

**2023-00060 CONTESTACION COMFANDI Y LLAMAMIENTO A CHUBB SA**

Harold Aristizabal <harold.aristizabal@conava.net>

Mié 11/10/2023 17:06

Para: Juzgado 03 Civil Circuito - Valle del Cauca - Guadalajara De Buga <j03ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>  
CC: cyberjurista <cyberjurista@hotmail.com>; gallegoquinchiajudicial@gmail.com  
<gallegoquinchiajudicial@gmail.com>; gerencia@fhsjb.org <gerencia@fhsjb.org>; Notificaciones Judiciales  
<notificacionesjudiciales@comfandi.com.co>; MARTHA STELLA <martha.escallon@conava.net>

Doctor:

**Juan Gabriel Prado Pedroza**

**Juzgado Tercero (3) Civil del Circuito de Buga**

E. S. M.

**REF. Contestación Demanda COMFANDI y Llamamiento en garantía a CHUBB SA.**

**Proceso: Verbal RC Médica**

**Demandantes: Melissa Gallego y Otros**

**Demandados: COMFANDI y Hospital Fundación San Jose de Buga**

**Radicación: 2023-00060**

LINK :  [DEMANDA COMFANDI MELISSA GALLEGO](#)

**HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN**, identificado con la cédula de ciudadanía n°16.678.028, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional n°41.291 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado de **COMFANDI** conforme al poder que se allegara al Despacho, poder que ACEPTE y en ejercicio del mismo en este momento hallándonos dentro de la oportunidad legal (CONDUCTA CONCLUYENTE Conforme lo dispuso el despacho mediante auto #875 de 29 de noviembre de 2023 ) procedemos a ratificar y efectivamente a CONTESTAR LA DEMANDA y LLAMAR en Garantía a CHUBB, para lo cual estamos acompañando documentos y anexos de la misma en archivos PDF contenidos en el link, encontrándome dentro del término oportuno para hacerlo, para tal efecto señor juez encontrara dentro del LINK en el que constan los siguientes documentos que contienen en archivo PDF :

LINK :  [DEMANDA COMFANDI MELISSA GALLEGO](#)

**I. CONTESTACION DEMANDA COMFANDI Y ANEXOS**

1. CONTESTACION DEMANDA COMFANDI
2. CORREO REMITE PODER Y CERTIFICACION RL COMFANDI
3. ACEPTACION PODER COMFANDI
4. HISTORIA CLINICA COMFANDI BUGA URGENCIAS (3 ARCHIVOS)
5. HISTORIA CLINICA CONTROL POP TEQUENDAMA (6 ARCHIVOS)
6. HISTORIA CLINICA AMIGA
7. INFORME AUDITOR MEDICO

**II. LLAMAMIENTO EN GARANTIA A CHUBB SA**

1. CERTIFICADO E Y RL CHUBB SA
2. POLIZA VIGENTE CHUBB SA
3. AUTO ADMITE DEMANDA
4. DEMANDA Y ANEXOS
5. SUBSANACION Y ANEXOS

**Todos los documentos se hallan contenidos en el link a través del cual pueden ser fácilmente consultados.** (abrir hipervínculo)

ACUSAR RECIBIDO Y LEIDO.

Sinceramente.,

Harold Aristizábal Marín

TP. 41291 CSJ

CC 16678028

Sinceramente.,

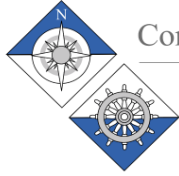
Harold Aristizábal Marín

**HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN**  
Director General

CEL: +57 315 401 22 01  
EMAIL: ham.conava@gmail.com - conava@conava.net  
PBX: +57 - 2 488 09 99 FAX: +57 - 2 893 31 77 / 893 32 31  
Carrera 3A Oeste No. 2 - 43 Barrio "El peñón"  
Código Postal 760044  
Santiago de Cali - Colombia



Consorcio Aristizábal Velásquez  
Abogados Ltda.



Consorcio Aristizábal Velásquez  
Abogados Ltda.

Doctor:  
Juan Gabriel Prado Pedroza  
Juzgado Tercero (3) Civil del Circuito de Buga  
E. S. D.

**REF. CONTESTACION DEMANDA VERBAL RCM**

**RAD. 2023-00060**

**DTE. MELISSA GALLEGU QUINCHIA y O.**

**DDO. COMFANDI Y FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE.**

*"El arte de la medicina es largo, nos dice Hipócrates, y la vida es corta; la oportunidad fugaz; el experimento peligroso, y el juicio imperfecto".*

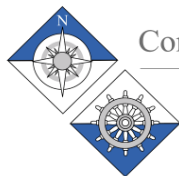
**Siddhartha Mukherjee** en su libro ***The Emperor of All Maladies***

**HAROLD ARISTIZABAL MARÍN**, identificado con cc. 16.678.028 de Cali y TP. 41291 CSJ con dirección electrónica [harold.aristizabal@conava.net](mailto:harold.aristizabal@conava.net) (Registro Nacional de Abogados) abogado en ejercicio, actuando en el presente proceso como apoderado de la **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca Comfamiliar Andi - COMFANDI**, conforme al poder conferido y aceptado, me dirijo ante usted oportunamente con el propósito de contestar la demanda de la referencia en los siguientes términos:

**RESPUESTA A LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

**Primero.** El pasado 23 de abril 2013, mi representada **MELISSA GALLEGU QUINCHIA**, consulto al servicio de urgencia de la **CLINICA IPS COMFANDI BUGA** (a través de la de la cual **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI – COMFANDI**, presta servicios de salud), presentando sintomatología de dolor abdominal y otros, compatible con **APENDICITIS**, a lo largo del día fue dada de alta, reingresando posteriormente, para finalmente ser remitida a la sede de la **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**.

Carrera 3 A Oeste No. 2-43 El Peñón  
PBX (57) (092) 488 0999 Tel: (57) (092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 8922106  
Email RNA :[harold.aristizabal@conava.net](mailto:harold.aristizabal@conava.net)  
Email: [conava@conava.net](mailto:conava@conava.net)  
Email: [ham.conava@gmail.com](mailto:ham.conava@gmail.com)  
Santiago de Cali - Colombia



**R/AL PRIMERO. NO ES CIERTO.** El motivo de consulta fue Dolor abdominal moderado localizado en mesogastrio con 6 horas de evolución, al examen físico sin signos de irritación peritoneal ni fiebre. Luego no existían criterios de orientar diagnóstico de apendicitis de acuerdo con la Escala de Alvarado. Dándosele manejo sintomático para el dolor, es dada de alta con advertencia de signos de alarma y recomendaciones de reconsultar.



### Historia Clínica General

<b>Paciente</b>	: MELISSA GALLEGU QUINCHIA	<b>Fec. Nac.</b>	: 20.05.1988
<b>Identificación</b>	: CC - 1115068198	<b>Edad/Sexo</b>	: 24 a / F
<b>Especialidad</b>	: U.T. Urgencias	<b>Fecha Adm.</b>	: 23.04.2013
<b>Ubicación</b>	: Comfandi-Buga	<b>Cama/Epis.</b>	: / 4932824
<b>Fec. Registro</b>	: 23.04.2013	<b>Hora Reg.</b>	: 07:35:29
<b>Aseguradora</b>	: SOS - ACTIVIDAD POS		

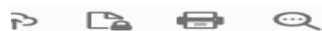
**Causa Externa** : Enfermedad General  
**Finalidad de la Consulta** : No Aplica

**Motivo de Consulta** : DOLOR ABDOMINAL  
**Enfermedad Actual** : Paciente con cc de 6 horas de evolucion consistente en dolor abdominal localizado en mesogastrio de intensidad moderada no irradiado y no se asocia a otros sintomas como vomito diarrea o irritacion uretral. fum 19-04-13



### Signos Vitales de Ingreso Vivo

<b>Temperatura</b>	: 36,0 °C	<b>Peso</b>	: 59,0 Kg	<b>Per. Cefálico</b>	: cm
<b>Presión arterial</b>	: 100 / 60 mm Hg	<b>Per. Abd.</b>	: cm	<b>Talla</b>	: cm
<b>Frec. Cardíaca</b>	: 81 x min	<b>IMC</b>	: Kg/m2	<b>SC (m2)</b>	: 1,63
<b>Frec. Respiratoria</b>	: 18 x min	<b>Sat con O2</b>	: %	<b>Sat sin O2</b>	: 100,00%







<b>Tórax/Mamas</b>	: RSCRS ACP BIEN VENTILADOS
<b>Abdomen</b>	: B/D, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEA
<b>Genitourinario</b>	: SE OMITE
<b>Extremidades</b>	: MOVILES-SIN EDEMA-PULSOS PRESENTES
<b>Sist. Nev. Central</b>	: ALERTA GLASGOW 15/15 NO DEFICIT
<b>Ex. Mental</b>	: NORMAL
<b>Piel y Faneras</b>	: NORMAL
<b>Otros Hallazgos</b>	: NINGUNO RELEVANTE






**Recomendaciones y Signos de Alarma:** reposo en casa SIGNOS DE ALARMA DOLOR ABDOMINAL: VOMITO PERSISTENTE (5 EPISODIOS EN 1 HORA) # VOMITO CON SANGRE # DOLOR ABDOMINAL INTENSO # DOLOR LOCALIZADO EN ALGUNO DE LOS CUADRANTES DEL ABDOMEN # DEPOSICIONES CON SANGRE # FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS ASOCIADA A DOLOR ABDOMINAL #ORINAS FETIDAS #ORINAS CON SANGRE, SANGRADO RECTAL-- SI LOS PRESENTA CONSULTAR INMEDIATAMENTE POR URGENCIAS RECOMENDACIONES. NO UTILIZAR MEDICACION LA CUAL NO ESTE ORDENADA POR SU MEDICO.







Ese mismo día pocas horas después reconsulta, revalorada por medicina general sin evidenciar signos de irritación peritoneal, ordenandos paraclínicos y es dejada en

observación, en esta ocasión abdomen doloroso a la palpación con signos de Blumberg y Rosving (+) con paraclínicos no concluyentes para apendicitis, ante reingreso y sintomatología deciden remitir para valoración por cirugía general. Y se remite a la Fundación Hospital San Jose de Buga.

1 / 3


Identificación	: CC - 1115068198	Edad/Sexo	: 24 a / F
Especialidad	: U.T. Urgencias	Fecha Adm.	: 23.04.2013
Ubicación	: Comfandi-Buga	Cama/Epis.	: / 4938312
Fec. Registro	: 23.04.2013	Hora Reg.	: 11:15:15
Aseguradora	: SOS - ACTIVIDAD POS		

**Causa Externa** : Enfermedad General
 **Finalidad de la Consulta** : No Aplica

**Motivo de Consulta** : sigo con el dolor
 **Enfermedad Actual** : Paciente con cc de 6 horas de evolucion consistente en dolor abdominal localizado en mesogastrio de intensidad moderada no irradiado y no se asocia a otros síntomas como vomito diarrea o irritación uretral. fum 19-04-13, paciente consulto hace 2 horas se colocodosis de hioscina ahora reconsulta por persistencia del dolor y escalofrio.

**Análisis y Conducta** : Paciente que reconsulta, no encuentro signos de irritación peritoneal pero considero pertinente la toma de paraclínicos y observación clínica por seguridad de paciente.

3 / 3

---

**Fecha** : 23.04.2013 **Hora** : 13:50  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CON MUCHO DOLOR Y VOMITOS.  
**Objetivo** : TA: 110/70 MMHG FC: 80 LAT/MIN FR: 20 RESP/MIN CONCIENTE, ALERTA. MUCOSA ORAL HUMEDAS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION GENERALIZADO, SIGNOS DE BLUMBERG ( + ) ROSVING ( + ) REPORTE DE PARACLINICOS. HEMOGRAMA WBC: 11.930 MM3 NEU: 86 % LYN: 8.7 % PLT: 245.000 MM3 HB: 13.2 GR/DL HTO: 37.9 % UROANALISIS. PH: 6.0 PROTEINAS: 20 MG/DL ESTEARASA DE LEUCOCITOS: 75 LEU/L CUERPOS CETONICOS: 20 MG/DL SANGRE: + + MICROSCOPICO GERMS + LEUCOCITOS: 4-6 POR CAMPO ERITROCITOS: 2-4 POR CAMPO.

