sin respuesta motora, verbal, ocular espontanio, en semaforizacion roja canula de tqt funcional

Objetivo: paciente e stable e n va ventilado modo ac sen 2, peep 6, vc 500, fio2 28%, fr 12, sto2 98%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	87x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	90/60	TA Media:	70		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: tórax normolíneo, expansibilidad torácica simétrica, frémito bronquico presente, a la auscultacion pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares, con presencia de roncus generalizados

Plan Manejo: Se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, el cual se observa granuloma, percusión, aceleración de flujo, vibración, drenaje postural, succion tqt, abundantes secreciones mucoides gruesas, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2 98%

Fecha	Profesional	Observacion
13/04/2017 02:53:57 PM	Yamilet Vargas Mena	Paciente en cama, en iguales condiciones generales, con TQT + ventilación mecánica con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a dicho soporte , a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con presencia de roncus , se realiza como intervencion monitoreo ventilatorio,, cuidados de estoma, percusión, aceleracion de flujo, vibración, succion TQT, abundantes secreciones mucoides gruesas, succion boca, abundante sialorrea, higiene de endocanula, paciente tolera intervencion queda con TQT permeable y funcional, fr 20, sto2 98% , fc 85%

EVOLUCIÓN DIARIA: 14/04/2017 1:27:39 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

151

158

Subjetivo: Paciente en cama, en buenas condiciones generales.

Objetivo: Paciente adulto mayor, conectado y acoplado a ventilación mecánica en modo AC por volumen, con VC: 500, PEEP: 6, SEN: -2, FIO2: 24%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	76x min	FR:	12x min	Temperatura:	35,0°C
	T/A:	116/70	TA Media:	85,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Valoración integral: Paciente con patron respiratorio toracoabdominal amplitud superficial, ritmo regular, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmoares con roncsu generalizsados.

Plan Manejo: Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibracion, aspiracion por TQT obteniendo abundante cantidad de secrecion mucoamarilla, realizo cuidados de traqueostomia y cambio de hiladillo. Paciente tolera tratamiento y se deja estable.

Fecha	Profesional	Observacion
14/04/2017 01:27:39 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica msoquera ortiz. TERAPEUTA RESPIRATORIA. reg: 761211
14/04/2017 01:27:39 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Pacienet en iguales condiciones generales, con traqueostomia funcional, a la ausculatcion murmullo vesicular presente an ambso campos pulmonares con roncus generalizados. Realizo como tratamiento aceleracion de flujo, aspiracion por TQT obteniendo moderada cantidad de secrecion mucoide, hiallan spor boca, realizo cuidados de tarqueostomia. Pacienet tolera tratamiento y se deja estable.

EVOLUCIÓN DIARIA: 15/04/2017 1:51:57 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio con los siguientes parametros modo AC VC 500 PEEP 6 FR14.semaforizacion roja

Objetivo: Cuidados de via aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	88x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico,se comunica con el entorno, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria , aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma más cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
15/04/2017 01:55:10 PM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincrónico, hemodinámicamente estable, con buena mecánica ventilatoria, auscultación campos pulmonares ventilados, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales ; cuidados de estoma e higiene bronquial obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 16/04/2017 3:37:21 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecánica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO a/C, vt: 500, fr: 12/17, peep: 6, fio2: 24%, sen: 2 acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilizacion de via aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volumenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	17x min	Temperatura:	36,5°C
	T/A:	110/85	TA Media:	93,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito broncuico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el día de hoy: monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observacion

16/04/2017 03:40:13 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecanica, semaforizacion roja, al examen fisico torax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt ' permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado, sato2: 99%

EVOLUCIÓN DIARIA: 17/04/2017 2:59:48 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilacion mecanica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO A/c, VT: 500, FR: 12, PEEP: 6. FIO2: 24% acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilizacion de via aerea artificial, maniobras de torax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	14x min	Temperatura:	36.3°C
	T/A:	130/85	TA Media:	100		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, fremito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, se pasa a modo espontaneo con ps de 12, el cual el paciente tolera 1 hora, despues de pasado dicho tiempo se toma polipneico el cual se devuelve a modo ASISTOCONTROL, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observacion
17/04/2017 03:04:24 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecanica, semaforización roja, al examen fisico torax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt ' permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 18/04/2017 1:16:29 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, estable, sin signos de dificultad respiratoria.

Objetivo: Paciente conectada a ventilación mecanica en modo AC por volumne, con VAC 500, peep: 6, sen.-2, frp: 12, fio2: 24%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	79x min	FR:	12x min	Temperatura:	36.0°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Valoración integral: Paciente con patrón respiratorio toracoabdominal, amplsitud profunda, ritmo regular, a la auscultación murmullo vesicular presenet en ambos campos pulmonares con roncus generalizados.

Plan Manejo: Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración, aspiración por TQT obteniendo abundante cantidad de secreción mucoide, realizo cuidados de traqueostomia, realizo cuidados de traqueostomia y cambio de hiladillo. Paciente tolera tratamiento y se deja estable

Fecha	Profesional	Observacion
18/04/2017 01:16:29 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Veronica mosquera ortiz. tgerapeuta respiratoria. REG: 761211
18/04/2017 01:16:29 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Paciente en iguales condiciones generales, a la auscultación sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con roncsu generalizados. Realizo tecnicas de desobstrucción bronquial,aspiración por TQT obteniendo abundante cantidad de secreción mucoide. Paciente tolera tratamiento y se deja estable

EVOLUCIÓN DIARIA: 19/04/2017 1:08:07 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

CHOQUE TRAUMATICO - T794

DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION - R633/-/GASTROSTOMIA - Z931/-/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA - J960/-/TRAQUEOSTOMIA - Z930

160

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio con los siguientes parametros modo AC VC 500 PEEP 6 FR12.semaforizacion roja

Objetivo: Cuidados de via aérea, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	98x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/60	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados ruidos sobreagregados dados por roncus

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hilodillo, aspiración de secreciones por traqueostomia obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
19/04/2017 01:15:58 PM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 20/04/2017 5:34:36 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecánica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO a/c, vt: 500, fr: 12, peep: 6, fio2: 24% acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilizacion de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	79x min	FR:	13x min	Temperatura:	36,3°C
	T/A:	125/78	TA Media:	93,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observacion
20/04/2017 05:36:29 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen físico tórax normo expansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio. cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt " permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 21/04/2017 2:46:48 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnósticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecánica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO A/C VT: 500, FR: 12, PEEP: 6, FIO2: 24% acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	13x min	Temperatura:	36,2°C
	T/A:	125/85	TA Media:	98,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normo expansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusion, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ abundantes secrecionos mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observacion
21/04/2017 03:17:59 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen físico tórax normoexpansivo, a la auscultacion pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio.

cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula. paciente tolera intervención queda con tqt ` permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 22/04/2017 3:13:55 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, somnoliento, en regulares condiciones generales.

Objetivo: Paciente conectado a ventilación mecánica en modo AC por volumen, con VC: 500, PEEP:6, SEN:-2, FRP:12.FIO2:28%. saturando 96%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	45x min	FR:	18x min	Temperatura:	36.0°C
	T/A:	110/60	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Valoración integral: Paciente con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitud superficita, ritmo regular, a la auscultación sonido broncopulmonar presente en ambas campos pulmonares con roncus generalizados.

Plan Manejo: Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración, aspiración por TQT obteniendo abundante cantidad de secreción mucoamarilla adherente, con gotas de sangre. realizo cuidados de traqueostomia donde evidencio sangre en endocanula, realizo cambio de hiladillo. paciente tolera tratamiento y se deja estable.

Fecha	Profesional	Observacion
22/04/2017 03:13:55 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquer ortiz. Terapeuta respiratoria. REG: 761211
22/04/2017 03:13:55 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Paciente en regulares condiciones generales, conectado a ventilación mecánica sin cambios, a la auscultación sonido broncopulmonar presente en amboa campos pulmonares con roncsu generalizados. Realiz como tratameintro aceleración de flujo espiratorio, vibración,aspiración porTQ obteniendo abundante cantidad de secreción mucoamarili, realizo cuidados de estoma de traqueostomia. Paciente tolera tratamiento y se deaj estable.

EVOLUCIÓN DIARIA: 23/04/2017 12:21:24 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio con los siguientes parametros modo AC VC 500 PEEP 6 FR 12.semaforizacion roja

Objetivo: Cuidados de via aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	50x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/60	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados ruidos sobreagregados dados por roncus generalizados

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
23/04/2017 12:28:19 PM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: Paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 24/04/2017 6:12:52 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecánica, con los siguientes parametros ventilatorios MODO A/c. VT: 500, FR: 12, PEEP: 6, FIO2: 24%, acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TQT. permeabilizacion de via aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	17x min	Temperatura:	36,2°C
	T/A:	125/85	TA Media:	98,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

191

162

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ abundantes secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observacion
24/04/2017 06:16:22 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen físico torax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt ' permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 25/04/2017 5:45:33 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecánica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO A/c, VT: 500, FR: 12, FIO2: 12, PEEP: 6 acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	13x min	Temperatura:	36,3°C
	T/A:	120/80	TA Media:	93,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observacion
25/04/2017 05:50:28 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilacion mecánica, semaforización roja, al examen físico torax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succion tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt ' permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 26/04/2017 1:46:42 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, estable, sin signos de dificultad respiratoria.

Objetivo: Paciente con traqueostomal funcional, conectado a ventilación mecánica en modo AC por volumen, con VC: 500, PEEP: 6, SEN: -2, FRP: 12, SEN: -2

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	55x min	FR:	12x min	Temperatura:	36,0°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Valoración integral: Paciente con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitud profunda, ritmo regular, a la auscultación sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con roncus generalizados.

Plan Manejo: Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración, aspiracion por TQT obteniendo abundante cantidad de secreción mucoamarill, realizo cuidados de traqueostomia y cambio de hiladillo. Paciente tolera tratamiento y se deja estable.

Fecha	Profesional	Observación
26/04/2017 01:46:42 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Veronica mosquera ortiz. Terapeuta respiratoria. REG: 761211
26/04/2017 01:46:42 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Paciente en cama, estable sin cambios, a la auscultación sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con roncus generalizados. Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración , aspiracion por TQT obteniendo abundante cantidad de secreción mucoide, hiallans por boca, realizo cuidados de traqueostomia. Paciente tolera tratamiento y se deja estable.

EVOLUCIÓN DIARIA: 27/04/2017 12:21:28 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio con los siguientes parametros modo AC VC 500 PEEP 6 FR 12,semaforizacion roja.

Objetivo: Cuidados de via aerea, evitar atelectasias, mejorar mecanica ventilatoria, evitar complicaciones de origen respiratorio.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/68	TA Media:	78,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados, se pasa a modo espontaneo con presion de soporte de 14 peep 6 , paciente que tolera durante 30 min, posterior a esto se pasa modo controlado, queda estable.