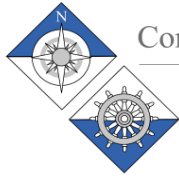
**Análisis** : PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD QUIEN CURSA CON DOLOR ABDOMINAL CON PUNTOS POSITIVOS PARA APENDICITIS AGUDA; VALORADA CON REPORTE DE PARACLINICOS EN DONDE SE EVIDENCIA DISCRETA LEUCOCITOSIS, CON NEUTROFILIA; SE DECIDE POR SER REINGRESO Y CURSA CON HALLSAGOS AL EXAMEN FISICO COMENTAR CON LA CENTRAL DE

Fecha Impresión: 21.06.2023 - Hora: 12:05:48

Página 2 de 3

Paciente	: MELISSA GALLEGUO QUINCHIA	Identificación	: CC - 1115068198
Historia Clínica General			

REFERENCIA DE LA SOS PARA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL.



Hasta ese momento no hay signos exclusivos o patognomónicos que permitan hacer diagnóstico definitivo de apendicitis. La paciente requería ser estudiada por una especialidad quirúrgica.

**Segundo.** En la **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**, se establece como diagnostico inflamación de vesícula, con soporte en imagen diagnostica que nunca fue puesta en conocimiento de mi mandante, y, se procede a realizar procedimiento de colecistectomía, dando de alta a la paciente el 24 de abril de 2013.

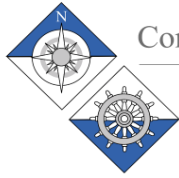
**R/AL SEGUNDO.** No nos consta, por tratarse de una atención medica en institución de salud diferente a la que representamos en este caso. Pero de acuerdo con la historia clínica de la Fundación HSJ se practicó ecografía que cuyo reporte hacia mandatorio practicar Colelap, sin evidencia de apendicitis hasta ese momento. Precisamos que ante el diagnostico de enfermedades de la vesícula en condición crónica la indicación médica no es contemporizar con la enfermedad a la espera que esta se agudice dadas complicaciones que puede suscitar incluso hasta la muerte.

**Tercero.** Pese a la realización de la cirugía, su sintomatología motivo de consulta inicial se agravó, de tal suerte que requirió acudir nuevamente al servicio de urgencia de la **CLINICA IPS COMFANDI BUGA**, siendo remitida posteriormente a la sede de la **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**.

**R/AL TERCERO.** Es parcialmente cierto, pues efectivamente la historia de reconsulta al servicio de urgencias debió darse desde el mismo 25 de abril que la paciente refiere el cuadro clínico general de dolor abdominal, vómitos continuos, picos febriles, deposiciones liquidas fétidas. Y como se advirtió desde la primera consulta la indicación era consultar inmediatamente ante signos de alarma y recomendaciones. Luego la paciente contemporizo por 2 días, con lo cual contribuyo a la mayor severidad de las complicaciones.

En esta ocasión nuevamente es remitida a la Fundación HSJ para que la paciente sea valorada por cirugía general.





Consorcio Aristizábal Velásquez

Abogados Ltda.



#### Historia Clínica General

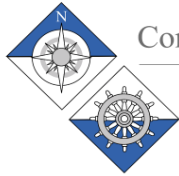
Paciente	: MELISSA GALLEGU QUINCHIA	Fec. Nac.	: 20.05.1988
Identificación	: CC - 1115068198	Edad/Sexo	: 24 a / F
Especialidad	: U.T. Urgencias	Fecha Adm.	: 27.04.2013
Ubicación	: Comfandi-Buga	Cama/Epis.	: / 4985843
Fec. Registro	: 27.04.2013	Hora Reg.	: 17:36:01

Causa Externa : Enfermedad General  
Finalidad de la Consulta : No Aplica

Motivo de Consulta : LA OPERARON DE LA VESICULA Y AHORA, TIENE, VOMITOS, FIEBRE.  
Enfermedad Actual : PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD POP DE COLECISTECTOMIA POR LAPARSCOPIA EL DIA 23-04-2013 EN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, SIN EMBARGO DESDE EL DIA 25-04-2013 CURSA CON CUADRO MALESTAR GENERAL, DOLOR ABDOMINAL, VOMITOS CONTINUAS, DOLOR A NIVEL DE LA REGION DORSOLUMBAR, DEPOSICIONES LIQUIDAS FETIDAS (APROX. 10-15 POR DIA), NO MOCO NO SANGRE, PICOS FEBRILES NO CUANTIFICADOS TRATADO CON DOSIS DE ACETAMINOFEN TABLETA Y HIOSINA TABLETA 10 MG SIN MEJORIA CLINICA.

**Cuarto.** Una vez en la sede de la **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**, luego de realizados diversos procedimientos, exámenes y valoraciones médicas, se procede con una laparotomía exploratoria, en cuyo desarrollo se encuentran entre otros hallazgos, peritonitis, y, apéndice cecal perforada, con fecalitos en su interior, lo que motiva la realización de apendicectomía y lavado peritoneal.

**R/AL CUARTO.** No nos consta, por tratarse de una atención medica en institución de salud diferente a la que representamos en este caso. De acuerdo con la historia clínica, fue necesario practicar laparotomía exploratoria por estimar que en ese momento había indicación quirúrgica frente a cuadro clínico inusual y atípico. Lo que se explicaría por una clínica no clara de apendicitis y una implantación apendicular del ciego no común. Lo cual no constituye un error diagnostico sino una mayor dificultad diagnostica.

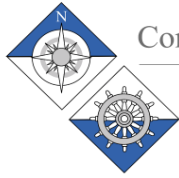


**Quinto.** Hasta este punto se evidencia que hubo error tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la paciente, porque aunque no se cumplió con criterios claros de apendicitis aguda según la Escala de Alvarado, el resultado de la ecografía realizada mostraba colelitiasis sin signos de colecistitis ni inflamación aguda de este órgano, lo cual no daba explicación amplia y suficiente para sustentar la sintomatología intraabdominal que la paciente presentaba, lo que indicaba que se debían realizar paraclínicos más específicos y complementarios y/o una revisión profunda de la cavidad abdominal intraoperatoria, tal y como se hizo en el segundo ingreso de la paciente al servicio de urgencias de **CLINICA IPS COMFANDI BUGA**, cuando ya había un cuadro clínico con una semana de deterioro del paciente, en medio de un postquirúrgico, por la sustracción de un órgano que no debió haberle sido retirado de su cuerpo (vesícula biliar) de acuerdo con su sintomatología, más aun, con fundamento en una imagen diagnóstica que no fue puesta de presente a la paciente.

**R/AL QUINTO. No es un hecho** (circunstancia de tiempo, modo y lugar), sino afirmaciones subjetivas que corresponden a opinión del apoderado de la parte actora, que en todo caso deberán ser probados con validez científica para el caso en particular. En todo caso la conducta que se cuestiona es la adoptada por el equipo médico de la Fundación HSJ ya que en ningún momento se hace imputación alguna frente a Comfandi, motivo por el cual no se explica la razón por la cual la parte actora a través de su abogado decide demandar también a COMFANDI.

**Sexto.** El postoperatorio consecuente a la realización de apendicetomía y lavado peritoneal al que se refiere el hecho Cuarto, fue el inicio de largos meses durante los cuales mi mandante en varias ocasiones se encontró al borde de la muerte, hospitalizada en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**, gran parte de ese tiempo con la cavidad abdominal abierta, donde incluso tuvo que ser “intubada”, es decir, contar con soporte ventilatorio para poder respirar, dado que al interior de la UCI se contaminó con alguna bacteria o infección que le ocasionó deterioro de sus vías respiratorias, también debió ser sometida a resección de un segmento de su intestino y la corrección de una fistula intestinal, que se desarrollaron de manera consecuente a la deficiente atención inicial brindada a la paciente, quien finalmente fue dada de alta, alrededor de transcurridos 5 meses desde su segundo ingreso al servicio de urgencias de la **CLINICA IPS COMFANDI BUGA**.

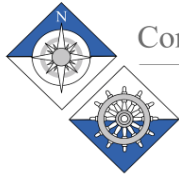




**R/AL SEXTO. No es un hecho** (circunstancia de tiempo, modo y lugar), sino una afirmación subjetiva de opinión del apoderado de la actora, que en todo caso deberá ser probado con validez científica para el caso en particular. En todo caso la conducta que se cuestiona es la adoptada por el equipo médico de la Fundación HSJ ya que en ningún momento se hace imputación alguna frente a Comfandi, motivo por el cual no se explica la razón por la cual la parte actora a través de su abogado decide demandar también a COMFANDI. Cabe anotar que el manejo de las complicaciones estuvo completamente ajustada a los protocolos de manejo y el cuidado dentro de la lex artis. Dentro del análisis de la atención hecha en salud por parte de COMFANDI estuvo ajustada en todo momento a la lex artis y a los protocolos actuales de cuidados en atención en salud de pacientes como el de la Sra. Melissa Gallego Quinchía.

**Séptimo.** Al acudir al servicio de urgencias de la **CLINICA IPS COMFANDI BUGA**, la paciente **MELISSA GALLEGO QUINCHIA** era económicamente activa, por lo cual las incapacidades por ella sufridas, le repercutieron negativamente. En adición, debieron incurrir en gastos de diversa índole, para mitigar las consecuencias del error de diagnóstico y tratamiento, en que incurrió el equipo médico e instituciones prestadoras de servicios de salud, que imprimieron manejo a su consulta del 23 de abril de 2013. A la fecha de presentación de este escrito a reparto judicial, mi representada se encuentra a la espera de contar con los recursos económicos, que le permitan corregir quirúrgicamente, las enormes y protuberantes cicatrices que acompañan su abdomen, como consecuencia de los diversos procedimientos a los que tuvo que someterse, con posterioridad al 27 de abril de 2013.

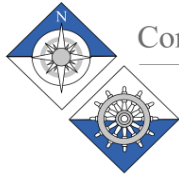
**R/AL SEPTIMO. No es un hecho** (circunstancia de tiempo, modo y lugar), sino una afirmación subjetiva de opinión del apoderado de la actora, que en todo caso deberá ser probado con validez científica para el caso en particular. Se reitera que en todo caso la conducta que se cuestiona es la adoptada por el equipo médico de la Fundación HSJ ya que en ningún momento se hace imputación alguna frente a Comfandi, motivo por el cual no se explica la razón por la cual la parte actora a través de su abogado decide demandar también a COMFANDI. Cabe anotar que tanto el diagnóstico como tratamiento y remisión de la paciente y el manejo de las



complicaciones estuvo completamente ajustada a los protocolos de manejo y el cuidado dentro de la lex artis por parte de COMFANDI. Dentro del análisis de la atención hecha en salud por parte de COMFANDI estuvo ajustada en todo momento a la lex artis y a los protocolos actuales de cuidados en atención en salud de pacientes como el de la Sra. Melissa Gallego Quinchía.

**Octavo.** Como consecuencia de lo anterior, y, como se advirtiera en el hecho séptimo, en virtud del error de diagnóstico y tratamiento, en que incurrió el equipo médico e instituciones prestadoras de servicios de salud, que imprimieron manejo a su consulta del 23 de abril de 2013, la salud de mi representada se deterioró, de manera severa, durante los cinco meses posteriores a su ida al servicio de urgencias de la **CLINICA IPS COMFANDI BUGA**, esto ocasionó que fuera secuestrada mentalmente por pensamientos fatalistas, por temer fallecer en medio de todo lo que estaba viviendo, lo que ciertamente le causaba el dolor moral asociado a los dolores físicos que padecía, situaciones que en menor medida, persisten hasta el día de hoy, ya que siente dolor por la estílica de su abdomen, y, aun resiente sentimentalmente lo vivido en aquel entonces.

**R/AL OCTAVO. No es un hecho** (circunstancia de tiempo, modo y lugar), sino una afirmación subjetiva de opinión del apoderado de la actora, que en todo caso deberá ser probado con validez científica para el caso en particular. Se reitera que en todo caso la conducta que se cuestiona es la adoptada por el equipo médico de la Fundación HSJ ya que en ningún momento se hace imputación alguna frente a Comfandi, motivo por el cual no se explica la razón por la cual la parte actora a través de su abogado decide demandar también a COMFANDI. Cabe anotar que tanto el diagnóstico como tratamiento y remisión de la paciente y el manejo de las complicaciones estuvo completamente ajustada a los protocolos de manejo y el cuidado dentro de la lex artis por parte de COMFANDI. Dentro del análisis de la atención hecha en salud por parte de COMFANDI estuvo ajustada en todo momento a la lex artis y a los protocolos actuales de cuidados en atención en salud de pacientes como el de la Sra. Melissa Gallego Quinchía.

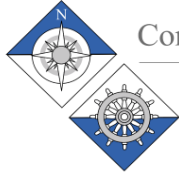


**Noveno.** Paralelo a lo antes mencionado, durante el tiempo que la paciente se encontraba hospitalizada no pudo disfrutar de su vida, de su entorno, de su familia, de su juventud (contaba con aproximadamente 24 años en aquel entonces), en general, realizar actividades lúdicas, o, desenvolverse como usualmente lo hacía en su cotidianidad, toda vez que su existencia consistió en el padecimiento de diversos dolores, debatirse entre la vida y la muerte, entrar y salir de un quirófano, al igual que de la UCI, situaciones que en menor medida, persisten hasta el día de hoy, ya que siente vergüenza por la estética de su abdomen, limitando esto incluso las alternativas para su vestuario, y, su propiocepción.

**R/AL NOVENO.** No nos consta. Deberá probarlo con validez e idoneidad.

**Decimo.** Mis representados conforman la familia **GALLEGO – QUINCHIA**, de tal suerte que en virtud de los estrechos vínculos que sostienen entre sí, la familia se ha contagiado grupalmente de las afectaciones síquicas y emocionales padecidas por su hija y hermana, como consecuencia del deterioro de su estado de salud, consecuente al error de diagnóstico y tratamiento, en que incurrió el equipo médico e instituciones prestadoras de servicios de salud, que imprimieron manejo a su consulta del 23 de abril de 2013, pues durante el tiempo que duro su tratamiento, les dolía ver el sufrimiento de su ser amado, sufrían el dolor físico de su ser amado, temían perder a su ser amado.

**R/AL DECIMO.** No nos consta. Deberá probarlo con validez e idoneidad. Se reitera que en todo caso la conducta que se cuestiona es la adoptada por el equipo médico de la Fundación HSJ ya que en ningún momento se hace imputación alguna frente a Comfandi, motivo por el cual no se explica la razón por la cual la parte actora a través de su abogado decide demandar también a COMFANDI. Cabe anotar que tanto el diagnóstico como tratamiento y remisión de la paciente y el manejo de las complicaciones estuvo completamente ajustada a los protocolos de manejo y el cuidado dentro de la lex artis por parte de COMFANDI. Dentro del análisis de la atención hecha en salud por parte de COMFANDI estuvo ajustada en todo momento



a la lex artis y a los protocolos actuales de cuidados en atención en salud de pacientes como el de la Sra. Melissa Gallego Quinchía.

**Decimo Primero.** De igual manera, la familia **GALLEGO – QUINCHIA**, tampoco pudo disfrutar de su vida familiar, de su vida cotidiana, durante el tiempo en el que la paciente **MELISSA GALLEGO QUINCHIA**, fue sometida a diversos procedimientos y hospitalizaciones, entre abril y septiembre del año 2013, tiempo durante el cual, por sobre el trabajo, la vida personal, de sus progenitores y hermana, se contrajo para darle espacio a su cuidado y atención.

**R/AL DECIMO PRIMERO.** No nos consta. Deberá probarlo con validez e idoneidad.  
**Décimo Segundo.** El conflicto al que se contrae este documento se intentó solucionar a través de la conciliación extrajudicial en derecho, sin que se llegara a un acuerdo, dándose la oportunidad de descongestionar el aparato judicial, y al tiempo, agotando el requisito de procedibilidad de que trata la Ley 2220 de 2022.

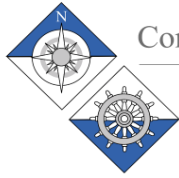
**R/AL DECIMO SEGUNDO.** Cierto, pero en ningún momento se hace imputación que se traduzca en responsabilidad civil medica alguna frente a Comfandi, motivo por el cual no se explica la razón por la cual la parte actora a través de su abogado persiste en demandar a COMFANDI.

**Décimo Tercero.** Por lo anterior, mis representados formulan contra los demandados, las pretensiones consignadas en este documento.

**R/AL DECIMO TERCERO.** **No es un hecho** (circunstancia de tiempo, modo y lugar), sino una afirmación subjetiva de opinión del apoderado de la actora.

## **FRENTE A LAS PRETENSIONES, DECLARACIONES Y CONDENAS SOLICITADAS EN LA DEMANDA**





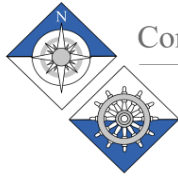
Nos oponemos a la prosperidad de las pretensiones de la parte actora, empezando por la tendiente a que se declare la responsabilidad civil extracontractual de la entidad que represento COMFANDI, toda vez que las acusaciones contenidas en el escrito de demanda carecen de los fundamentos fácticos, jurídicos y técnico - científicos requeridos para que puedan surtir los efectos normativos que se pretenden con la presentación de la demanda. Por efecto, **NO** se estructuró la responsabilidad atribuida a mi representada.

Por lo anterior, solicito que se niegue lo pedido en la demanda y ruego condenar a la parte actora al pago de costas y agencias en derecho.

En el presente caso no se presentan los presupuestos esenciales para que surja o se pueda predicar el nacimiento de una obligación resarcitoria a cargo de mi defendida COMFANDI, pues no se conformaron los tres (3) pilares de la responsabilidad civil extracontractual o aquiliana en nuestro régimen jurídico, ya que no hay conducta o culpa alguna atribuible a mi representado, ni tampoco el supuesto daño antijurídico alegado está asociado en forma alguna con una supuesta responsabilidad por COMFANDI. No existiendo relación o nexo de causalidad entre algún actuar a cargo de la parte pasiva que represento y los daños y perjuicios alegados por la parte actora, para lo cual ha de destacarse que la parte demandante no prueba ninguna de las acusaciones contenidas en la demanda, pues no aportó ninguna prueba idónea con la cual se acredite la correspondiente culpa en cabeza de mi patrocinada.

Por otro lado, resulta imperioso mencionar que para que un daño sea susceptible de indemnización alguna, el mismo deberá ser probado por quien lo sufre, obviamente previa comprobación de los presupuestos fácticos que germinaron el presunto daño. Este postulado parte de la premisa de que quien no pruebe la culpa de la regla 2341 del Código Civil, de la forma en que lo establece el actual Código General del Proceso en la regla 167, no podrá declararse la responsabilidad aquiliana, pues no se puede partir de la base que éste es un hecho notorio y corresponde a quien supuestamente ha padecido dicho perjuicio, aportar los medios idóneos y conducentes para que prosperen sus pretensiones no sólo acreditando el daño sino comprobando la real y





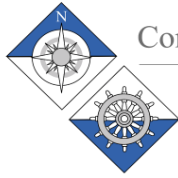
efectiva causación de los hechos u omisiones generadores del daño alegado. Tal y como se sostendrá y acreditará a lo largo del presente proceso, ninguna de las afirmaciones contenidas en los hechos de la demanda se podrán verificar por cuanto los demandantes pasaron por alto su deber de probar los motivos que originaron la acción conforme a la mencionada regla 167 del Código General del Proceso, particularmente en cabeza de mi patrocinada o por el contrario resulta a todas luces temeraria. Por lo tanto, esta situación se traduce en un obstáculo insalvable que va al traste de las pretensiones promocionadas en el escrito de demanda.

Ahora bien, frente a las pretensiones nos pronunciamos así:

Nos oponemos a la presente pretensión declaratoria de responsabilidad civil extracontractual a cargo de mi representada COMFANDI, por cuanto la parte demandante no prueba la culpa y el necesario nexo causal para que se declare a su favor, los perjuicios materiales e inmateriales solicitados en la demanda.

Nos oponemos a las pretensiones relacionadas con el pago de perjuicios materiales e inmateriales solicitados por las demandantes, pues no existiendo responsabilidad en cabeza de mi mandante, tampoco habrá lugar a condena alguna en su contra por cuanto no se estructuró el deber de indemnizar. Del escrito de demanda ni de las circunstancias fácticas puede concluirse que ninguna negligencia por acción u omisión a cargo de mi defendido desencadenó en la configuración de responsabilidad alguna. Es por ello, que no puede siquiera entreverse una responsabilidad atribuida a COMFANDI y demás demandados, aspecto que se detallará en las excepciones que adelante se propondrán.

La temeridad en la demanda contra COMFANDI se deduce del documento que acompaña la demanda, que fuera suscrito por Cirujano General Jairo Augusto Casas Guerra, quien en el mismo exonera a COMFANDI en su opinión técnica precisando que el diagnóstico, tratamiento y remisión de la paciente y el manejo de las complicaciones estuvo completamente ajustada a los protocolos de manejo y el cuidado dentro de la lex artis por parte de COMFANDI. Por lo que se concluye que



dentro del análisis de la atención hecha en salud por parte de COMFANDI estuvo ajustada en todo momento a la lex artis y a los protocolos actuales de cuidados en atención en salud de pacientes como el de la Sra. Melissa Gallego Quinchía.

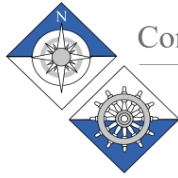
Luego, los presupuestos que deberían acreditarse por medios probatorios sólidos, conducentes y pertinentes, se echan de menos, pues al respecto se precisa de pruebas especializadas que demuestren la mala praxis del equipo médico de COMFANDI, en tanto por el contrario una buena práctica médica dentro de la expectativa de comportamiento o lex artis ad hoc.

### **EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LOS HECHOS, PRETENSIONES DE LA DEMANDA Y FUNDAMENTOS DE DERECHO**

#### **1. INEXISTENCIA DE CULPA Y AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LAS CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LA PACIENTE MELISSA GALLEGO QUINCHIA Y LA ACTUACION DE COMFANDI. EN CONSECUENCIA, AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL.**

Pese a que los presupuestos básicos de la responsabilidad, estos son: el daño, la culpa y el nexo de causalidad, **NO han sido probados** por las demandantes, teniendo el deber legal de hacerlo, me permito acreditar las razones por las cuales mi defendido COMFANDI no cometió por acción u omisión algún acto de negligencia en las oportunidades que brindaran atención a la paciente Gallego Quinchía. Razones probadas que permitirán determinar la imposibilidad de declarar responsabilidad civil extracontractual generadora de una obligación a cargo de la entidad COMFANDI.