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
27/04/2017 12:29:04 PM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: paciente con traqueostomia, mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 29/04/2017 2:25:37 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecánica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO Ac, VT: 500, FR: 12, PEEP: 6, FIO2: 24%, acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	70x min	FR:	12x min	Temperatura:	36,1°C
	T/A:	110/85	TA Media:	93,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: torax normoexpansivo, tremito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observacion
29/04/2017 02:35:15 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen físico tórax normo expansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleracion de flujo, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt ' permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 30/04/2017 3:08:49 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, estable, sin signos de dificultad respiratoria.

Objetivo: Paciente con traqueostomía funcional, conectado a ventilación mecánica en modo AC por volumen, con VC: 500, PEEP: 6, SEN: -2, FRP: 12, FIO2: 28%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	12x min	Temperatura:	36,0°C
	T/A:	112/65	TA Media:	80,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Valoración integral: Paciente con patrón respiratorio toracoabdomonal, amplitud profunda, ritmo regular, a la auscultación sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con roncus generalizados.

Plan Manejo: Realizo como tratamineto técnicas de desobstrucción bronquial, higiene bronquía, con asistente de tos, obteniendo abundante cantidad de secreión mucoamarilla adherente, rallzo cuidados de traqueostomía y cambio de hiladillo. Paciente tolera tratamiemnto y se deja estable.

Fecha	Profesional	Observacion
30/04/2017 03:08:49 p.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquera ortiz. Terapeuta respiratoria. REG. 761211
30/04/2017 03:08:49 p.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Paciente estable, sin signos de dificultad respiratoria, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambso campos pulmonares con roncus generalizados. Realizo aspiración de secreciones, realizo ejercicios de fortalecimiento diafragmático. Incentivo inspiratorio y espiratorio. Paciente tolera tratamiento y se deaj estable.

163

164

EVOLUCIÓN DIARIA: 01/05/2017 11:36:51 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio con los siguientes parametros modo AC VC 500 PEEP 6 FR 14,semaforizacion roja.

Objetivo: Cuidados de vía aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	98x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados ruidos sobreagregados dados por roncus generalizados.

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia con sonda de succión cerrada, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
01/05/2017 11:41:52 AM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincrónico, hemodinamicamente estable, con buena mecánica ventilatoria, auscultación campos pulmonares ventilados, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 02/05/2017 1:02:06 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecanica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO A/C, VT: 500, FR: 12/17, FIO2: 24%, SEN: 2, PEEP: 6, acoplado a dichos parametros, semaforizacion roja

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	15x min	Temperatura:	36.5°C
	T/A:	125/85	TA Media:	98,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ abundantes secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99% y se cambia circuito de la ventilación mecanica

Fecha	Profesional	Observacion
02/05/2017 01:54:19 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen físico torax normoexpansivo, a la auscultacion pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusion, aceleración de flujo, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 03/05/2017 1:30:11 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecanica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO A/C, VT: 500, FR: 12, PEEP: 6, FIO2: 24% acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	17x min	Temperatura:	36,3°C
	T/A:	124/78	TA Media:	93,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observacion
03/05/2017 01:36:07 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA; TARDE:: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen físico tórax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio. cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt `permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 04/05/2017 2:33:19 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, estable despierto.

Objetivo: Paciente conectado a ventilación mecánica en modo AC por volumen, con VC: 500, PEEP: 6, SEN: -2, FRP.12, FIO2:28%, saturando 97%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	55x min	FR:	15x min	Temperatura:	35,7°C
	T/A:	110/72	TA Media:	84,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Valoración integra: Paciente con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitud superficial, ritmo regular, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares con roncus generalizados.

Plan Manejo: Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración, higiene bronquial con ayuda de asistenet de tos, aspiración por TQT obteniendo abundanet cantidad de secreción mucoamarilla, realizo cuidados de traqueostomia, cuello, cambio de hiladillo. Paciente tolera tratamiento y se deha estable.

Fecha	Profesional	Observacion
04/05/2017 02:33:19 p.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Pacinete en iguelas condiciones generales, con traqueostomal funcional, a la auscultación murmullo vesicular presneta en ambso campos pulmonares con roncus generalizado. Realizo técnicas de desobstrucción bronquial, aspiración por TQT obteniendo abundanet cantidad de secercion mucoamarill. Paciente tolera tratameinto y se deja estable.

EVOLUCIÓN DIARIA: 05/05/2017 2:29:03 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio con los siguientes parámetros modo AC VC 500 PEEP 6 FR12,semaforizacion roja.

Objetivo: cuidados de via aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73.33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecánica ventilatoria, auscultación campos pulmonares ventilados.

Plan Manejo: se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 06/05/2017 2:45:00 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: encuentro paciente e stable en ventilacion mecanica sin respuesta motora, verbakl ocular espontanio, en semaforizacion roja con canula de tqt funcional,

Objetivo: paciente estable en ventilacion mecanica modo a-c sen 2, peep 6, fr 12, vc 500, flo2 28% sto2 98%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	23x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73.33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: tórax normolineo, expansibilidad torácica simetrica, frémito bronquico presente, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares, con presencia de roncus generalizados

591

166

Plan Manejo: Se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, el cual se observa granuloma, percusión, aceleración de flujo, vibración, drenajo postural, succion tqt, abundantes secreciones mucoides gruesas, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2 98%

Fecha	Profesional	Observacion
06/05/2017 03:22:17 PM	Yamilet Vargas Mena	Paciente en cama, en iguales condiciones generales, con TQT + ventilación mecánica con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a dicho soporte , a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con presencia de roncus , se realiza como intervención monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succion TQT, abundantes secreciones mucoides gruesas, succion boca, abundante sialorrea, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con TQT permeable y funcional fr 20, fc 87, sto2 99%

EVOLUCIÓN DIARIA: 07/05/2017 2:42:32 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: encuentro paciente en ventilacion mecanica sin respuesta motora verbal, ocular espontanio, en semaforizacion roja , con canula de tqt funcional

Objetivo: pacoente estable en ventilacion mecanica modo a.c sen 2 peep 6, fr 12, vc 500, flo2 28% , sto2 98%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	89x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: tórax normolineo, expansibilidad torácica simétrica, frémito bronquico presente, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares, con presencia de roncus generalizados

Plan Manejo: Se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, el cual se observa granuloma, percusión, aceleración de flujo, vibración, drenaje postural, succion tqt, abundantes secreciones mucoides gruesas, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2 97%

Fecha	Profesional	Observacion
07/05/2017 02:47:26 PM	Yamilet Vargas Mena	Paciente en cama, en iguales condiciones generales, con TQT + ventilación mecánica con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a dicho soporte , a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con presencia de roncus , se realiza como intervención monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succion TQT, abundantes secreciones mucoides gruesas, succión boca, abundante sialorrea, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con TQT permeable y funcional fr 20, fc 98, sto2 99

EVOLUCIÓN DIARIA: 08/05/2017 2:27:21 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, estable despierto, sin signos de dificultad respiratoria.

Objetivo: Paciente con traqueostomia funciona, conectado y acoplado a ventilación mecánica en modo AC por volumen, con VC. 500, PEEP:6, SEN: -2, FRP: 12, SATURANDO 96%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	12x min	Temperatura:	36,5°C
	T/A:	110/70	TA Media:	83,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Valoración Integral: Paciente con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitud superficial, ritmo regular, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares con roncus generalizados.

Plan Manejo: Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración, aspiración por TQT obteniendo abundante cantidad de secreción mucoamarilla, realizo cuidados de traqueostomia y cambio de hiladillo. Paciente tolera tratamiento y se deja estable.

Fecha	Profesional	Observacion
08/05/2017 02:27:21 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquera ortiz. Terapeuta respiratoria. REG. 761211
08/05/2017 02:27:21 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Paciente en iguales condiciones generales, con traquesotomia funciona, conectada y acoplad a ventilación mecanica, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares con roncus generalizados. Realizo como tratamiento aceleracion de flujo espiratorio, vibración, aspiracion por TQT obteniendo abundante cantidad de scercion mucoamarilla, realizo cuidados de traqueostomia. Paciente tolera tratamiento y se deaj estable.

EVOLUCIÓN DIARIA: 09/05/2017 12:06:53 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio con los siguientes parametros modo AC VC 500 PEEP 6 FR 14,semaforizacion roja.

Objetivo: Cuidados de vía aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	88x min	FR:	14x min	Temperatura: 36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33	

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados ruidos sobreagregados dados por roncus generalizados.

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia con sonda de succión cerrada. paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observación
09/05/2017 12:15:22 PM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincrónico, hemodinamicamente estable, con buena mecánica ventilatoria; auscultación campos pulmonares ventilados, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 10/05/2017 5:31:51 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecánica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO A/c, VT: 500, FR: 12, FIO2: 24%, SEN: 2 acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	12x min	Temperatura: 36°C
	T/A:	120/70	TA Media:	86,66	

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultacion pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervencion el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusion, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observación
10/05/2017 05:36:20 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen físico tórax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt ' permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 11/05/2017 1:56:34 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecánica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO vt: 500, fr: 12, peep: 6, fio2: 24% acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilizacion de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	12x min	Temperatura: 36°C
	T/A:	125/87	TA Media:	99,66	

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultacion pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervencion el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusion, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observación
11/05/2017 02:05:22 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen físico torax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleracion de flujo, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt ' permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 12/05/2017 12:19:20 PM

1. DIAGNÓSTICOS

E9

168

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, hemodinamicamente estable, con TQT permeable y funcional + ventilación mecánica, con los siguiente parámetros ventilatorios. MODO : A/c vt: 500, fr: 12. sen: 2, peep_ 6 acoplado a la ventilación mecánica.

Objetivo: Paciente masculino. con dx anotados, tqt + soporte ventilatorio, permanente, semaforización roja

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	17x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/85	TA Media:	93,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: torax normolineo. expansibilidad torácica simétrica, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares. con presencia de roncus..