Con relación a la apendicitis aguda frente al caso sub judice es de precisar con base en la historia clínica de la paciente, el cuadro clínico con que evoluciono, que su diagnóstico no siempre es obvio y su evolución clínica tampoco es consistentemente característica, a esto le llaman los especialistas ***cuadro clínico atípico***. Lo que implica

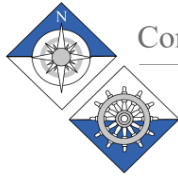


una mayor dificultad para identificar el cuadro clínico y sus ayudas diagnósticas del momento con el diagnóstico que explique el mismo, luego la dificultad se traduce en que el diagnóstico de apendicitis aguda no sea posible hacerlo de manera precoz y por ende contribuyendo negativamente a la tasa de complicaciones. Una de las herramientas de tamizaje para sospechar un cuadro apendicular es la Escala de Alvarado, sin embargo, como lo precisan los expertos, en este caso no se documenta ninguno de los criterios de la escala de Alvarado presentes ni en síntomas, signos o hallazgos de laboratorio para el momento de la atención en COMFANDI. En este punto le permitió precisar al experto cirujano que la ausencia de criterios clínicos y paraclínicos de la paciente, sin fiebre, sin leucocitosis y sin signos de irritación peritoneal, no dejaba entrever un diagnóstico probable de apendicitis aguda para el caso en mención.

Contribuye adicionalmente a hacer más difícil su diagnóstico la ubicación anatómica del apéndice. Por lo que cuando se inflama el apéndice y no está ubicado en posición usual (cuadrante inferior izquierdo) las manifestaciones clínicas pueden ser más enmascaradas por su ubicación inusual dando hallazgos atípicos al examen físico o confundiendo con otros diagnósticos. Luego se concluye que la paciente cursó con cuadro apendicular atípico, enmascarado por las circunstancias mencionadas que se encuentran descritas en la literatura médica.

De otra parte, bajo el **juicio ex ante y no ex post** se debe señalar que ya hoy con base en el resultado acontecido se puede afirmar a ciencia cierta que definitivamente, no era posible anticipar el diagnóstico en curso de las horas iniciales, como lo expone la literatura especializada por parte de la comunidad científica.

Lo primero que debemos enfatizar, es que las acusaciones planteadas en la demanda están afectadas de temeridad conforme al numeral 1° de la regla 79 del Código General del Proceso, por corresponder a manifestaciones contrarias a la verdad. Conducta que ha vulnerado el deber que tienen las partes de actuar con lealtad procesal, según el numeral 1° de la regla 78 *ibidem*.



La sociedad debe entender, que no todo daño es resarcible y que la vida diaria conlleva ciertos riesgos que pueden materializarse sin que nadie sea señalado como culpable. No se pueden crear falsas culpas con el afán injustificado de obtener una suma dineraria por efecto de una situación, en la que predominó el infortunio aunado a lo fortuito.

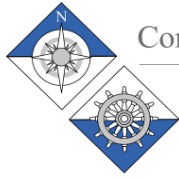
Señor juez, emerge diáfano, que la parte demandante se ha conformado en lanzar acusaciones sin ningún fundamento cierto y científico, tratando de crear una responsabilidad a cargo de mi representada COMFANDI.

Según lo argumentado y probado por esta defensa, es claro que no existe **culpa** y el necesario **nexo causal** como elementos de la responsabilidad, los cuales no han sido probados, teniendo el deber legal de hacerlo en virtud del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente a la **culpa**, la doctrina nacional e internacional la ha definido como el *"incumplimiento de un deber que el agente debía conocer y observar"* (Savatier); como *"una falta contra una obligación preexistente"* y como un *"error de conducta que no cometería una persona cuidadosa en las mismas condiciones externas del causante de la misma"* (hermanos Mazeaud). Igualmente, las personas actúan con **culpa** cuando su conducta es contraria a la que debiera haberse observado, cuando su actuación es desviada, bien sea por torpeza, ignorancia, imprudencia, imprevisión o por otro motivo semejante.

Nuestro Código Civil en su artículo 63 equipara la CULPA GRAVE o LATA al hecho de no manejar los negocios ajenos con aquel cuidado que aún las personas negligentes o de poca prudencia suelen emplear en sus negocios propios. Así pues, una persona actúa de manera gravemente culposa cuando no emplea el cuidado que normalmente emplearía una persona imprudente en un negocio propio.

Como hemos acreditado, mi defendida COMFANDI no ha incurrido en falta alguna, ha obrado prudentemente y de manera correcta, diligente, ajustada a



Derecho y sin haber cometido culpa alguna, razón por la cual, no se le puede atribuir ninguna clase de responsabilidad en este proceso.

Frente al **nexo causal**, la Corte Suprema de Justicia en forma pacífica, ha dejado de presente que es uno de los elementos más complejos de determinar y, en consecuencia, en todos los casos debe probarse.

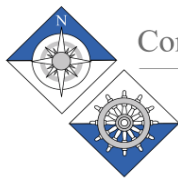
Traemos a colación lo manifestado por la Corte Suprema de Justicia en la sentencia del 14 de diciembre de 2012, Magistrado Ponente ARIEL SALAZAR RAMIREZ:

"[...] **1.** En materia de responsabilidad civil, la causa o nexo de causalidad es el concepto que permite atribuir a una persona la responsabilidad del daño por haber sido ella quien lo cometió, de manera que deba repararlo mediante el pago de una indemnización. El artículo 2341 del Código Civil exige el nexo causal como uno de los requisitos para poder imputar responsabilidad, al disponer que *"el que ha **cometido** un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización..."*. (Se resalta)

Cometer un delito o culpa significa entonces, según nuestro ordenamiento civil, realizar o **causar** el hecho constitutivo del daño resarcible; aunque ese hecho no tiene que ser necesariamente el resultado del despliegue de un acto positivo, sino que bien puede acontecer por abstenerse de ejecutar una acción cuando se tiene el deber jurídico de actuar para evitar o prevenir una lesión. Es decir que la responsabilidad también puede tener lugar por una abstención u omisión en la acción.

La verificación del nexo causal no ha sido nunca tarea fácil en derecho, como no lo puede ser si se tiene en cuenta que aún en el ámbito de la filosofía de la ciencia ha sido un tema de continuo desarrollo y revisión alrededor del cual se ha generado un debate de dimensiones propias: el problema de la causalidad. [...]" (Negrita y subrayado fuera del texto original).





Teniendo en cuenta lo anterior, la parte promotora de la demanda tenía la obligación legal de demostrar que COMFANDI cometió alguna irregularidad por acción u omisión y tenía la obligación legal de acreditar de las condiciones de salud que goza la paciente actualmente.

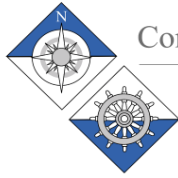
Es claro que los demandantes no lograron acreditar ninguno de los componentes de la responsabilidad civil, mucho menos el **nexo causal**. Aunado a lo anterior, atendiendo las pruebas ofrecidas y que serán aportadas oportunamente, las mismas establecen que no existe nexo de causalidad entre la conducta de COMFANDI y el resultado acaecido en la salud de la paciente. Es por ello, que las acusaciones de los demandantes caen en el vacío.

Respecto del actuar galénico cuando se enfrenta a un diagnóstico difícil, la Corte ha dicho que "(...) será el **error culposo** en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; **vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen.**(...)"

Por el contrario, **aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad.**(..) "En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un diagnóstico acertado." <sup>1</sup> (Resalte nuestro).

---

<sup>1</sup> Cas civ. Sentencia de noviembre 26 de 2010. Exp. 1999-08667-01 MP Dr. Pedro Octavio Munar Cadena.



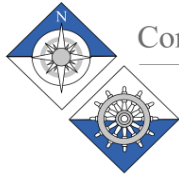
La dificultad en el diagnóstico no excluye entonces la culpa, lo que sucede es que para que se configure debe demostrarse un error culposo de los galenos que atendieron a la paciente, pero como lo hemos venido indicando, ese error no se ha probado, y al contrario, se acredita que aquellos realizaron los exámenes que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en el diagnóstico en cada consulta según los síntomas, signos y resultados de paraclínicos y otros exámenes, sin que se haya encontrado ni probado, descuido, imprudencia o impericia en sus conductas, frente a una patología que como su nombre lo indica no revelaba síntomas, de difícil diagnóstico, que debe juzgarse a la luz de lo probado y no ahora en función del resultado acaecido pues lo sucedido bien puede catalogarse según indica la Corte en la providencia citada, como un *aleas de la medicina*.

De allí que parafraseando al autor médico Siddhartha Mukherjee en su libro *Las leyes de la medicina. Apuntes acerca de una ciencia incierta*, frente al caso sub judice destaquemos que **en medicina el problema más profundo y significativo está en reconciliar el conocimiento y la sabiduría clínica, pues de una parte el conocimiento es cierto, fijo, perfecto, concreto; en tanto que la sabiduría clínica es incierta, fluida, imperfecta, abstracta.**

Por los anteriores motivos y argumentos probados, solicitamos al señor juez, que abra paso a la presente excepción y deniegue las pretensiones de la demanda.

**EXCEPCIÓN 2.- LA CALIFICACIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO OBLIGACIONES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO ES UN CRITERIO DETERMINANTE PARA PRECISAR EL ALCANCE DE LA PRESTACIÓN A QUE ESTABA OBLIGADO EL EQUIPO MEDICO DE COMFANDI.**

Desde el punto de vista de la atención a la paciente Gallego Q. por parte del equipo médico de COMFANDI, es dable afirmar que fue tratado conforme al diagnóstico, tratamiento en ese momento y la remisión a mayor nivel de complejidad



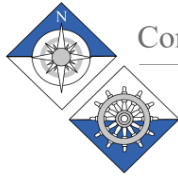
que se le dio, tal como se consignó en la correspondiente historia clínica, cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular les exigía para ese instante, empleando todos los medios a su alcance para procurar por la salud de la paciente, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado, en razón, precisamente, de las características propias de dicha disciplina y en atención al reconocimiento de los factores de riesgo que conlleva todo tratamiento médico, que pueden ser endógenos o biológicos, propios del individuo y exógenos o del medio ambiente. Y es que el médico contrae frente al paciente una **obligación de medio y no de resultado**, consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento. Basta traer a colación la posición adoptada por el Consejo de Estado sobre el particular: "...Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en éste campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad<sup>2</sup>".

En igual sentido, la Corte Constitucional señaló que el Derecho a la salud no implica una obligación de resultado.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia de 24 de agosto de 1998. Expediente 11.833 C. P.: Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros

<sup>3</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-645 del 26 de noviembre de 1996. M. P.: Dr. Alejandro Martínez Caballero.



Por su parte, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio. Y lo mismo se deriva de la **ley 1438 del 19 de enero 2011**, que en su **artículo 104**, modificadorio del **artículo 26 de la ley 1164 de 2007**, consagra que la relación de asistencia en salud entre el profesional de la salud y el usuario genera una obligación de medio.

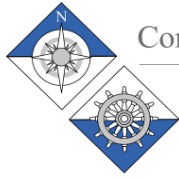
En tal virtud, el Despacho debe tener en consideración que al indicarse que las obligaciones asumidas por los galenos de COMFANDI al igual que los de la Fundación HSJ son obligaciones de medio y no de resultado, determinan, por un lado, el alcance de la prestación a que estaba obligada, al tiempo que, por otro lado, condicionan la carga de la prueba en cabeza de la parte actora.

Y cierro con el mismo autor **Siddharta Mukherjee** en su libro **Las leyes de la medicina. Apuntes acerca de una ciencia incierta**.

*"Es fácil tomar las decisiones perfectas cuando tenemos la información perfecta. Pero la medicina requiere que tomemos decisiones perfectas a partir de información imperfecta"*

### **EXCEPCION 3. CAUSA EXTRAÑA POR CASO FORTUITO**

En el caso en estudio esta visto no existe relación de causalidad dentro del régimen de responsabilidad civil contractual ni extracontractual. Ya que no ha mediado conducta alguna de carácter culposa de Comfandi y el resultado de la salud de la señora Melissa Gallego, ya que lo que se configuro fue realmente un caso fortuito, circunstancia esta que se define, como aquella que no ha podido preverse, o

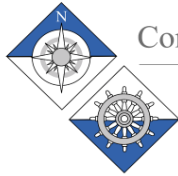


que siendo prevista no haya podido evitarse, lo cual significa que escapa al poder o capacidad humana lo que constituye lo insuperable.

Consecuentemente el agravamiento y desenlace del estado del paciente, no obedeció a la gestión culposa de la demandada, y que en cambio son atribuibles a las limitaciones propias de la ciencia médica frente a la etiología y solución anticipada, constituye circunstancias puramente aleatorias del curso de la patología o enfermedad o condición de base de cada paciente que pudiera presentar, que le son absolutamente irreprochables frente al actuar médico, pues cuando como consecuencia del propio estado de salud del paciente o de sus especiales reacciones orgánicas, se produjeran indeseadas derivaciones, no será responsable los demandados en la medida que concurra en la especie las imprescindibles notas de **imprevisibilidad o inevitabilidad** que caracteriza todo **casus**. Que como en el caso en estudio, la patología abdominal y las complicaciones derivadas superaron todo manejo medico implementado constituyendo así **un riesgo inherente** que corresponde a circunstancias inevitables dentro del manejo medico procurado y de acuerdo al estado de la ciencia. Como lo señala el tratadista Mosset Iturraspe *"el organismo humano puede tener reacciones, alteraciones, vicisitudes en una palabra que pueden ser calificados como "casus", verdaderos fortuitos, hechos que escapan al conocimiento científico aquilatado, verdaderos imponderables"* será así una circunstancia de inocencia del actuar de los demandados con la consecuente ausencia de culpa.

Si concluimos que no existe causalidad entre la patología y el rol del equipo médico de Comfandi, debemos entonces orientar nuestra atención a identificar que dichos factores de atribución corresponden a la condición de base que llevo a presentar en este caso la señora Gallego Quinchía. Como carácter mediato, como **riesgo inherente, intrínseco y propio** ó particular, que no podría ser superado pese a las medidas adoptadas en su oportunidad. Estando libre por lo tanto de toda responsabilidad de la demandada como lo hemos venido advirtiendo y evidenciando en este escrito y como podrá verificarse a través del proceso.

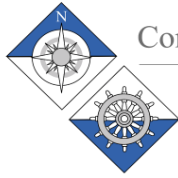




**EXCEPCIÓN 4.- ORFANDAD PROBATORIA. AUSENCIA DE PRUEBAS TÉCNICAS PARA ACREDITAR LAS ACUSACIONES DE LA DEMANDA EN CONTRA DE COMFANDI.**

Continuando la misma línea argumentativa de las dos excepciones que anteceden, es importante resaltar que la regla 167 de nuestro estatuto procesal civil vigente consagra que *"Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen"*, bajo este precepto normativo, no solo basta con levantar afirmaciones deliberadamente, sin más fundamento que el dicho de los que componen el extremo activo, tratando de estructurar una responsabilidad en cabeza de COMFANDI, la cual no existió, sino que además los accionantes debieron probar que efectivamente la presunta negligencia fue el elemento causal del supuesto diagnóstico tardío y tratamiento implementado, pues la parte actora pretende desconocer que habiendo sido advertida la paciente de signos de alarma y recomendaciones para reconsultar, esta permaneció durante 48 horas aproximadamente con un cuadro en evolución que debía consultar inmediatamente, por lo que se puede inferir que la paciente al contemporizar con su evolución tórpida contribuyó negativamente a que las complicaciones se hubieran agravado. Y pretenda ahora obtener por los daños alegados réditos económicos los cuales ha sido consecuencia de su propia incuria y falta de adherencia médica.

Estamos ante un proceso de responsabilidad civil extracontractual, cuya regla sustancial se encuentra en el artículo 2341 del Código Civil, y la regla procesal en el artículo 167 del mencionado Código General del Proceso. Si la parte demandante acusó a COMFANDI de negligencia, lo mínimo que le exige la justicia como deber de parte y no como un simple consejo que acata la parte si quiere *ad libitu, sic voluero*, es proponer un ejercicio probatorio para intentar probar su tesis, sus acusaciones, pero resulta señor juez, tal y como lo hemos venido sosteniendo a lo largo del presente escrito, que los demandantes no aportaron ninguna prueba técnica que acredite su teoría del caso.



Contrario a dicha conducta que degrada el deber de las partes de probar sus afirmaciones, la defensa de COMFANDI ha planteado un ejercicio probatorio técnico, objetivo y verificable, mediante el cual, se le otorga validez a toda conducta relacionada con la seguridad y ajenidad al desenlace aducido.

Emerge diáfano entonces, que la falta de prueba de los demandantes hace etéreas las pretensiones de la demanda en contra de COMFANDI.

Con todo lo anterior, solicito respetuosamente al señor denegar las pretensiones de la demanda, pues las mismas no cuentan con soporte probatorio, conforme lo establecen las normas civiles y en especial la regla 167 del C.G.P.

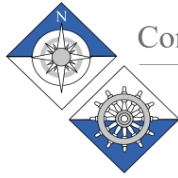
**EXCEPCION 5. INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURIDICO Y EN CONSONANCIA CON ELLO CARECE DE FUNDAMENTO LAS PETICIONES ECONOMICAS, LAS DECLARACIONES Y CONDENAS.**

Nos oponemos rotundamente a todas y cada una de las pretensiones, declaraciones y condenas solicitadas por la parte actora dentro de la demanda de responsabilidad civil, como quiera que las mismas carecen de fundamentos facticos y jurídicos que establezcan la existencia de un daño antijurídico soportado por el demandante, que encuentre su fuente en la supuesta culpa que se imputa a Comfandi entidad que represento.

Valga indicar precedentemente al abordaje particular de cada uno de los perjuicios aludidos, que la jurisprudencia Colombiana invocando el tenor literal del Art. 167 C.P.C., ha sido directa en afirmar que ***"el legislador tiene establecido que incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen"***<sup>4</sup>, cual reflejo de lo acontecido en el Derecho Francés, de tal suerte que la acción de responsabilidad no prospera cuando no se cumple con la carga que impone dicho artículo.

---

<sup>4</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, 12 de febrero de 1992, C.P. Dr. Montes Hernández, actor Guillermo Enrique Benítez. Exp. 7177



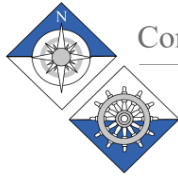
De tal suerte que sea cual sea la naturaleza de los perjuicios reclamados, estos deberán ser acreditados a su Señoría dentro del proceso, mediante los medios probatorios que se recauden a través de la actuación, a propósito de lo cual debe señalar el suscrito apoderado, que brilla por su ausencia dentro del sumario, evidencia alguna que compruebe que la parte actora haya sufrido los perjuicios cuya condena solicita, en la extensión comprendida por sus aspiraciones económicas.

En primer lugar, tratándose de la pretensión de condena en contra de mi representada por concepto de perjuicios morales debe manifestar el suscrito, que no obstante que su tasación se encuentra sometida al *arbitrio iudice*, igual de cierto resulta que la Sala Civil, máximo Juez natural y guía doctrinal dentro de los asuntos sometidos a tal jurisdicción, ha establecido dentro de su prudente juicio unos límites referentes a la tasación del perjuicio moral.

Así se infiere incluso de jurisprudencia relativamente reciente de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia como la sentencia SC - 035 del 13 de mayo de 2008, en Ponencia el Magistrado Cesar Julio Valencia Copete, al tenor de la cual tanto en caso de daño a la vida de relación como en perjuicio moral, se considera esta fuente de derecho como derrotero a seguir al momento de tasar este tipo de daños, en los siguientes términos:

*"Otro tanto deberá hacerse en el momento en que los juzgadores, en forma medida y cuidadosa, asuman la labor de fijar el quantum de esta clase de perjuicio, bajo el entendido de que ella no puede responder solamente a su capricho, veleidad o antojo, sino que debe guardar ponderado equilibrio con las circunstancias alegadas y demostradas dentro de la controversia, velando así porque no sea desbordada la teleología que anima la institución de la responsabilidad civil, tema en el que, a buen seguro, la jurisprudencia trazará un útil marco de referencia, en forma similar a lo que ocurre en tratándose del daño moral."*

Cualquiera que sea el monto de una eventual condena en perjuicios morales a favor de la parte actora, este debe respetar los límites indicados reiteradamente por la



jurisprudencia, de tal suerte que en ningún caso podría accederse a la suma solicitada por la parte actora.

Por otra parte tratándose del perjuicio de orden material, daño emergente y lucro cesante, es preciso tomar como punto que estos son tangibles y por ende son susceptibles de ser valorados pecuniariamente, luego, para la prosperidad de su reparación, de conformidad con el mencionado artículo 167 C. General del P. demostrar la extensión de estos.

De tal suerte que no a otra conclusión se puede llegar que la ausencia de sustento probatorio idóneo en cuanto a la demostración de los perjuicios materiales se refiere, de tal suerte que será este un rubro destinado al despacho desfavorable por parte de su Señoría.

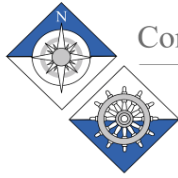
A este respecto es preciso aclarar que daño y perjuicio aun cuando son conceptos conexos, no son idénticos.

En este sentido, el profesor Benoit afirma *"...el daño es un hecho; es toda afrenta a la integridad de una cosa, de una persona, de una actividad, o de una situación (...) el perjuicio lo constituye el conjunto de elementos que aparecen como las diversas consecuencias que se derivan del daño para la víctima del mismo, mientras el daño es un hecho que se constata, el perjuicio es, al contrario una noción subjetiva apreciada en relación con una persona determinada"*<sup>5</sup>

Sobre el mismo asunto la Corte Suprema de Justicia, en determinado momento se pronunció de indicando que *"el daño, considerado en sí mismo, es la lesión, la herida, la enfermedad, el dolor; la molestia, el detrimento ocasionado a una persona en su cuerpo, en su espíritu o en su patrimonio"* mientras que *"el perjuicio es el menoscabo patrimonial que resulta a consecuencia del daño; y la indemnización es el*

---

<sup>5</sup> Francis-Paul Benoit. "Essai sur les conditions de la responsabilité en droit public et privé (problèmes de causalité et d'imputabilité)", JCP, 1957, I, P. 1351



*resarcimiento, la reparación, la satisfacción o pago del perjuicios que el daño ocasiono*<sup>6</sup>.

Una y otra cita, en especial la última, nos llevan a concluir que para el caso que nos ocupa, la muerte que enrostra la parte actora, considerada en sí misma, no constituyen daño indemnizable en el presente caso.

Es de resaltar, que, si no existe daño indemnizable, mucho menos perjuicio, y si no hubo un comportamiento culposos, pues no hay impericia, ni negligencia, ni descuido, en el actuar de Comfandi, tampoco hay responsabilidad como se demostrara dentro del proceso, mucho menos puede haber lugar a la indemnización.

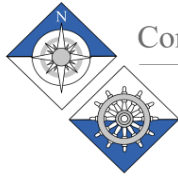
Así lo ha señalado la ley, la jurisprudencia y la doctrina. En el libro El Daño de Juan Carlos Henao, editado por el Departamento de Publicaciones de la Universidad Externado de Colombia en julio de 1998, donde señala:

*"El daño es la razón de ser de la responsabilidad y por ello, es básica la reflexión de que su determinación en si, precisando sus distintos aspectos y su cuantía, ha de ocupar el primer lugar en términos lógicos y cronológicos, en la labor de las partes y el juez en el proceso. Si no hubo daño o no se puede determinar o no se le pudo evaluar hasta allí habrá de llegarse; todo esfuerzo adicional, relativo a la autoría y a la calificación moral de la conducta del autor resultará necio e inútil.... El daño es, entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente toma inoficioso el estudio de esta. La razón de ser de esta lógica es simple. **Si una persona no ha sido dañada no tiene por qué ser favorecida con una condena no correspondería sino que iría a enriquecerla sin justa causa.** El daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil...EL DAÑO ES REQUISITO NECESARIO MAS NO SUFICIENTE PARA QUE SE DECLARE LA RESPONSABILIDAD. Regla primordial del derecho de responsabilidad es aquella que enuncia que "sin perjuicio no hay responsabilidad.... En efecto, la existencia del perjuicio es de tal trascendencia*

---

<sup>6</sup> Corte Suprema de justicia. Col. S.N.G., 13 de noviembre de 1943, M.P. Dr. Cardozo Gaitan.