Plan Manejo: Se realiza, monitoreo ventilatorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, aceleración de flujo, succion tqt/ abundantes secreciones mucoides, succión boca/ abundante sialorrea. higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional

Fecha	Profesional	Observación
12/05/2017 12:25:12 PM	Marisel Orrego Suarez	Paciente en cama, hemodinamicamente estable, conectado a la ventilación mecánica, con iguales parámetros ventilatorios. acoplado a la ventilación mecánica, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con presencia de roncus, se realiza, monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succión tqt/ abundantes secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional , sato2: 99%

EVOLUCIÓN DIARIA: 13/05/2017 11:34:32 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente estable en ventilacion mecanica sin respuesta motora verbal ocular espontanio, en semaforizacion roja con canula de tqt funcional

Objetivo: encuentro paciente en ventilacion mecanica modo a-c sen 2, peep 6, fr 12, vc 500, , sto2 98%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	89x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: torax normolineo, expansibilidad torácica simétrica, frémito bronquico presente, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares. con presencia de roncus generalizados

Plan Manejo: Se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, al cual se observa granuloma, percusión, aceleración de flujo, vibración, drenaje postural, succion tqt, abundantes secreciones mucoides gruesas, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2 97

Fecha	Profesional	Observacion
13/05/2017 11:42:35 AM	Yamilet Vargas Mena	Paciente en cama, en iguales condiciones generales, con TQT + ventilación mecánica con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a dicho soporte , a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con presencia de roncus , se realiza como intervención monitoreo ventilatorio,. cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración. succion TQT, abundantes secreciones mucoides gruesas, succión boca. abundante sialorrea, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con TQT permeable y funcional FR 12, FC 99, STO2 98%

EVOLUCIÓN DIARIA: 14/05/2017 2:58:06 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecánica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO A/c, VT: 500, FR: 12/17, SEN: 2, PEEP: 6, FIO2: 24% acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volumenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	17x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/85	TA Media:	93,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el día de hoy: monitoreo ventilatorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides. higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional. sato2: 97%

Fecha	Profesional	Observacion

14/05/2017 03:08:06 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en iguales condiciones generales. con iguales parámetros ventilatorios. acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen físico tórax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio. cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succion tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 15/05/2017 12:31:13 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilacion mecánica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO A/c, VT: 500, FR: 12/19, FIO2: 24%, PEEP: 6 acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TQT. permeabilización de vía aérea artificial. maniobras de tórax. garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	17x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	120/78	TA Media:	92		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares. a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el día de hoy: monitoreo ventilatorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succion tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observacion
15/05/2017 12:33:31 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parametros ventilatorios, acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen fisico tórax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio. cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, con iguales parametros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 16/05/2017 1:07:43 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio.semaforizacion roja.

Objetivo: Cuidados de vía aérea. evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias. mejorar mecánica ventilatoria

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	98x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73.33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados.

Plan Manejo: Se realize como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia con sonda de succión cerrada, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
16/05/2017 01:09:59 PM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, auscultacion campos pulmonares ventilados, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria,a coleracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 17/05/2017 12:10:13 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico,semaforizacion roja.

Objetivo: Cuidados de vía aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	110x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73.33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

691

170

Analisis: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable,con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados.

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia con sonda de succión cerrada, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
17/05/2017 12:14:04 PM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, auscultacion campos pulmonares ventilados, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria,a celeracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 18/05/2017 12:10:11 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, semaforizacion roja.

Objetivo: Cuidados de vía aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Fisico:

Signos Vitales:	FC:	88x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/68	TA Media:	78,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado,sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados.

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia con sonda de succión cerrada, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
18/05/2017 12:14:42 PM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, auscultacion campos pulmonares ventilados, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria,a celeracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 19/05/2017 12:40:28 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecánica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO A/C , VT: 500, FR: 12/16, PEEP: 6, FIO2: 24%, acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de torax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Fisico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	16x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	120/85	TA Media:	96,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: torax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, s higiene de endocanula, burbujeo 3 series de 3 repeticiones, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 98%

Fecha	Profesional	Observacion
19/05/2017 02:36:20 PM	Yamilet Vargas Mena	Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen físico toras normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succion tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervencion queda con tqt permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado fr 20, fc 78, sto2 99%

EVOLUCIÓN DIARIA: 20/05/2017 12:16:20 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: encuentro paciente en cama estable en ventilación mecánica sin respuesta motora verbal, ocular espontanea, en semaforizacion roja con cánula de tqt funcional

Objetivo: paciente estable en ventilación mecánica fr 12, vc 500, sto2 98% , peep 6, fio2 24%

Exámen Fisico:

Signos Vitales:		FC:	10x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
		T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: tórax normoexpansivo. frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, succion boca/ moderada sialorrea. higiene de endocanula. paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional. sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observacion
20/05/2017 01:02:29 PM	Yamilet Vargas Mena	Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen físico tórax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusion, aceleración de flujo, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt ` permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado fr 18, fc 87, sto2 99% .

EVOLUCIÓN DIARIA: 21/05/2017 11:28:11 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, semaforizacion roja.

Objetivo: Cuidados de vía aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:		FC:	88x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
		T/A:	100/61	TA Media:	74		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente con traqueostomia funcional y permeable, acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados.

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia con sonda de succión cerrada, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
21/05/2017 11:30:25 AM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, auscultacion campos pulmonares ventilados, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria,a celeracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 22/05/2017 1:06:54 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecánica, con los siguientes parametros ventilatorios MODO a/C. vti: 500, fr: 12/16, fio2: 24%, peep: 6 acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TOT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:		FC:	75x min	FR:	16x min	Temperatura:	36,1°C
		T/A:	130/80	TA Media:	96,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones higiene de endocanula, burbujeo 3 series de 5 repeticiones, el cual se observa pobre respuesta a este ejercicio, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional. sato2: 98%

Fecha	Profesional	Observacion
22/05/2017 01:11:23 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen físico tórax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt ` permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 23/05/2017 11:08:56 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

A7

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente estable en ventilación mecánica sin respuesta motora verbal, ocular espontaneo, en semaforización roja

Objetivo: paciente estable en ventilación mecánica modo a-c sen 2, peep 6, fr 14, vc 5000, fio2 28% , sto2 99%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	98x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: tórax normoexpansivo, frémito broniquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, succión boca/ moderada sialorrea, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observacion
23/05/2017 01:30:59 PM	Yamilet Vargas Mena	Paciente en cama, en iguales condiciones generales, con TQT + ventilación mecánica con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a dicho soporte , a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con presencia de roncus , se realiza como intervención monitoreo ventilatorio,, cuidados de estoma, percusion, aceleración de flujo, vibración, succion TQT, abundantes secreciones mucoides gruesas, succion boca, abundante sialorrea, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con TQT permeable y funcional FR 21, FC 89, STO2 99%

EVOLUCIÓN DIARIA: 24/05/2017 1:41:45 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: encuentro paciente estable en ventilacion mecanica sin respuesta motora verbal ocular espontania en semaforizacion roja con canula de tqt funcional,

Objetivo: paciente e stable en ventilacion mecanica modo a-c sen 2, peep 6, fr 12, vc 500, fio2 28% , sto2 98%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: tórax normolíneo, expansibilidad torácica simétrica, frémito broniquico presente, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares, con presencia de roncus generalizados.

Plan Manejo: Se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, el cual se observa granuloma, percusión, aceleración de flujo, vibración, drenaje postural, succion tqt, abundantes secreciones mucoides gruesas, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2 98%

Fecha	Profesional	Observacion
24/05/2017 01:46:07 PM	Yamilet Vargas Mena	Paciente en cama, en iguales condiciones generales, con TQT + ventilación mecánica con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a dicho soporte , a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con presencia de roncus , se realiza como intervención monitoreo ventilatorio,, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succion TQT, abundantes secreciones mucoides gruesas, succión boca, abundante sialorrea, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con TQT permeable y funcional fr 99, stio2 98% , fc 80

EVOLUCIÓN DIARIA: 25/05/2017 10:45:39 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, semaforizacion roja.

Objetivo: Cuidados de vía aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	86x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/60	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente en iguales condiciones generales con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados.

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma más cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
25/05/2017 01:51:03 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen físico tórax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, 5 series de burbujeo 10 repeticiones , paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 26/05/2017 2:07:51 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, semaforizacion roja.

Objetivo: cuidados de vía aerea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	98x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados.

Plan Manejo: se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
26/05/2017 02:22:48 PM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincrónico, con buena mecánica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene branquial, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 27/05/2017 2:02:38 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable , con tqt permeable y funcional + ventilacion mecánica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO A/C, VT: 500, FR: 12, PEEP: 6, FIO2: 24%, SEN: 2, acoplado a la ventilacion mecánica

Objetivo: Paciente masculino, con dx anotados, vía área artificial dada por TOT + ventilación mecánica, semaforización roja

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	79x min	FR:	19x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	128/88	TA Media:	101,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL torax normolineo, expansibilidad torácica simétrica, frémito bronquico presente, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares, con presencia de roncus generalizados

Plan Manejo: Se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, el cual se observa granuloma, percusión, aceleración de flujo, vibración, drenaje postural, succion tqt, abundantes secreciones mucoides gruesas, higiene de endocanula, brubujeo 5 series de 6 repeticiones, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2 98%

Fecha	Profesional	Observacion
27/05/2017 06:16:43 PM	Adriana Maria Calcedo Ordoñez	paciente en cama, posicion sedente, alerta, orientado, acoplado a la ventilacion mecanica, fc 70 sat 99% fr 17, roncus a la auscultacion, realizo tecnicas de higiene bronquial obtenienda mediante succion con sonda cerrada moderada secrecion mucoamarilla, limpieza de estoma e higiene endocanula, cambio hiladillo pte tolera tto
27/05/2017 06:16:54 PM	Adriana Maria Calcedo Ordoñez	reg 760870

EVOLUCIÓN DIARIA: 28/05/2017 12:57:36 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecánica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO A/c, VT: 500, FR: 12, SEN: 2, PEEP: 6, FIO2: 24%acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TOT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	70x min	FR:	13x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	128/80	TA Media:	96		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo:

EL

174

Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, burbujeo 5 series de 10 repeticiones el cual no fueron efectivas, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observación
28/05/2017 01:02:51 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA; TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen físico torax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusion, aceleración de flujo, vibración, succion tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt ` permeable y funcional, con iguales parametros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 29/05/2017 1:20:50 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecánica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO A/C, VT: 500, FR: 12, PEEP: 6, FJUO2: 24%, acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	19x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	120/85	TA Media:	96,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, burbujeo 10 series de 8 repeticiones, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observación
29/05/2017 01:23:55 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA; TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecánica, semaforización roja, al examen físico torax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusion, aceleración de flujo, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, educacacion diafragmatica, paciente tolera intervención queda con tqt ` permeable y funcional, con iguales parametros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 30/05/2017 11:59:15 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente estable en ventilación mecánica sin respuesta motora, verbal, ocular espontaneo, en semaforización roja con cánula de tqt funcional,

Objetivo: Paciente en cama sin signo de dificultad respiratorio con dx anotados en ventilación mecánica modo a-c sen 2,peep 6, fr 12, vc 500, sto2 99%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	89x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: Paciente acoplado , con patrón respiratorio toraco abdominal ritmo regular amplitud superficial, paciente con tos efectiva a ala auscultación la aireación bronco pulmonar presente en ascsps con roncus generalizados que mejoran su tonalidad después de la terapia

Plan Manejo: Con el fin de cuidar piel periostomal, mantener respiraciones espontaneas , permeabilizar vía aérea artificial se le realiza aceleración de flujo, vibración , percusión, higiene de estoma endocanula aspiración de secreciones por tqt se obtienen moderadas mucoides por boca abundantes sialorrea, paciente tolera se deja estable sin sobre agregados

Fecha	Profesional	Observación
30/05/2017 12:05:30 PM	Yamilet Vargas Mena	Encuentro paciente estable en cama en ventilación mecánica sin cambios en los parámetros ventilatorios a la auscultación con roncus generalizados con signos vitales fr 20, fc 87, sto2 98, , se le realiza vibración , percusión , drenaje postural aspiración de secreciones por tqt se obtienen abundantes secreciones mucoides , paciente tolera se deja estable sin sobre agregados fr 87, sto2 99% fc 99%

EVOLUCIÓN DIARIA: 31/05/2017 12:50:07 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable y funcional + ventilación mecánica, con los siguientes parámetros ventilatorios MODO A/C, VT: 500, FR: 12/16, FIO2: 24%, PEEP: 6 acoplado a dichos parámetros, semaforización roja

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	16x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	128/85	TA Media:	99,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: VALORACION INTEGRAL: torax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares. a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula. BURBUJEO 6 SERIES DE 12 REPETICIONES paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional. sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observación
31/05/2017 02:12:45 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecanica, semaforización roja, al examen físico torax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibracion, succion tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado

EVOLUCIÓN DIARIA: 01/06/2017 12:10:53 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, sin signos de dificultad respiratoria, en aparentes buenascondiciones generales.

Objetivo: Paciente adulto, conectado y acoplado a ventilación mecánica en modo AC por volumne, con VC:500. PEEP: 6, SEN:-2, FRP:12, FIO2:24%, saturando 97%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	56x min	FR:	14x min	Temperatura:	36,5°C
	T/A:	110/70	TA Media:	83,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Valoración integral: Paciente con patrón respiratorio toracoabdomina, amplitud profunda, ritmo regular, a la auscultación sonido broncopulminar presente en ambso campos pulmonares con roncus generalizados.

Plan Manejo: Realiz como tratamiento aceleración de flujo espiratorio. vibración, percusión, aspiración profunda por TOt obteniendo abundante cantidad de secreción mucoamarill. realizo cuidados de estoma de traqueostomia y cambio de hiladillo. Paciente tolera tratamiento y se deja estable.

Fecha	Profesional	Observación
01/06/2017 12:10:53 p.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Veronica mosquera ortiz. TErapueta respiratoria. REG: 761211
01/06/2017 02:53:51 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Encuentro paciente en cama, estable sin signos de dificultad respiratoria, a al auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares con roncus generalizados. Realizo como tratamiento técnicas de desobstruccion bronquial. aspiracion por TOT obteniendo abundante cantidad de secreción mucoamarilla, realizo cuidados de traqueostomia. paciente tolera tratamiento y se deja estable.

EVOLUCIÓN DIARIA: 02/06/2017 4:26:53 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte ventilatorio acoplado, sincronico, con los siguientes parametros modo AC VC 500 PEEP 6 FR 12, semaforizacion roja.

Objetivo: Cuidados de via aerea, evitar complicaciones origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatorio.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	68x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/65	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: paciente con traqueostomia funcional y permeable con soporte ventilatorio acoplado, sincronico, hemodinamicamente estable, se comunica con el entorno, auscultacion campos pulmonares ventilados, con buena mecanica ventilatoria. se realiza prueba de respiracion espontanea. paciente que tolera exitosamente. se decide a paso a tienda de traqueostomia fio2 40% con sa02 99%, tolerando. no signos de dificultad respiratoria.

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma más cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia. paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observación
02/06/2017 04:30:42 PM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: paciente con traqueostomia con buena mecanica ventilatoria no signos de dificultad respiratoria,auscultacion campos pulmonares ventilados ruidos sobreagregados dados por roncus, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial, paciente que tolera tratamiento..

Stl

176

EVOLUCIÓN DIARIA: 03/06/2017 4:11:54 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en aceptables condiciones generales.

Objetivo: Paciente con traqueostomal funcional, conectado a ventilación mecánica en modo AC por volumen, con VC. con VC. 500, PEEP: 5, SEN: 2, FRP: 12

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	16x min	Temperatura:	36,5°C
	T/A:	110/70	TA Media:	83,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Valoración integral: paciente con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitud profunda, ritmo regular, a la auscultación sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con roncus generalizados.

Plan Manejo: Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración, aspiración por TQT obteniendo abundante cantidad de secreción mucoamarill, realiz cuidados de traqueostomía y cambio de hiladillo. Paciente tolera tratamiento y se deaj estable. Se realiza cambio a mpáscar ade traqueostomía con ventury al 40%, paciente saturando 99%, con FR DE 22, sin signos de dificultad respiratoria.

Fecha	Profesional	Observacion
03/06/2017 04:11:54 p.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquera ortiz. Treapueta respiratoria. REG. 761211
03/06/2017 04:11:54 p.m.	Veronica Mosquera Ortiz	INTERVENCION DE LA TARDE: Paciente estable, sin signos de dificultad respiratoria, tolerando máscara ventury, con saturaciones por ancl,a del 98%. Se dejará con mascara de traqueostomía durante la noche con estricta vigilancia, se ordena conectar ventilador de ser necesario.

EVOLUCIÓN DIARIA: 04/06/2017 1:43:12 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, estable, sin signos de dificultad respiratoria.

Objetivo: Paciente completando en la mañana de hoy 24 horas liberado del ventilador mecánico iniciando hoy primer día en conteo de liberación. Paciente con ventury al 40%, saturando 99%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	75x min	FR:	17x min	Temperatura:	36.0°C
	T/A:	120/70	TA Media:	86,66		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomía

Analisis: Valoración integral: Paciente con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitud profunad, ritmo regular, a la auscultación murmullo vesicular presnete en ambso campos pulmonares con roncus generalizados.

Plan Manejo: Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración, aspiración por TQT obteniendo abundante cantidad de secreción mucoamarill, realizo cuidados de traqueostomía y cambio de hiladillo. Se realiza dismunición de FIO2: al 35%, paciente tolerando tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
04/06/2017 01:43:12 p.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquera ortiz. TERAPEUTA RESPIRATORIA. reg: 761211
04/06/2017 02:06:07 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Encuentro paciente en cama, estable despierto, sin signos de dificultad respiratoria, a la auscultación sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con roncus generalizados. Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración, aspiración por TQT obteniendo abundante cantidad de secreción mucoamarill. Pacinete tolera tratamiento y se deaj estable. se disminuye FIO2 al 28%

EVOLUCIÓN DIARIA: 05/06/2017 1:07:42 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia con soporte de oxigeno por tienda de traqueostomia fio2 28%,semsforizacion blanca,

Objetivo: Cuidados de via aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecanica ventilatoria, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	90x min	FR:	12x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomía

Analisis: paciente con traqueostomía funcional y permeable, al examen fisico toracico con buena mecanica ventilatoria no signos de dificultad respiratoria, auscultacion campos pulmonares ventilados.

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 06/06/2017 12:13:12 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente estable sin respuesta motora, verbal, ocular espontaneo, en semaforización roja con cánula d e tqt funcional.

Objetivo: Paciente en cama sin signo de dificultad respiratorio con dx anotados con soporte d e oxigeno dado por ventury al 28% se deja con ventiry al 28 % tolerdo deste con sto2 97%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	89x min	FR:	20x min	Temperatura:	36ºC
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: Paciente acoplado , con patrón respiratorio taraco abdominal ritmo regular amplitud superficial, paciente con tos efectiva a ala auscultación la aireación bronco pulmonar presente en ascps con roncus generalizados que mejoran su tonalidad después de la terapia

Plan Manejo: Con el fin de cuidar piel periostomal, mantener respiraciones espontaneas , permeabilizar vía aérea artificial se le realiza aceleracion de flujo, vibracion , percusion, higiene de estoma endocanula aspiracion de secreciones por tqt se obtienen moderadas mucoides por boca abundantes sialorrea, paciente tolera se deja estable sin sobre agregados

Fecha	Profesional	Observacion
06/06/2017 05:46:22 PM	Vamilet Vargas Mena	Encuentro paciente estable en cama en ventilación mecánica sin cambios en los parámetros ventilatorios a la auscultación con roncus generalizados con signos vitales fr 20, fc 87, sto2 98, , se le realiza vibracion , percusion , drenaje postural aspiración de secreciones por tqt se obtienen abundantes secreciones mucoides , paciente tolera se deja estable sin sobre agregados fr 20 fc 85, sto2 98

EVOLUCIÓN DIARIA: 07/06/2017 2:51:17 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, estable despierto, sin signso de dificultad respiratoria.

Objetivo: Paciente con traqueostomal funcional, con suplemento de oxigeno al 24%, saturando 99%. Paciente en 4 dia de liberación de la ventilacion mecánica.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	67x min	FR:	17x min	Temperatura:	36,0ºC
	T/A:	110/75	TA Media:	86,66		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomia

Analisis: Valoración integral: Pacienet con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitud superficial, ritmo regular, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares con roncsu generalizados.

Plan Manejo: Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración, asplación por TQT obteniendo moderada cantidad de secreción mucoide, realizo cuidados de traqueostomia, fortalecimiento diafragmático, realizo cuidados de traqueostomia y cambio de hiladillo. Paciente tolera tratamiento y se deaj estable.

Fecha	Profesional	Observacion
07/06/2017 02:51:17 p.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquera ortiz. Terapeuta respiratoria. REG: 761211
07/06/2017 03:08:33 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Encuentro paciente en cama, estable, sin signso de dificultad respiratoria, a la auscultación sonido broncopulmonar presente en ambso camposp ulmonares sin ruidos sobregaregados. Realizio como tratameinto de ejercicios de fortalecimiento de musculatura respiratoria, realizo cuidados de tarqueostomia. Pacinete tolera taratmiento y se deja estable.

EVOLUCIÓN DIARIA: 08/06/2017 1:32:29 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, estable despierto, sin signso de dificultad respiratoria.

Objetivo: Paciente con traqueostomal funcional, sin suplemento de oxigeno, saturando 97%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	16x min	Temperatura:	36,2ºC
	T/A:	110/70	TA Media:	83,33		

178

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomia

Analisis: Valoración integral: Paciente con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitud superficial, ritmo regular, a la auscultacion sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con roncus generalizados.

Plan Manejo: Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vinración, aspiración profunda por TQT obteniendo abundante cantidad de secreción mucosangunolenta, realizo cuidados de traqueostomia y cambio de hiladillo. Paciente tolera tratamiento y se deja estable.