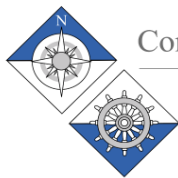
que su ausencia implica la imposibilidad de pretender la declaratoria de responsabilidad.... Sin embargo, en ocasiones a pesar de existir daño no procede declara la responsabilidad. Esto por cuanto **el daño es requisito indispensable pero no suficiente para que se declare la responsabilidad**. En efecto, en algunos eventos no se declara la responsabilidad, a pesar de haber existido daño. Es lo que ocurre en dos hipótesis: el daño existe, pero no se puede atribuir al demandado, como cuando aparece demostrada una de las causales exonerativas; o el daño existe y es imputable, pero el imputado no tiene el deber de repararlo, porque no es un daño antijurídico y debe ser soportado por quien lo sufre. Por eso valga repetirlo, se considera que el daño es un elemento indispensable para la existencia de la responsabilidad, pero cuya sola presencia no convierte, de suyo, a quien lo sufre en acreedor de una indemnización.... **EL DAÑO DEBE SER PROBADO POR QUIEN LO SUFRE**. El daño debe ser probado por quien lo sufre, so pena de que no proceda su indemnización."

El daño o perjuicio, junto con la acción u omisión negligente o imprudente, es uno de los presupuestos de la responsabilidad, siendo el daño el elemento imprescindible, para que se ponga en marcha el mecanismo de la responsabilidad civil y la reparación tanto en la vía contractual como extracontractual.

Igualmente, el tratadista JAVIER TAMAYO JARAMILLO, explica: "... Para que una persona sea responsable civilmente se requiere que con su comportamiento haya dañado un bien de un tercero que estaba protegido por el orden jurídico civil. Mientras no haya daño, no cabe hablar de responsabilidad civil."

No es de recibo, condenar a ningún tipo de indemnización, por lo antes expuesto, pues no existe responsabilidad, ni ningún tipo de daño o perjuicio indemnizable.

La Jurisprudencia ha dicho, en forma reiterada, que para que un daño sea indemnizable debe ser cierto (2), es decir que no trate de meras posibilidades, o de una simple especulación:



*"Ha sido criterio de la corporación (3), que el daño para su reparación, además de antijurídico debe ser cierto, sin que haya lugar a reparar aquellos que constituyan una mera hipótesis o sean eventuales, y en todo caso los que no pudieren llegarse a comprobar fehacientemente en el proceso respectivo.*

*Respecto al daño moral y pérdida de oportunidad o chance de sobrevivir o sanar, tampoco es recibo, no solo por lo antes señalado, sino por que el paciente como se dijo esta sano y ha sobrevivido en óptimas condiciones, no se probó ningún tipo de daño antijurídico por cuanto se restableció la salud, ni es cierto."*<sup>7</sup>

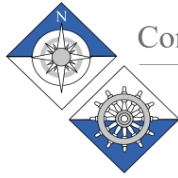
Ahora, como de conformidad con el principio de la necesidad de la prueba (Art. 164 del C. Gral. del P.), toda decisión judicial debe fundarse en pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso, el reconocimiento judicial de una pretensión que tenga como objeto la indemnización de un perjuicio, supone la demostración de todos y cada uno de los elementos que configuran la tutela jurídica de dicha pretensión, incluyendo, por supuesto, el daño, salvo aquellos eventos de presunción de culpa, de conformidad con la doctrina de la Corte, y la presunción de daños de acuerdo con la ley, como en los casos de los artículos 1599 y 1617 núm.. 2 del C. Civil.

En efecto, la evolución de los límites máximos indemnizatorios ha sido una tarea a cargo de la Corte Suprema de Justicia, Corporación que ha concebido dicho resarcimiento tasable en valores absolutos y no superiores a sesenta millones de pesos (\$60.000.000) en aquellos eventos en donde se supone que la víctima ha experimentado el dolor más agobiante por acción u omisión de los demandados que generaron la muerte de un miembro del núcleo familiar, en juicios en los cuales se acreditaron los elementos estructurales de la responsabilidad civil y en efecto, permitió al fallador declarar el resarcimiento de perjuicios, lo que NO ocurre en el presente asunto.

Así las cosas, aterrizando los criterios al caso en concreto y las verdaderas circunstancias de la muerte de la señora Rene Torres, se observa que evidentemente

---

<sup>7</sup> Sentencia 12555 de agosto 10 de 2001, CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA.



la indemnización pretendida por la parte actora sólo deja en evidencia un afán de lucro injustificado que deberá tener en cuenta el señor juez. Máxime, que la actividad probatoria fue nula.

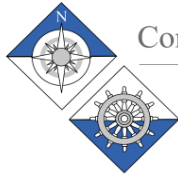
## **EXCEPCIÓN 6.- ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA.**

Teniendo en cuenta que el *enriquecimiento sin causa* se configura cuando hay un enriquecimiento patrimonial a expensas de un empobrecimiento económico sin que medie causa legal para dicha relación, debe concluirse que condenar a mi defendida al pago de los rubros aducidos en el escrito de demanda, sería un *enriquecimiento sin causa*, pues no existe ningún argumento legal o jurisprudencial para legitimar o justificar el más mínimo pago.

El resarcimiento del perjuicio debe guardar correspondencia directa con la magnitud del daño causado, mas no puede superar este límite. La explicación que se da a esta regla se apoya en el principio general de derecho que determina que, si el daño se indemniza por encima del realmente causado, se produce un enriquecimiento sin justa causa en favor de la víctima, de tal forma que se convierte el daño en la medida de su resarcimiento (Juan Carlos Henao, "El daño." Ed. Universidad Externado de Colombia). Este principio es una regla que deberá respetarse siempre que se persiga el resarcimiento de un perjuicio, teniendo en cuenta que lo pretendido en una demanda es la indemnización exclusiva del daño probado en el proceso, bajo el presupuesto de la prueba de los demás elementos que conforman la responsabilidad.

No obstante, indicamos que en las pretensiones de esta acción pretenden un enriquecimiento sin justa causa, ya que además de no existir reproche alguno ni obligación de reparación por parte de mi representada, no hay pruebas idóneas que sustenten la existencia ni la cuantía de los montos reclamados. Se reitera lo expuesto al formular la excepción anterior en este sentido.

## **EXCEPCION 7. GENÉRICA O INNOMINADA.**



Además de las excepciones propuestas en el presente escrito, solicito al Juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley incluida la de falta de legitimación en la causa por pasiva, conforme a la Ley.

### **PRUEBAS OFRECIDAS Y APORTADAS POR LA PARTE DEMANDADA COMFANDI**

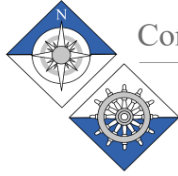
- 1. INTERROGATORIO DE PARTE:** Solicito respetuosamente al señor juez, citar, para que absuelva interrogatorio de parte, a la parte demandante quien deberá contestar el cuestionario que le formularé sobre la demanda y la contestación.
- 2. DOCUMENTALES:**
  - 2.1.** Poder para actuar y Certificado de existencia y Representación legal.
  - 2.2.** Historia clínica de la atención medica brindada en COMFANDI obrante en el proceso.

### **3. TESTIMONIAL**

#### **3.1.DR. IVAN ALFREDO TAMAYO ACOSTA medico auditor de Comfandi**

Para que del examen integral de la historia clínica de la materna sobre la atención en la informen e ilustre al Despacho sobre la materia científica objeto de estudio en el presente caso. (Signos y síntomas, diagnostico, diagnóstico diferencial, tratamiento, complicaciones, protocolos vigentes, etc.) y precisen el alcance del manejo del Equipo Médico y su validez científica tanto en el diagnostico como el tratamiento que se cumplió para tratar al binomio fetal a lo largo de la historia clínica.

De igual forma para que de conformidad con el artículo 212 del Código General del Proceso, con todo comedimiento, señor Juez, me permito pedir autorice a interrogar a los testigos que sean convocados al juicio oral.



#### **4.PRUEBA PERICIAL.**

#### **ANUNCIO DICTAMEN PERICIAL DE PARTE (ART.227 C.G.P.) y DE CONTRADICCION**

Dada la complejidad y naturaleza del asunto objeto de dictamen, resulta insuficiente el termino de contestación de la demanda y Llamamiento para aportar el dictamen, por tal motivo nos permitimos **ANUNCIAR DICTAMEN DE PARTE Y CONTRADICCION** Al rendido y presentado por la parte actora :

(1) Dictamen de Parte MEDICO, que ha de rendir Profesional de la salud, documento que contendrá la base de opinión pericial rendida conforme con los lineamientos del C. Gral. Del Proceso sobre el asunto materia de controversia jurídica.

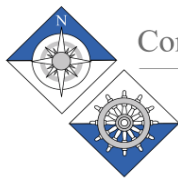
**Motivo por el cual le ruego al titular del Despacho otorgar el plazo necesario y suficiente dispuesto por el artículo 227 del C. General del proceso para presentar el Dictamen.**

#### **PETICIONES**

Respetuosa solicito al señor juez, acceder a las siguientes peticiones:

- PRIMERA. Tenga por contestada, dentro del término legal, la demanda en nombre de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca Comfamiliar Andi - COMFANDI.
- SEGUNDA. Acceda al decreto de las pruebas requeridas.
- TERCERA. Declare probadas las excepciones DE MÉRITO presentadas.
- CUARTA. Conforme a Derecho, con soporte en las pruebas y con la declaratoria de las excepciones motivadas, y en consecuencia a ellas profiera sentencia de fondo, inobjetable en su sentido de justicia, en la que se Nieguen la totalidad de las pretensiones presentadas por la parte demandante.





Consorcio Aristizábal Velásquez

Abogados Ltda.

Como consecuencia de la terminación del proceso:

QUINTA. Condene en costas y agencias en derecho a la demandante por las acusaciones infundadas y los costos asumidos por la defensa del presente proceso.

### **DIRECCIONES PARA NOTIFICACIONES**

COMFANDI puede ser notificado en la carrera 3ª oeste No. 2-43 Barrio El Peñón de la ciudad de Cali y el suscrito abogado en la misma dirección o en la secretaría de su Despacho.

Correos electrónicos: [harold.aristizabal@conava.net](mailto:harold.aristizabal@conava.net) (Registro Nacional de abogados)

Del señor Juez, con toda atención,  
Sinceramente.,

**HAROLD ARISTIZABAL MARÍN**

C.C. 16.678.028 de Cali

T.P. 41.291 C.S.J.

[harold.aristizabal@conava.net](mailto:harold.aristizabal@conava.net)

Señores

**JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUGA**

[J03ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:J03ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E

S

D

**REF: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA**

**DEMANDANTE MELISSA GALLEGUO QUINCHIA Y OTROS**

**DEMANDADO CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA – COMFANDI Y OTROS**

**RADICACIÓN 761113103003-202300060-00**

**ALEJANDRA JARAMILLO GONZALEZ**, mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de Director Administrativo suplente y como tal Representante legal de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA- COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**, Corporación de carácter privado, sin ánimo de lucro, con existencia legal y domicilio en Cali, con Nit. 890.303.208-5 y personería jurídica reconocida por Resolución No. 2734 del 3 de octubre de 1957, expedida por el Ministerio de Justicia, dirección electrónica para notificaciones: [notificacionesjudiciales@comfandi.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@comfandi.com.co), todo lo cual acredito con la constancia expedida al respecto por la Superintendencia de Subsidio Familiar, documento que acompaño, manifiesto a Usted por medio de este escrito que confiero Poder Especial, Amplio y Suficiente al Dr. **HAROLD ARISTIZABAL MARIN**, igualmente mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado con la C.C. No. 16.678.028 de Cali, Abogado en ejercicio portador de la T.P. No. 41.291 del C. S. de la Judicatura, dirección electrónica para notificaciones: [harold.aristizabal@conava.net](mailto:harold.aristizabal@conava.net), para que conteste la demanda, formule excepciones, llame en garantía, proponga incidentes y realice todas las gestiones pertinentes de esta clase de mandato y en defensa de los intereses de la Corporación que represento.