Fecha	Profesional	Observacion
08/06/2017 01:32:29 p.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquera ortiz. terapeuta respiratoria. REG. 761211
08/06/2017 01:32:29 p.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Paciente en cama, estable, en iguales condiciones, a la auscultación sonido broncopulmonar presente en ambso campos pulmonares sin ruidos sobergaregados. Realizo ejercicios respiratorios. cuidados de traqueostomia. Pacienat tolera tratamiento y se deaj estable.

EVOLUCIÓN DIARIA: 09/06/2017 10:41:48 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia mas soporte de oxigeno suplementario flo2 24%,semaforizacion blanca.

Objetivo: cuidados de via aerea, evitar atelectasias, evitar complicaciones de origen respiratorio.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	16x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/65	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomia

Analisis: paciente con traqueostomia funcional y permeable, al examen fisico toracico con buena mecanica ventilatoria no signos de dificultad respiratoria, auscultacion campos pulmonares ventilados ruidos sobreagregados dados por roncus.

Plan Manejo: se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiracion de secreciones por traqueostomia, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
09/06/2017 05:12:34 PM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE:paciente con traqueostomia hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleracion de flujo,movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 10/06/2017 1:03:44 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: encuentro paciente estable sin repuesta motora, verbal, ocular espontaneo, en semaforización blanca con canaula de tqt funcional en semaforización roja

Objetivo: encuentro paciente estable sin soporte de oxigeno a tolerancia sto2 98%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecánico

Analisis: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, succión boca/ moderada sialorrea, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observacion
10/06/2017 03:00:25 PM	Yamilet Vargas Mena	Paciente en iguales condiciones generales, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado a ventilación mecanica, semaforización roja, al examen fisico torax normoexpansivo, a la auscultacion pulmonar sonido broncopulmoner presente en ambos campos pulmonares sin sobreagregados, se realiza monitoreo ventilatorio, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, vibracion, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt " permeable y funcional, con iguales parámetros ventilatorios, acoplado fr 20, sto2 99% . fc 78

EVOLUCIÓN DIARIA: 11/06/2017 3:05:54 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, en su 8 dia de destete ventilatorio, con via aérea artificial, no cianosis, no apneas,no trabajo respiratorio, semaforización blanca

Objetivo: paciente masculino, con dx anotados, en proceso de destete ventilatorio, Cuidados de TOT, permeabilizacion de via aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	86x min	FR:	17x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/65	TA Media:	93,33		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: se realiza monitoreo respiratorio, cuidados de estoma; el cual se observa granuloma, percusión aceleración de flujo, succion tqt/ mdoeradas secreciones mucoides, higiene de endocanula, burbujeo 4 series 7 repeticiones., paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 97%

Fecha	Profesional	Observacion
11/06/2017 03:22:27 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente en compañía de familiar, despierto, con tqt permeable y funcional, respirando al aire ambiente, no cianosis, no apneas, no trabajo respiratorio, a la auscultación pulmonar, sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmoanras sin sobreagregados, se realiza monitoria respiratorio, cuidados de estoma, burbujeo 4 series de 10 repeticiones, succion tqt/ mdoeradas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervencion queda con tqt permeable y funcional

EVOLUCIÓN DIARIA: 12/06/2017 5:07:44 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente en cama, despierto, en compañía de familiar, con tqt permeable y funcional, respirando al aire ambiente , el dia de hoy cumple 10 días de destete exitoso, semaforización blanca

Objetivo: Cuidados de TOT, permeabilizadón de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	70x min	FR:	14x min	Temperatura:	36,4°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: se realiza monitoreo respiratorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, el cual se observa granuloma, percusión, aceleración de flujo, succion tqt/ moderadas secreciones mucoides gruesas, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 96%

Fecha	Profesional	Observacion
12/06/2017 05:22:53 PM	Marisel Orrego Suarez	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA, TARDE: Paciente conectado con el medio, en compañía de familiar, hipotenso, fr: 16 rpm, sato2 : 96%, ta: 100/50, se realiza aspiración de secredones obteniendo abundantes secreciones mucoides gruesas, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional

EVOLUCIÓN DIARIA: 13/06/2017 1:18:02 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomía funcional y permeable, con buena mecánica ventilatoria, semaforización blanca.

Objetivo: Cuidados de vía aérea, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	86x min	FR:	18x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/65	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: paciente con traqueostomía funcional y permeable, al examen físico toracico con buena mecánica ventilatoria no signos de dificultad respiratoria, auscultación campos pulmonares ventilados.

Plan Manejo: Se realize como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma más cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion
13/06/2017 01:23:58 PM	Angelica Maria Ramirez Aguirre	INTERVENCION TERAPIA RESPIRATORIA TARDE: Paciente con traqueostomia , hemodinamicamente estable, con buena mecanica ventilatoria, auscultación campos pulmonares ventilados, se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma e higiene bronquial, paciente que tolera tratamiento.

EVOLUCIÓN DIARIA: 14/06/2017 1:22:50 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

61

180

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: encuentro paciente estable sin respuesta motora, verbal, ocular espontaneo, en semaforización blanca

Objetivo: encuentro paciente estable en sin soporte de oxigeno a tolerancia sto2 98%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	88x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: tórax normoexpansivo, fremito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, succión boca/ moderada sialorrea, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 15/06/2017 1:34:22 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, estable, sin signso de dificultad respiratoria.

Objetivo: Paciente con traqueostomia funciona, sin suplemento de oxigeno, saturando 97%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	67x min	FR:	19x min	Temperatura:	36,0°C
	T/A:	110/60	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: Valoración integral: Paciente con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitus superficial, ritmo regular, a la auscultación sonido broncopulmonar presnete en ambos campos pulmonares con roncsu generalizados.

Plan Manejo: Realizo como tratamiento aceleración de flijo espiratorio, vibración, aspiración por TQT obteniendo moderada cantidad de secreción mucoamarill, realizo cuidados de traqueostomia y camboo de hiladillo. Paciente tolera tratamiento y se deaj estable.

Fecha	Profesional	Observacion
15/06/2017 01:34:22 p.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquera ortiz. Terapeuta respiratoria. REG: 761211

EVOLUCIÓN DIARIA: 16/06/2017 2:09:33 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, estable, sin signos de dificultad respiratoria.

Objetivo: Paciente con traqueostomia funcional, sin suplemento de oxigeno, saturando 97%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	77x min	FR:	16x min	Temperatura:	36,0°C
	T/A:	112/65	TA Media:	80,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: Valoración integral: paciente con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitud superficial, ritmo regular, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares con roncus generalizados.

Plan Manejo: Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración, aspiración por TQT obteniendo moderada cantidad de secreción mucoamarilla, realizo cuidados de traqueostomia y cambio de hiladillo. Paciente tolera tratamiento y se deja estable.

Fecha	Profesional	Observacion
16/06/2017 02:09:33 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquera ortiz. Terapeuta respiratoria. REG. 761211

EVOLUCIÓN DIARIA: 17/06/2017 1:32:56 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia funcional y permeable, semaforizacion blanca.

Objetivo: Cuidados de via aérea, evitar atelectasias, evitar complicaciones de origen respiratorio.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	88x min	FR:	16x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/68	TA Media:	78,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: paciente con traqueostomia funcional y permeable, con buena mecanica ventilatoria, no signos de dificultad respiratoria, auscultacion campos pulmonares ventilados.

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados estoma mas cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 18/06/2017 11:21:00 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente estable en sin respuesta motora, verbal, ocular espontaneo, en semaforización blanca con cánula d e tqt funcional

Objetivo: Paciente en cama sin signo de dificultad respiratorio con dx anotados sin soporte de oxigeno a tolerancia sto2 98%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: Paciente acoplado , con patrón respiratorio taraco abdominal ritmo regular amplitud superficial, paciente con tos efectiva a ala auscultación la aireación bronco pulmonar presente en ascsps con roncus generalizados que mejoran su tonalidad después de la terapia

Plan Manejo: Con el fin de cuidar piel periostomal, mantener respiraciones espontaneas , permeabilizar via aérea artificial se le realiza aceleración de flujo, vibración , percusión, higiene de estoma endocanula aspiración de secreciones por tqt se obtienen moderadas mucoides por boca abundantes sialorrea, paciente tolera se deja estable sin sobre agregados

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 19/06/2017 12:06:30 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: encuentro paciente sin respuesta motora, verbal, ocular espontanea en semaforización roja con cánula de tqt funcional,

Objetivo: paciente estable en sin soporte de oxigeno a tolerancia

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	85x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ventilador mecanico

Analisis: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo ventilatorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, succión boca/ moderada sialorrea, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 20/06/2017 12:56:25 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, estable, sin signos de dificultad respiratoria.

Objetivo: Paciente sin suplemento de oxigeno, con traqueostomia funcional, saturando 96%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	76x min	FR:	16x min	Temperatura:	36.0°C

181

182

T/A: 110/70 TA Media: 83,33

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: Valoración integral: Paciente con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitud superficial, ritmo regular, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares con roncus generalizados.

Plan Manejo: Réalizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración, aspiración por TQT obteniendo moderada cantidad de secreción mucoide, realizo ejercicios respiratorios. Paciente tolera tratamiento y se deja estable.

Fecha	Profesional	Observacion
20/06/2017 12:56:25 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquera ortiz. Terapeuta respiratoria reg. 761211

EVOLUCIÓN DIARIA: 21/06/2017 1:33:54 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente en cama, despierto, con tqtq permeable y funcional , no cianosis, no apneas, no trabajo respiratorio, semaforización blanca

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales: FC: 80x min FR: 17x min Temperatura: 36°C

T/A: 110/85 TA Media: 93,33

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención al dia de hoy: monitoreo respiratorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 98

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 22/06/2017 5:56:51 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia funcional y permeable, semaforizacion blanca,

Objetivo: cuidados de via aerea, evitar atelectasias, evitar complicaciones de origen respiratorio.

Exámen Físico:

Signos Vitales: FC: 78x min FR: 16x min Temperatura: 36°C

T/A: 100/60 TA Media: 73,33

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: paciente estable, con traqueostomia funcional y permeable, al examen fisico toracico con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados.

Plan Manejo: se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleracion de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiracion de secreciones por traqueostomia con sonda de succion abierta, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 23/06/2017 5:32:43 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente en cama, despierto con tqt permeable y funcional, respirando al aire ambiente, no cianosis, no apneas, sato2: 97%

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de torax, garantizar volumenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales: FC: 74x min FR: 18x min Temperatura: 36°C

T/A: 120/70 TA Media: 86,66

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis:

	VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares. a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales
Plan Manejo:	Se realiza como intervención el dia de hoy: cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleración de flujo, movilizaciones costales, vibracion, succión tqt/ moderadas secreciones mucoides, higiene de endocanula, paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 97%

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 24/06/2017 2:28:44 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo:	Paciente en cama, em posición semifowler. sin signos de dificultad respiratoria.					
Objetivo:	Paciente con traqueostomia funcional, sin suplemento de oxigeno, saturando 97%					
Exámen Físico:						
Signos Vitales:	FC:	70x min	FR:	17x min	Temperatura:	36,0°C
	T/A:	90/60	TA Media:	70		
Sistema de Ventilacion:	Ninguno					
Analisis:	Valoracion integral: Pacienet con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitud superficial, ritmo regular, a la ausculatción sonido broncopulmonar presnete en ambso camposp ulmonares con roncus generalizados.					
Plan Manejo:	Realizo como tratameinto aceleración de flujo espiratorio, vibración, aspiración por TQT obteniendo moderaa cantidad de secrecion mucoide, realizo cuidados de traqueostomal y cambio de hiladillo. Paciente tolera tratamiento y se deja estable.					