El Apoderado queda facultado para conciliar, transigir, desistir, sustituir, recibir, reasumir, y efectuar todas las acciones y tramites necesarios en el cumplimiento de su mandato.

Solicito a usted, reconocerle personería a mi apoderado en los términos y para los efectos del presente poder.

Sinceramente,

**Se entiende firmado por ser remitido desde el correo electrónico inscrito en el certificado de existencia y representación para recibir notificaciones judiciales, según lo establecido en el artículo 5º de la Ley 2213 de 2022.**

**ALEJANDRA JARAMILLO GONZALEZ**

**C.C. No. 16.783.599**

[notificacionesjudiciales@comfandi.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@comfandi.com.co)

Acepto el presente poder

**HAROLD ARISTIZABAL MARIN**

**C.C. No.16.678.028 de Cali**

**T.P. No. 41.291 C.S. J**

[harold.aristizabal@conava.net](mailto:harold.aristizabal@conava.net)

## Historia Clínica General

**Paciente** : MELISSA GALLEGUO QUINCHIA  
**Identificación** : CC - 1115068198  
**Especialidad** : U.T. Urgencias  
**Ubicación** : Comfandi-Buga  
**Fec. Registro** : 23.04.2013  
**Aseguradora** : SOS - ACTIVIDAD POS

**Fec. Nac.** : 20.05.1988  
**Edad/Sexo** : 24 a / F  
**Fecha Adm.** : 23.04.2013  
**Cama/Epis.** : / 4932824  
**Hora Reg.** : 07:35:29

**Causa Externa** : Enfermedad General  
**Finalidad de la Consulta** : No Aplica

**Motivo de Consulta** : DOLOR ABDOMINAL  
**Enfermedad Actual** : Paciente con cc de 6 horas de evolucion consistente en dolor abdominal localizado en mesogastrio de intensidad moderada no irradiado y no se asocia a otros sintomas como vomito diarrea o irritacion uretral. fum 19-04-13

## Revisión Por Sistemas

**Cabeza y Craneo** : NO APLICA

**Ojos** : NO APLICA

**Otorrinolaringología** : NO APLICA

**Cuello** : NO APLICA

**Tórax** : NO APLICA

**Cardíaco** : NO APLICA

**Pulmonar** : NO APLICA

**Digestivo** : NO APLICA

**Genitourinario** : NO APLICA

**Sist. Nerv. Central** : NO APLICA

**Piel** : NO APLICA

**Extremidades** : NO APLICA

**Otros** : NO APLICA

## Signos Vitales de Ingreso Vivo

**Temperatura** : 36,0 °C  
**Presión arterial** : 100 / 60 mm Hg  
**Frec. Cardíaca** : 81 x min  
**Frec. Respiratoria** : 18 x min

**Peso** : 59,0 Kg  
**Per. Abd.** : cm  
**IMC** : Kg/m2  
**Sat con O2** : %

**Per. Cefálico** : cm  
**Talla** :  
**SC (m2)** : 1,63  
**Sat sin O2** : 100,00%

## Examen Físico

**Estado de Conciencia** : Alerta  
**Estado Respiratorio** : Normal  
**Estado de Hidratación** : Ausencia de Deshidratación  
**Estado General** : Bueno

## Hallazgos

**Cabeza y Craneo** : NORMAL  
**Ojos** : NORMAL  
**ORL** : OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL  
**Boca** : HIDRATADA  
**Cuello** : NO ADENOPATIAS CERVICALES

## Historia Clínica General

**Tórax/Mamas** : RSCSRs ACP BIEN VENTILADOS  
**Abdomen** : B/D, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEA  
**Genitourinario** : SE OMITE  
**Extremidades** : MOVILES-SIN EDEMA-PULSOS PRESENTES  
**Sist. Nev. Central** : ALERTA GLASGOW 15/15 NO DEFICIT  
**Ex. Mental** : NORMAL  
**Piel y Faneras** : NORMAL  
**Otros Hallazgos** : NINGUNO RELEVANTE

**Análisis y Conducta** : manejo del dolor

**Responsable** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO  
**Profesión** : MEDICINA GENERAL

**Registro Profesional** : 76-1102

## Diagnósticos

**Fecha** : 23.04.2013 / 07:41

**Código** : R104  
**Diagnostico** : OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS  
**Clase** : Impresión Diagnóstica  
**Responsable** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO  
**Profesión** :

**Fecha** : 23.04.2013 / 07:41

**Código** : R104  
**Diagnostico** : OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS  
**Clase** : Impresión Diagnóstica  
**Responsable** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO  
**Profesión** :

## Medicamentos

**Fecha** : 23.04.2013 / 07:41

**Responsable** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO  
**Medicamento** : HIOSCINA B-BROMURO 20MG/1ML AMP  
**Presentación** : SOLUCION  
**Via Adm.** : INT-MUSCULAR  
**Dosis** : 1 AMP  
**Frecuencia** : DOSIS UNICA

**Fecha** : 23.04.2013 / 07:42

**Responsable** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO  
**Medicamento** : ACETAMINOFEN TAB 500 MG  
**Presentación** : TABLETA  
**Via Adm.** : ORAL  
**Dosis** : 1 TAB  
**Frecuencia** : CADA 6 HORAS

**Fecha** : 23.04.2013 / 07:43

**Responsable** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO  
**Medicamento** : ALBENDAZOL TAB 200 MG  
**Presentación** : TABLETA  
**Via Adm.** : ORAL  
**Dosis** : 2 TAB  
**Frecuencia** : DOSIS UNICA

## Alta Médica

**Fecha de Alta** : 23.04.2013 **Hora** : 07:42

**Tipo de Alta** : Tratamiento Amb

**Condición al Egreso** : Vivo **Destino** : Casa

**Complicación Principal** : no

Paciente

: MELISSA GALLEGO QUINCHIA

Identificación

: CC - 1115068198

## Historia Clínica General

**Recomendaciones y Signos de Alarma:** reposo en casa SIGNOS DE ALARMA DOLOR ABDOMINAL: VOMITO PERSISTENTE (5 EPISODIOS EN 1 HORA) # VOMITO CON SANGRE # DOLOR ABDOMINAL INTENSO # DOLOR LOCALIZADO EN ALGUNO DE LOS CUADRANTES DEL ABDOMEN # DEPOSICIONES CON SANGRE # FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS ASOCIADA A DOLOR ABDOMINAL #ORINAS FETIDAS #ORINAS CON SANGRE, SANGRADO RECTAL-- SI LOS PRESENTA CONSULTAR INMEDIATAMENTE POR URGENCIAS. RECOMENDACIONES. NO UTILIZAR MEDICACION LA CUAL NO ESTE ORDENADA POR SU MEDICO.

**Responsable Alta** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO

**Registro Médico:** 76-1102

**Fecha** : 23.04.2013 / 07:41

**Responsable** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO

**Código** : R104

**Diagnóstico** : OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

**Responsable** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO

**Registro Profesional** : 76-1102

**Profesión** : MEDICINA GENERAL



## Historia Clínica General

**Paciente** : MELISSA GALLEGO QUINCHIA  
**Identificación** : CC - 1115068198  
**Especialidad** : U.T. Urgencias  
**Ubicación** : Comfandi-Buga  
**Fec. Registro** : 23.04.2013  
**Aseguradora** : SOS - ACTIVIDAD POS

**Fec. Nac.** : 20.05.1988  
**Edad/Sexo** : 24 a / F  
**Fecha Adm.** : 23.04.2013  
**Cama/Epis.** : / 4938312  
**Hora Reg.** : 11:15:15

**Causa Externa** : Enfermedad General  
**Finalidad de la Consulta** : No Aplica

**Motivo de Consulta** : sigo con el dolor  
**Enfermedad Actual** : Paciente con cc de 6 horas de evolucion consistente en dolor abdominal localizado en mesogastrio de intensidad moderada no irradiado y no se asocia a otros sintomas como vomito diarrea o irritacion uretral. fum 19-04-13, paciente consulto hace 2 horas se colocodosis de hioscina ahora reconsulta por persistencia del dolor y escalofrio.

## Revisión Por Sistemas

**Cabeza y Craneo** : NO APLICA

**Ojos** : NO APLICA

**Otorrinolaringología** : NO APLICA

**Cuello** : NO APLICA

**Tórax** : NO APLICA

**Cardíaco** : NO APLICA

**Pulmonar** : NO APLICA

**Digestivo** : NO APLICA

**Genitourinario** : NO APLICA

**Sist. Nerv. Central** : NO APLICA

**Piel** : NO APLICA

**Extremidades** : NO APLICA

**Otros** : NO APLICA

## Signos Vitales de Ingreso Vivo

**Temperatura** : 36,0 °C  
**Presión arterial** : 110 / 78 mm Hg  
**Frec. Cardíaca** : 75 x min  
**Frec. Respiratoria** : 20 x min

**Peso** :  
**Per. Abd.** : cm  
**IMC** : Kg/m2  
**Sat con O2** : %

**Per. Cefálico** : cm  
**Talla** :  
**SC (m2)** :  
**Sat sin O2** : 98,00 %

## Examen Físico

**Estado de Conciencia** : Alerta  
**Estado Respiratorio** : Normal  
**Estado de Hidratación** : Ausencia de Deshidratación  
**Estado General** : Bueno

## Hallazgos

**Cabeza y Craneo** : NORMAL  
**Ojos** : NORMAL  
**ORL** : OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL  
**Boca** : HIDRATADA

## Historia Clínica General

**Cuello** : NO ADENOPATIAS CERVICALES  
**Tórax/Mamas** : RSCRS ACP BIEN VENTILADOS  
**Abdomen** : B/D, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL DOLOR PALPACION EN MESOGASTRIO NO HERNIAS NO VISCEROMEGALIAS, PERISTALTISMO NORMAL, PERCUSION NORMAL.  
**Genitourinario** : SE OMITE  
**Extremidades** : MOVILES-SIN EDEMA-PULSOS PRESENTES  
**Sist. Nev. Central** : ALERTA GLASGOW 15/15 NO DEFICIT  
**Ex. Mental** : NORMAL  
**Piel y Faneras** : NORMAL  
**Otros Hallazgos** : NINGUNO RELEVANTE

**Análisis y Conducta** : Paciente que reconsulta, no encuentro signos de irritacion peritoneal pero considero pertinente la toma de paraclínicos y observacion clinica por seguridad de paciente.

**Responsable** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO  
**Profesión** : MEDICINA GENERAL

**Registro Profesional** : 76-1102

## Diagnósticos

**Fecha** : 23.04.2013 / 10:59

**Código** : R104  
**Diagnostico** : OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS  
**Clase** : Impresión Diagnóstica  
**Responsable** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO  
**Profesión** :

**Fecha** : 23.04.2013 / 13:45

**Código** : K359  
**Diagnostico** : APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA  
**Clase** : Impresión Diagnóstica  
**Responsable** : HERRERA LUCAS, JAVIER REINEL  
**Profesión** :

**Fecha** : 23.04.2013 / 10:59

**Código** : R104  
**Diagnostico** : OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS  
**Clase** : Impresión Diagnóstica  
**Responsable** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO  
**Profesión** :

**Fecha** : 23.04.2013 / 13:45

**Código** : K359  
**Diagnostico** : APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA  
**Clase** : Impresión Diagnóstica  
**Responsable** : HERRERA LUCAS, JAVIER REINEL  
**Profesión** :

## Evoluciones Médicas

**Fecha** : 23.04.2013 **Hora** : 13:50

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CON MUCHO DOLOR Y VOMITOS.