Fecha	Profesional	Observacion
24/06/2017 02:28:44 p.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquer aortiz. Terapeuta respiratoria. REG: 761211

EVOLUCIÓN DIARIA: 25/06/2017 2:21:32 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo:	paciente con traqueostomia funcional y permeable. con buena mecanica ventilatoria. semaforizacion blanca.					
Objetivo:	Cuidados de vía aérea, evitar atelectasias, evitar complicaciones de origen respiratorio, mejorar mecánica ventilatoria.					
Exámen Físico:						
Signos Vitales:	FC:	87x min	FR:	14x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/65	TA Media:	80		
Sistema de Ventilacion:	Ninguno					
Analisis:	paciente con traqueostomia funcional y permeable, al examen físico toracico con buena mecanica ventilatoria no signos de dificultad respiratoria, auscultacion campos pulmonares ventilados.					
Plan Manejo:	Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia con sonda de succión abierta, paciente que tolera tratamiento.					

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 26/06/2017 11:29:09 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo:	Paciente en cama, estable, sin signos de dificultad respiratoria.					
Objetivo:	Paciente con traqueostomia funcional, sin suplemento de oxigeno, saturando 96%					
Exámen Físico:						
Signos Vitales:	FC:	76x min	FR:	16x min	Temperatura:	36,0°C
	T/A:	110/60	TA Media:	76.66		
Sistema de Ventilacion:	Ninguno					
Analisis:	Valoración integral: Paciente con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitud superficial, ritmo regular, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares con roncus generalizados.					
Plan Manejo:	Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración, aspiración por TQT obteniendo abundante cantidad de secreción mucoide, realizo cuidados de traqueostomia y cambio de hiladillo. Paciente tolera tratamiento y se deja estable.					

E81

184

Fecha	Profesional	Observacion
26/06/2017 11:29:09 AM	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquera ortiz. terapeuta respiratoria. REG. 761211

EVOLUCIÓN DIARIA: 27/06/2017 3:07:08 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, estable sin signos de dificultad respiratoria.

Objetivo: Paciente alerta, con traqueostomal funcional, sin suplemento de oxigeno, saturando 95%

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	65x min	FR:	17x min	Temperatura:	36,0°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: Valoración integral: Pacienet con patrón respiratorio toracoabdominal amplitud superficial, ritmo regular, a la auscultación sonido broncopulmoar presente en ambso camposp ulmonares con roncus generalizados.

Plan Manejo: Realizo como tratameinto vibración, movilizacioens costales, aspiracion profunda por TQT obteneindo abundanet cantidad de secreción mucoamarilla, realizo cuidados de tarqueostomia y cambio de hiladillo, Pacienet tolera tratamiento y se deja estable.

Fecha	Profesional	Observacion
27/06/2017 03:07:08 p.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquer aortiz. TERAPEUTA RESPIRATORIA. reg: 761211

EVOLUCIÓN DIARIA: 28/06/2017 10:48:06 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia funcional y permehable, semaforizacion blanca.

Objetivo: Cuidados de via aérea, evitar complicaciones de origen respiratorio, evitar atelectasias, mejorar mecánica ventilatoria.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	98x min	FR:	16x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/65	TA Media:	80		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: paciente con traqueostomia funcional y permehable, al examen fisico toracico con buena mecanica ventilatoria no signos de dificultad respiratoria, auscultacion campos pulmonares ventilados ruidos sobreagregados dados por roncus.

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma mas cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 29/06/2017 12:05:12 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en semaforización blanca, con TQT funcional,

Objetivo: paciente a aire ambiente al 21% no signos de dificultad respiratoria

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	89x min	FR:	17x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	110/66	TA Media:	80,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: paciente con patrón respiratorio costal superior, ritmo regular, amplitud superficial a la auscultación pulmonar murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados

Plan Manejo: objetivo. mantener via aérea permeable, cuidar piel peristomal, evitar infecciones respiratorias se le realiza, afe, vibración, higiene bronquial obteniendo secreciones mucoides aherentes en moderada cantidad, cuidados de TQT, queda estable bajo su condición. SANDRA DOMINGUEZ REG: 76-6476-09

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 30/06/2017 5:07:28 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con traqueostomia funcional y permeable, sin soporte ventilatorio, semaforización blanca.

Objetivo: Cuidados de via aérea, evitar atelectasias, evitar complicaciones de origen respiratorio.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	16x min	Temperatura:	36ºC
	T/A:	100/65	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: paciente con traqueostomia funcional y permeable, al examen físico torácico con buena mecanica ventilatoria no signos de dificultad respiratoria, auscultación campos pulmonares ventilados, paciente que tolera oclusión de traqueostomia 100% desde el día de hoy a las 9:00am tolerando

Plan Manejo: Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma más cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia, paciente que tolera tratamiento.

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 01/07/2017 3:55:13 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Encuentro paciente en cama, despierto, hemodinamicamente estable, con tqt permeable ocluida 100%, respirando aire ambiente, hoy completa 12 horas ocluido, semaforización blanca

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	70x min	FR:	19x min	Temperatura:	36,4ºC
	T/A:	115/74	TA Media:	87,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus ocasionales

Plan Manejo: Se realiza como intervención el dia de hoy: cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusión, aceleracion de flujo, movilizaciones costales, vibración, succión tqt/ moderadas secreciones mucopurulentas adherentes. junto con medico de turno y auxiliar de enfermeria se realiza decanulacion programada sin sangrado ni complicaciones, se deja estoma limpio cubierto con gasas. queda con sato2 96%. fc 70.

Fecha	Profesional	Observacion
01/07/2017 03:55:13 PM	Leydi Daniela Ortega Narvaez	reg: 76-2725

EVOLUCIÓN DIARIA: 02/07/2017 2:23:05 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, desaturado, con signos de dificultad respiratoria.

Objetivo: Paciente que es decanulado el dia 1 de julio en horas de la tarde.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	100x min	FR:	23x min	Temperatura:	36,0ºC
	T/A:	110/60	TA Media:	76,66		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: Valoración integral: Paciente con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitud superficial, ritmo irregular, a la auscultación sonido broncopulmoamnar presente en ambos camposp ulmonares con roncsu generalizados.

Plan Manejo: Se se ayuda con maniobras para toser y expulsar las secreciones lo cual se le dificulto mucho, por lo que deno quitar aposito que cubre la traqueostomia y aspirar con tecnica esteril por el estoam obteniendo abundanet cantidad de secreción mucosanguinolenta, aumenta saturación y mejora patron respiratorio. Se realiza aspiración por boca pero el reflejo nauseoso del paciente es alto. Se cubre de nuevo estoam con aposito con previa limpieza del mismo. Se debe abrir stoc i sacar una mascara de oxigenoterapia y dejar con oxigeno al 31%. Se realiza 6 puff con bromuro de ipratropio por orden médica. Queda paciente por el momento estable.

Fecha	Profesional	Observacion
02/07/2017 02:23:05 a.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquer ortiz. TERAPEUTA RESPIRATORIA. reg: 761211

EVOLUCIÓN DIARIA: 03/07/2017 1:58:00 PM

581

186

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en semaforización blanca a aire ambiente , consiente

Objetivo: paciente que fue decanulado el 1 de julio no signos de dificultad respiratoria, tranquilo, con tos humedad productiva

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	89x min	FR:	20x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/60	TA Media:	73,33		

Sistema de Ventilacion: Ninguno

Analisis: paciente con patrón respiratorio costal superior, ritmo irregular, amplitud superficial a la auscultación pulmonar murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados

Plan Manejo: objetivo: mejorar los campos pulmonares, se le realiza como tratamiento: ejercicios respiratorios, afe, cuidados de estomas queda estable bajo su condicion.

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 04/07/2017 5:37:32 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: Paciente en cama, en posición sedente, sin familiar.

Objetivo: Paciente en tercer día de decanulación, se nota ansioso, diaforético y presenta desaturación a pesar de tener oxigeno suplementario.

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	87x min	FR:	32x min	Temperatura:	36,0°C
	T/A:	120/80	TA Media:	93,33		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por canula nasal

Analisis: Valoración integral: Paciente con patrón respiratorio asincrónico, a la auscultación sonido broncopulmomnar presente en acampo pulmonar derecho con roncus, abolido en campo pulmonar izquierdo.

Plan Manejo: Realizo como tratamiento aceleración de flujo espiratorio, vibración, percusión, estimulo de tos, se ayuda con maniobras para mejjorar la expulsión de secreción lo cual es poco efectivo, realizo reclutamiento alveolar con presión positiva con ayuda de asistente de tos, aspiración por boca obteniendo moderad cantida de secreción mucoamarilla. Paciente inestable, no mejora sayuración ni murmullo vesicular por lo que se debe entrar por estoma de traqueotomia y se obtiene abundanet cantidad de secerción mucoamarilla. Se deja con mascara ventury al 50% y se comunica a médico tratante la situación actual del paciete.

Fecha	Profesional	Observacion
04/07/2017 05:37:32 p.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica msoquer aortiz. TERAPEUAT RESPIRATORIA.. reg: 761211
04/07/2017 05:49:17 PM	Veronica Mosquera Ortiz	Paciente se torna de nuevo diaforetico, con saturación de 67%, se realiza higiene bronquial con asistente de tos y reclutamiento. se obtiene poca respuesta por lo que se instaura ventilación mecánica no invasiva con PEEP:10 con lo que mejora, sin embargo y viendo situación actual del paciente comento a medico tratante y recanulo al paciente con canula desechable # 6, se realiza reclutamiento alveolar ya con la canula con lo que mejora murmullo vesicular en campo pulmonar izquierdo. Se instaura cada dos horas reclutamiento alveolar con presión positiva, no se deja conectado a ventilación mecánica, solo se deja con máscara ventiry al 35% saturando 96%
04/07/2017 09:34:43 PM	Sandra Milena Dominguez	paciente con sistema ventury al 35% se torna diaforetico, hipotenso, con sato2 92% a la auscultacion pulmonar murmullo vesicular disminuido de intensidad con roncus generalizados, se le realiza cambio de sistema ventury al 40% se le hace reclutamiento e higiene bronquial obteniendo abundantes secreciones mucoides aherentes, con la terapia desaparecen los ruidos sobreagregados, mejora su patron respiratorio queda con sato2 98% SANDRA DOMINGUEZ REG: 76-6476-09

EVOLUCIÓN DIARIA: 05/07/2017 5:57:00 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo: paciente con tqt permeable y funcional, canula desechable numero 6 con balón, + soporte de o2 dado por sistema ventury 40% no clariosis, no apneas,no trabajo respiratorio, sato2: 98%

Objetivo: Cuidados de TQT, permeabilización de vía aérea artificial, maniobras de tórax, garantizar volúmenes y capacidades pulmonares

Exámen Físico:

Signos Vitales:	FC:	74x min	FR:	17x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	125/85	TA Media:	98,33		

Sistema de Ventilacion: Oxigeno por tienda de traqueostomia

Analisis: VALORACION INTEGRAL: tórax normoexpansivo, frémito bronquico presente en ambos campos pulmonares, a la auscultación pulmonar sonido broncopulmonar presente con presencia de roncus en campo pulmonar izquierdo

Plan Manejo:	Se realiza como intervención el dia de hoy: monitoreo respiratorio, cambio hiladillo, cuidados de estoma, percusion, aceleracion de flujo, movilizaciones costales, vibracion, asistente de tos presion 35 cmh2o succión tqt/ abundnates secreciones mucopurvelntas , reclutamietno alveolar con ayuda de aistente de tos cada 4 horas el cual se realizia a las 8: 00 am, 12 del medio dia 4: 00 pm. + posicionaiento, se disminuye fio2 al 35% paciente tolera intervención queda con tqt permeable y funcional, sato2: 99%

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 06/07/2017 6:16:45 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo:	Paciente en cama, estable durante la noche, sin signos de dificultad respiratoria.					
Objetivo:	Paciente con traqueostomal desechable # 6, con suplemento de oxigeno al 35%, saturando 96%					
Exámen Físico:						
Signos Vitales:	FC:	87x min	FR:	22x min	Temperatura:	36.0°C
	T/A:	115/67	TA Media:	83		
Sistema de Ventilacion:	Oxigeno por tienda de traqueostomia					
Analisis:	Valoración integral: Pacienet con patrón respiratorio abdominal, amplitud superficial, ritmo regular, a la auscultacion sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con roncsu generalizados.					
Plan Manejo:	Se realiza cada 4 horas reclutamiento alveolar con presión positiva con ayuda de asistente de tos, de igual manera se realizan maniobras de desobstrucción bronquial, se realiza aspiración obteniendo abundanet cantidad de secreción mucoamarilla adherente, se realiza disminucion de fio2 al 28% tolerando con saturaciones por endima de 95%. Se realiza cuidados de tarqueostomal y cambio de hiladillo. Paciente tolera tratamiento y se deaj estable					

Fecha	Profesional	Observacion
06/07/2017 06:16:45 a.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Verónica mosquer aortiz. TERAPEUAT RESPIRATORIA. reg. 761211

EVOLUCIÓN DIARIA: 07/07/2017 11:43:17 AM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetiva:	paciente con traqueostomia funcional y permeable, con buena mecanica ventilatoria, semaforizacion blanca.					
Objetivo:	Cuidados de via aérea, evitar atelectasias, evitar complicaciones de origen respiratorio.					
Exámen Físico:						
Signos Vitales:	FC:	97x min	FR:	17x min	Temperatura:	36°C
	T/A:	100/65	TA Media:	76,66		
Sistema de Ventilacion:	Ventilador mecanico					
Analisis:	paciente con traqueostomia funcional y permeable, con buena mecanica ventilatoria, auscultacion campos pulmonares ventilados.					
Plan Manejo:	Se realiza como tratamiento monitoria respiratoria, aceleración de flujo, movilizaciones costales, cuidados de estoma más cambio de hiladillo, aspiración de secreciones por traqueostomia, paciente que tolera tratamiento.					

Fecha	Profesional	Observacion

EVOLUCIÓN DIARIA: 08/07/2017 3:52:00 PM

1. DIAGNÓSTICOS

Diagnosticos:

2. DATOS DE LA EVOLUCIÓN

Subjetivo:	Paciente en cama, estable, sin signos de dificultad respiratoria.					
Objetivo:	Paciente con tarqueostomal funcional plastica # 6, sin suplemento de oxigeno , saturando 97%					
Exámen Físico:						
Signos Vitales:	FC:	78x min	FR:	17x min	Temperatura:	36,0°C
	T/A:	110/70	TA Media:	83,33		
Sistema de Ventilacion:	Ninguno					
Analisis:	Valoración integral: Pacienet con patrón respiratorio toracoabdominal, amplitud superficial, ritmo regular, a la auscultación sonido broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares con roncsu generalizados.					
Plan Manejo:	Realizo como tratameinto aceleración de flujo espiratorio, vibración, percusión, higiene bronquial con ayuda de asistente de tos obteniendl abundanet cantidad de secreción mucoamarilla, realizo cuidados de tarqueostomal y cambio de hiladillo. Pacienet tolera tratamiento y se deja estable.					

181

188

Fecha	Profesional	Observacion
08/07/2017 03:52:00 p.m.	Veronica Mosquera Ortiz	Veronica mosquera ortiz. Terapeuta respiratoria. REG: 761211

ORDENES MEDICAS

Fecha:31/03/2017 6:09:00 PM **Medico:Juan Felipe Moya Polania**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentracion	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1 GR	SGT	CADA 8 H	31 DIAS	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	1 TAB	SGT	CADA 24 H	31 DIAS	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40 MG	SGT	CADA 24 H	31 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	1 TAB	SGT	CADA 24 H	31 DIAS	610000025
FUROSEMIDA	SI	20/2 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	20 MG	SGT	CADA 12 H	31 DIAS	610000059
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500 ML	SGT	CADA 24	31 DIAS	630001431

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden medica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

GLUCOMETRIAS CADA 8 HRS

Fecha:31/03/2017 8:41:00 PM **Medico:Juliana Marcela Vasquez**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentracion	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1 GR	SGT	CADA 8 H	31 DIAS	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	1 TAB	SGT	CADA 24 H	31 DIAS	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40 MG	SGT	CADA 24 H	31 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	1 TAB	SGT	CADA 24 H	31 DIAS	610000025
FUROSEMIDA	SI	20/2 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	20 MG	SGT	CADA 12 H	31 DIAS	610000059
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500 ML	SGT	CADA 24	31 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	.02 g	GEL O JALEA	cateterismo	Tópico	6h a necesidad	31 dias	610000086

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden medica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

GLUCOMETRIAS CADA 8 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:01/04/2017 2:02:00 AM **Medico:Juliana Marcela Vasquez**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentracion	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI			40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140

		40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE					
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
FUROSEMIDA	SI	20/2 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	20MG	IV	12HORAS	30 DIAS	630001296
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	.02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
DIPIRONA	SI	1/2 g/mL	SOLUCION INYECTABLE	1GR	IV	8HORAS	7DIAS	610000045
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

GLUCOMETRIAS CADA 8 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:01/04/2017 7:57:00 PM **Medico:Gloria Johanna Garcia Blandon**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
FUROSEMIDA	SI	20/2 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	20MG	IV	12HORAS	30 DIAS	630001296
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	.02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
DIPIRONA	SI	1/2 g/mL	SOLUCION INYECTABLE	1GR	IV	8HORAS	7DIAS	610000045
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
CLORURO DE SODIO	SI	0.9/500 g/mL	SOLUCION INYECTABLE	500ML	IV	CADA 8 HORAS	2 DIAS	600000013

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

GLUCOMETRIAS CADA 8 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:02/04/2017 1:41:00 AM **Medico:Francisco Ignacio Vela**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg		40mg	SGT	24horas	30dias	630000183

191

			CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA					
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
FUROSEMIDA	SI	20/2 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	20MG	IV	12HORAS	30 DIAS	630001296
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	.02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
DIPIRONA	SI	1/2 g/mL	SOLUCION INYECTABLE	1GR	IV	8HORAS	7DIAS	610000045
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
CLORURO DE SODIO	SI	0.9/500 g/mL	SOLUCION INYECTABLE	500ML	IV	CADA 8 HORAS	2 DIAS	600000013

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden medica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

GLUCOMETRIAS CADA 8 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:02/04/2017 11:56:00 AM **Medico:Gloria Johanna Garcia Blandon**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	.02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
DIPIRONA	SI	1/2 g/mL	SOLUCION INYECTABLE	1GR	IV	8HORAS	7DIAS	610000045
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	20/2 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	10MG	IV	CADA 12 HORAS	2 DIAS	610000059

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden medica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

GLUCOMETRIAS CADA 8 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

SE SUSPENDEL LEV. Y DISMINUIR FUROSEMIDA APULATINAMENTE HASTA NO ADMINISTRAR

Fecha:02/04/2017 5:53:00 PM **Medico:Gloria Johanna Garcia Blandon**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.

TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	.02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
DIPIRONA	SI	1/2 g/mL	SOLUCION INYECTABLE	1GR	IV	8HORAS	7DIAS	610000045
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	20/2 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	10MG	IV	CADA 12 HORAS	2 DIAS	610000059

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden médica

CABECERA 36°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

SE SUSPENDEL LEV, Y DISMINUIR FUROSEMIDA APULATINAMENTE HASTA NO ADMINISTRAR

GLUCOMETRIA SEGUN NECESIDAD

Fecha:03/04/2017 1:11:00 AM **Medico:Francisco Ignacio Vela**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	.02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
DIPIRONA	SI	1/2 g/mL	SOLUCION INYECTABLE	1GR	IV	8HORAS	7DIAS	610000045
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	20/2 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	10MG	IV	CADA 12 HORAS	2 DIAS	610000059

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

SE SUSPENDEL LEV, Y DISMINUIR FUROSEMIDA APULATINAMENTE HASTA NO ADMINISTRAR

GLUCOMETRIA SEGUN NECESIDAD

Fecha:04/04/2017 1:34:00 AM **Medico:Juliana Marcela Vasquez**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

261

193

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
DIPIRONA	SI	1/2 g/mL	SOLUCION INYECTABLE	1GR	IV	8HORAS	7DIAS	610000045
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	20/2 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	10MG	IV	CADA 12 HORAS	2 DIAS	610000059

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

SE SUSPENDEL LEV, Y DISMINUIR FUROSEMIDA APULATINAMENTE HASTA NO ADMINISTRAR

GLUCOMETRIA SEGUN NECESIDAD

Fecha:05/04/2017 5:17:00 AM **Medico:Juan Pablo Rivera Loaiza**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
DIPIRONA	SI	1/2 g/mL	SOLUCION INYECTABLE	1GR	IV	8HORAS	7DIAS	610000045
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	20/2 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	10MG	IV	CADA 12 HORAS	2 DIAS	610000059

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

SE SUSPENDEL LEV, Y DISMINUIR FUROSEMIDA APULATINAMENTE HASTA NO ADMINISTRAR

GLUCOMETRIA SEGUN NECESIDAD

Fecha:05/04/2017 5:04:00 PM **Medico:Francisco Ignacio Vela**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
DIPIRONA	SI	1/2 g/mL	SOLUCION INYECTABLE	1GR	IV	8HORAS	7DIAS	610000045
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	20/2 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	10MG	IV	CADA 12 HORAS	2 DIAS	610000059

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden medica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

SE SUSPENDEL LEV. Y DISMINUIR FUROSEMIDA APULATINAMENTE HASTA NO ADMINISTRAR

GLUCOMETRIA SEGUN NECESIDAD

Fecha:06/04/2017 2:17:00 AM **Medico:Juliana Marcela Vasquez**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
DIPIRONA	SI	1/2 g/mL	SOLUCION INYECTABLE	1GR	IV	8HORAS	7DIAS	610000045
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden medica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:07/04/2017 5:28:00 AM **Medico:Juan Pablo Rivera Loaiza**

MEDICAMENTOS

hb1

195

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	.02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
DIPIRONA	SI	1/2 g/mL	SOLUCION INYECTABLE	1GR	IV	8HORAS	7DIAS	610000045
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:08/04/2017 5:25:00 AM **Medico:Juan Pablo Rivera Loaiza**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	.02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
DIPIRONA	SI	1/2 g/mL	SOLUCION INYECTABLE	1GR	IV	8HORAS	7DIAS	610000045
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:08/04/2017 5:49:00 AM **Medico:Juan Pablo Rivera Loaiza**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.

TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden medica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:08/04/2017 8:28:00 AM **Medico:Juan Pablo Rivera Loaiza**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis	Vía de Admon.	Vía de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden medica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:08/04/2017 6:55:00 PM **Medico:Juliana Marcela Vasquez**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis	Vía de Admon.	Vía de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140

961

197

BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:09/04/2017 2:34:00 AM **Medico:Francisco Ignacio Vela**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:10/04/2017 1:04:00 AM **Medico:Francisco Ignacio Vela**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111

IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:11/04/2017 5:27:00 AM **Medico:Juan Pablo Rivera Loaiza**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentracion	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:12/04/2017 1:32:00 AM **Medico:Juliana Marcela Vasquez**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentracion	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden médica

861

199

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:12/04/2017 7:09:00 PM **Medico:Francisco Ignacio Vela**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentracion	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	500 ML	SGT	CADA 8 HRAS	30	630001431

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden medica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:13/04/2017 12:54:00 AM **Medico:Francisco Ignacio Vela**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentracion	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	500 ML	SGT	CADA 8 HRAS	30	630001431

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden medica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:13/04/2017 11:55:00 AM **Medico:Juliana Marcela Vasquez**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	.02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	500 ML	SGT	CADA 8 HRAS	30	630001431
SERTRALINA	SI	50 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas	30dias	630000405

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:13/04/2017 12:06:00 PM **Medico:Juliana Marcela Vasquez**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	.02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	500 ML	SGT	CADA 8 HRAS	30	630001431
SERTRALINA	SI	50 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas	30dias	630000405
SULFADIAZINA DE PLATA	SI	30 g	CREMA	aplicar esloma TO	Tópico	8HORAS	30DIAS	610000344

ORDENES MÉDICAS

002

201

Otras órdenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:14/04/2017 5:37:00 AM **Medico:Juan Pablo Rivera Loaiza**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	500 ML	SGT	CADA 8 HRAS	30	630001431
SERTRALINA	SI	50 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas	30dias	630000405
SULFADIAZINA DE PLATA	SI	30 g	CREMA	aplicar estoma TQ	Tópico	8HORAS	30DIAS	610000344

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:15/04/2017 12:32:00 AM **Medico:Juliana Marcela Vasquez**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	500 ML	SGT	CADA 8 HRAS	30	630001431

SERTRALINA	SI	50 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas	30dias	630000405
SULFADIAZINA DE PLATA	SI	30 g	CREMA	aplicar estoma TQ	Topico	8HORAS	30DIAS	610000344

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden medica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:16/04/2017 5:32:00 AM **Medico:Juan Pablo Rivera Loaiza**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentracion	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Topico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	500 ML	SGT	CADA 8 HRAS	30	630001431
SERTRALINA	SI	50 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas	30dias	630000405
SULFADIAZINA DE PLATA	SI	30 g	CREMA	aplicar estoma TQ	Topico	8HORAS	30DIAS	610000344

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden medica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:17/04/2017 5:23:00 AM **Medico:Juan Pablo Rivera Loaiza**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentracion	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177

202

203

FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	500 ML	SGT	CADA 8 HRAS	30	630001431
SERTRALINA	SI	50 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas	30dias	630000405
SULFADIAZINA DE PLATA	SI	30 g	CREMA	aplicar estoma TQ	Tópico	8HORAS	30DIAS	610000344

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:18/04/2017 12:01:00 AM **Medico:Francisco Ignacio Vela**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431
LIDOCAINA	SI	.02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	500 ML	SGT	CADA 8 HRAS	30	630001431
SERTRALINA	SI	50 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas	30dias	630000405
SULFADIAZINA DE PLATA	SI	30 g	CREMA	aplicar estoma TQ	Tópico	8HORAS	30DIAS	610000344

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:18/04/2017 12:00:00 PM **Medico:Juliana Marcela Vasquez**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	1500ML	SGT	24HORAS	30 DIAS	630001431

LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	500 ML	SGT	CADA 8 HRAS	30	630001431
SERTRALINA	SI	50 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas	30dias	630000405
SULFADIAZINA DE PLATA	SI	30 g	CREMA	aplicar estoma TO	Tópico	8HORAS	30DIAS	610000344
CARBAMAZEPINA	SI	200 mg	TABLETA	200mg	SGT	8horas	30dias	610000031
AMITRIPTILINA	SI	25 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas noche	30dias	610000130

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:18/04/2017 12:20:00 PM **Medico:Juliana Marcela Vasquez**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentracion	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	500 ML	SGT	CADA 8 HRAS	30	630001431
SERTRALINA	SI	50 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas	30dias	630000405
SULFADIAZINA DE PLATA	SI	30 g	CREMA	aplicar estoma TO	Tópico	8HORAS	30DIAS	610000344
CARBAMAZEPINA	SI	200 mg	TABLETA	200mg	SGT	8horas	30dias	610000031
AMITRIPTILINA	SI	25 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas noche	30dias	610000130

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden medica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:19/04/2017 6:20:00 AM **Medico:Francisco Ignacio Vela**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentracion	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183

502

205

ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	500 ML	SGT	CADA 8 HRAS	30	630001431
SERTRALINA	SI	50 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas	30dias	630000405
SULFADIAZINA DE PLATA	SI	30 g	CREMA	aplicar estoma TO	Tópico	8HORAS	30DIAS	610000344
CARBAMAZEPINA	SI	200 mg	TABLETA	200mg	SGT	8horas	30dias	610000031
AMITRIPTILINA	SI	25 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas noche	30dias	610000130

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:19/04/2017 6:20:00 AM **Medico:Francisco Ignacio Vela**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentracion	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	500 ML	SGT	CADA 8 HRAS	30	630001431
SERTRALINA	SI	50 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas	30dias	630000405
SULFADIAZINA DE PLATA	SI	30 g	CREMA	aplicar estoma TO	Tópico	8HORAS	30DIAS	610000344
CARBAMAZEPINA	SI	200 mg	TABLETA	200mg	SGT	8horas	30dias	610000031
AMITRIPTILINA	SI	25 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas noche	30dias	610000130

ORDENES MÉDICAS

Otras órdenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:20/04/2017 5:38:00 AM **Medico:Juan Pablo Rivera Loaiza**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentracion	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon.	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001

ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	500 ML	SGT	CADA 8 HRAS	30	630001431
SERTRALINA	SI	50 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas	30dias	630000405
SULFADIAZINA DE PLATA	SI	30 g	CREMA	aplicar estoma TO	Tópico	8HORAS	30DIAS	610000344
CARBAMAZEPINA	SI	200 mg	TABLETA	200mg	SGT	8horas	30dias	610000031
AMITRIPTILINA	SI	25 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas noche	30dias	610000130

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

Fecha:20/04/2017 6:14:00 AM **Medico:Juan Pablo Rivera Loaiza**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

Medicamento	POS	Concentración	Forma farmaceutica	Dosis	Via de Admon	Via de Frecuencia	Tiempo de Tratamiento	Cod.
TRAMADOL	SI	100/10 mg/mL	SOLUCION ORAL	10gotas	SGT	8horas	30dias	610000120
ACETAMINOFEN	SI	500 mg	TABLETA	1gr	SGT	6horas	30dias	610000001
ESOMEPRAZOL	SI	40 mg	CAPSULA O TABLETA RECUBIERTA	40mg	SGT	24horas	30dias	630000183
ENOXAPARINA	SI	40/0.4 mg/mL	SOLUCION INYECTABLE	40mg	SC	24horas	30 DIAS	610000140
BISACODILO	SI	5 mg	TABLETA	5MG	SGT	24HORAS	30 DIAS	610000025
LIDOCAINA	SI	,02 g	GEL O JALEA	CATETERISMO VESICAL	Tópico	6HORAS A NECESIDAD	30DIAS	610000086
SALBUTAMOL	SI	100 mcg	INHALADOR ORAL	4PUFF	INH	6 HORAS SI BRONCOESPASMO	30 DIAS	610000111
IPRATROPIO BROMURO	SI	0.02 mg	AEROSOL	4PUFF	INH	8HORAS	30 DIAS	610000177
FUROSEMIDA	SI	40 mg	TABLETA	40mg	SGT	24horas	30dias	610000060
NUTRICION LIQUIDA ISOTONICA CON FIBRA 1.5 CALORIA PARA PACIENTES CON DEFICIT DE INGESTA	NO	1500 mL	SOLUCION ORAL	500 ML	SGT	CADA 8 HRAS	30	630001431
SERTRALINA	SI	50 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas	30dias	630000405
SULFADIAZINA DE PLATA	SI	30 g	CREMA	aplicar estoma TO	Tópico	8HORAS	30DIAS	610000344
CARBAMAZEPINA	SI	200 mg	TABLETA	200mg	SGT	8horas	30dias	610000031
AMITRIPTILINA	SI	25 mg	TABLETA	50mg	SGT	24horas noche	30dias	610000130

ORDENES MÉDICAS

Otras ordenes:

Orden médica

CABECERA 35°

CONTROL DE SIGNSO VITALES CADA 2 HRS

CATETERISMO VESICAL CADA 6H A NECESIDAD

ENTEROGERMINA: 1 AMPOLLA POR SGT CADA 24 HRS POR 15 DIAS

Fecha:21/04/2017 12:33:00 AM **Medico:Francisco Ignacio Vela**

MEDICAMENTOS

Medicamentos:

90