**Objetivo** : TA: 110/70 MMHG FC: 80 LAT/MIN FR: 20 RESP/MIN CONCIENTE, ALERTA. MUCOSA ORAL HUMEDAS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION GENERALIZADO, SIGNOS DE BLUMBERG (+ ) ROSVING (+ ) REPORTE DE PARACLINICOS. HEMOGRAMA WBC: 11.930 MM3 NEU: 86 % LYN: 8.7 % PLT: 245.000 MM3 HB: 13.2 GR/DL HTO: 37.9 % UROANALISIS. PH: 6.0 PROTEINAS: 20 MG/DL ESTEARASA DE LEUCOCITOS: 75 LEU/L CUERPOS CETONICOS: 20 MG/DL SANGRE: + + MICROSCOPICO GERMENS + LEUCOCITOS: 4-6 POR CAMPO ERITROCITOS: 2-4 POR CAMPO.

**Análisis** : PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD QUIEN CURSA CON DOLOR ABDOMINAL CON PUNTOS POSITIVOS PARA APENDICITIS AGUDA; VALORADA CON REPORTE DE PARACLINICOS EN DONDE SE EVIDENCIA DISCRETA LEUCOCITOSIS, CON NEUTROFILIA; SE DECIDE POR SER REINGRESO Y CURSA CON HALLSAGOS AL EXAMEN FISICO COMENTAR CON LA CENTRAL DE

Paciente : MELISSA GALLEGO QUINCHIA

Identificación : CC - 1115068198

## Historia Clínica General

REFERENCIA DE LA SOS PARA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL.

**Plan** : SE COMETA CON LA CENTRAL DE REFERENCIA DE LA SOS (ALEXANDRA GIRALDO) QUIEN COMENTA QUE LA PACIENTE ES ACEPTADA EN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA A CARGA DEL DR. GONZALEZ. : 13021340

**Responsable** : HERRERA LUCAS, JAVIER REINEL

## Órdenes Clínicas

**Fecha** : 23.04.2013 **Hora** : 12:12

**Responsable** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

0000907106 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URI

## Indicaciones

**Fecha** : 23.04.2013 / 11:18

**Responsable** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

por favor: 1- observacion mujres 2- nada via oral 3- lev 500 cc ssn para 1 hora luego 500 cc para 4 horas 4- s/s ch -uroanalisis 5- cuidados de enfermeria gracias..

## Alta Médica

**Fecha de Alta** : 23.04.2013 **Hora** : 13:52

**Tipo de Alta** : Referencia

**Condición al Egreso** : Vivo **Destino** : Remitido

**Complicación Principal** : NINGUNA

**Recomendaciones y Signos de Alarma** : S/ VALORACION POR CIRUGIA GENERAL

**Responsable Alta** : HERRERA LUCAS, JAVIER REINEL

**Registro Médico:** 13021340

**Fecha** : 23.04.2013 / 10:59

**Responsable** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO

**Codigo** : R104

**Diagnostico** : OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

**Fecha** : 23.04.2013 / 13:45

**Responsable** : HERRERA LUCAS, JAVIER REINEL

**Codigo** : K359

**Diagnostico** : APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

**Responsable** : SANTANA COBO, HECTOR FABIO

**Registro Profesional** : 76-1102

**Profesión** : MEDICINA GENERAL

## Historia Clínica General

<b>Paciente</b>	: MELISSA GALLEGO QUINCHIA	<b>Fec. Nac.</b>	: 20.05.1988
<b>Identificación</b>	: CC - 1115068198	<b>Edad/Sexo</b>	: 24 a / F
<b>Especialidad</b>	: U.T. Urgencias	<b>Fecha Adm.</b>	: 27.04.2013
<b>Ubicación</b>	: Comfandi-Buga	<b>Cama/Epis.</b>	: / 4985843
<b>Fec. Registro</b>	: 27.04.2013	<b>Hora Reg.</b>	: 17:36:01

**Causa Externa** : Enfermedad General  
**Finalidad de la Consulta** : No Aplica

**Motivo de Consulta** : LA OPERARON DE LA VESICULA Y AHORA, TIENE, VOMITOS, FIEBRE.  
**Enfermedad Actual** : PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD POP DE COLECISTECTOMIA POR LAPARSCOPIA EL DIA 23-04-2013 EN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, SIN EMBARGO DESDE EL DIA 25-04-2013 CURSA CON CUADRO MALESTAR GENERAL, DOLOR ABDOMINAL, VOMITOS CONTINUAS, DOLOR A NIVEL DE LA REGION DORSOLUMBAR, DEPOSICIONES LIQUIDAS FETIDAS (APROX. 10-15 POR DIA), NO MOCO NO SANGRE, PICOS FEBRILES NO CUANTIFICADOS TRATADO CON DOSIS DE ACETAMINOFEN TABLETA Y HIOSINA TABLETA 10 MG SIN MEJORIA CLINICA.

## Revisión Por Sistemas

**Cabeza y Craneo** : NO APLICA

**Ojos** : NO APLICA

**Otorrinolaringología** : NO APLICA

**Cuello** : NO APLICA

**Tórax** : NO APLICA

**Cardiaco** : NO APLICA

**Pulmonar** : NO APLICA

**Digestivo** : NO APLICA

**Genitourinario** : NO APLICA

**Sist. Nerv. Central** : NO APLICA

**Piel** : NO APLICA

**Extremidades** : NO APLICA

**Otros** : NO APLICA

## Signos Vitales de Ingreso Vivo

<b>Temperatura</b>	: 38,0	°C	<b>Peso</b>	: 51,0	Kg	<b>Per. Cefálico</b>	: cm
<b>Presión arterial</b>	: 110 / 80	mm Hg	<b>Per. Abd.</b>	:	cm	<b>Talla</b>	:
<b>Frec. Cardíaca</b>	: 102	x min	<b>IMC</b>	:	Kg/m2	<b>SC (m2)</b>	: 1,50
<b>Frec. Respiratoria</b>	: 21	x min	<b>Sat con O2</b>	:	%	<b>Sat sin O2</b>	: 95,00 %

## Examen Físico

**Estado de Conciencia** : Alerta  
**Estado Respiratorio** : Normal  
**Estado de Hidratación** : Ausencia de Deshidratación  
**Estado General** : Bueno

## Hallazgos

**Cabeza y Craneo** : NORMAL  
**Ojos** : PUPILAS ISOCORICAS, ESCLERAS ANICTERICAS

## Historia Clínica General

ORL : ORL NORMAL  
Boca : MUCOSA ORAL HUMEDAS, HIDRATADAS  
Cuello : NO MASAS NO ADENOPATIAS  
Tórax/Mamas : NO SOPLOS, NORMOVENTILADOS  
Abdomen : CICATRIZ QUIRURGICAS SIN SIGNOS DE INFECCION, DOLOR A LA PALPACION GENERALIZADA, NO MASAS  
NO MEGALIAS  
Genitourinario : SE OMITE  
Extremidades : SIN EDEMA, SIMETRICAS, SIN DEFICIT VASCULAR  
Sist. Nev. Central : SIN DEFICIT APARENTE, GLASGOW 15/15  
Ex. Mental : NORMAL  
Piel y Faneras : NORMAL  
Otros Hallazgos : ALGIDA, QUEJUMBROSA

**Análisis y Conducta** : PACIENTE CON CUADRO FEBRIL Y POP DE HACE 4 DIAS SE COMENTA AL HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA PARA TRASLADO Y VALORACION PARA DESCARATAR INFECCION NOSOCOMIAL DE ORIGEN GASTROINTESTINALES VS URINARIOS.

**Responsable** : HERRERA LUCAS, JAVIER REINEL  
**Profesión** : MEDICINA GENERAL

**Registro Profesional** : 13021340

## Diagnósticos

**Fecha** : 27.04.2013 / 17:32

**Código** : R509  
**Diagnostico** : FIEBRE, NO ESPECIFICADA  
**Clase** : Impresión Diagnóstica  
**Responsable** : HERRERA LUCAS, JAVIER REINEL  
**Profesión** :

**Fecha** : 27.04.2013 / 17:32

**Código** : R509  
**Diagnostico** : FIEBRE, NO ESPECIFICADA  
**Clase** : Impresión Diagnóstica  
**Responsable** : HERRERA LUCAS, JAVIER REINEL  
**Profesión** :

## Alta Médica

**Fecha de Alta** : 27.04.2013 **Hora** : 17:38

**Tipo de Alta** : Referencia

**Condición al Egreso** : Vivo **Destino** : Remitido

**Complicación Principal** : NINGUNA

**Recomendaciones y Signos de Alarma** : VALORACION POR CIRUGIA GENERAL Y APOYO MEDICINA INTERNA

**Responsable Alta** : HERRERA LUCAS, JAVIER REINEL

**Registro Médico**: 13021340

**Fecha** : 27.04.2013 / 17:32

**Responsable** : HERRERA LUCAS, JAVIER REINEL  
**Código** : R509  
**Diagnostico** : FIEBRE, NO ESPECIFICADA

**Responsable** : HERRERA LUCAS, JAVIER REINEL  
**Profesión** : MEDICINA GENERAL

**Registro Profesional** : 13021340



## Historia Clínica General

<b>Paciente</b>	: MELISSA GALLEGU QUINCHIA	<b>Fec. Nac.</b>	: 20.05.1988
<b>Identificación</b>	: CC - 1115068198	<b>Edad/Sexo</b>	: 25 a / F
<b>Especialidad</b>	: U.T. Cirugía General		
<b>Ubicación</b>	: Comfandi-Tequendama	<b>Cama/Epis.</b>	: / 6478128
<b>Fec. Registro</b>	: 03.10.2013	<b>Hora Reg.</b>	: 15:40:27
<b>Aseguradora</b>	: SOS - ACTIVIDAD POS		

**Causa Externa** : Enfermedad General  
**Finalidad de la Consulta** : No Aplica

**Motivo de Consulta** : CONTROL POP  
**Enfermedad Actual** : PCTE POP CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA HACE 17 DIAS, REFIERE BUENA TOLERANCIA A LA VO, HACE DEPOSICIONES NORMAL, NO DOLOR ABDOMINAL, NO VOMITO. PATOLOGIA TRAYECTO DE FISTULA ENTEROCUTANEA, PERITONITIS AGUDA.

## Revisión Por Sistemas

**Cabeza y Craneo** : NO APLICA

**Ojos** : NO APLICA

**Otorrinolaringología** : NO APLICA

**Cuello** : NO APLICA

**Tórax** : NO APLICA

**Cardíaco** : NO APLICA

**Pulmonar** : NO APLICA

**Digestivo** : NO APLICA

**Genitourinario** : NO APLICA

**Sist. Nerv. Central** : NO APLICA

**Piel** : NO APLICA

**Extremidades** : NO APLICA

**Otros** : NO APLICA

## Signos Vitales de Ingreso Vivo

<b>Temperatura</b>	: 36,0	°C	<b>Peso</b>	:		<b>Per. Cefálico</b>	:	cm
<b>Presión arterial</b>	: 100 / 80	mm Hg	<b>Per. Abd.</b>	:	cm	<b>Talla</b>	:	
<b>Frec. Cardíaca</b>	: 80	x min	<b>IMC</b>	:	Kg/m2	<b>SC (m2)</b>	:	
<b>Frec. Respiratoria</b>	: 20	x min	<b>Sat con O2</b>	:	%	<b>Sat sin O2</b>	:	%

## Examen Físico

**Estado de Conciencia** : Alerta  
**Estado Respiratorio** : Normal  
**Estado de Hidratación** : Ausencia de Deshidratación  
**Estado General** : Bueno

## Hallazgos

**Cabeza y Craneo** : NO APLICA  
**Ojos** : MUCOSA ROSADA Y HUMEDA  
**ORL** : NO APLICA  
**Boca** : NO APLICA

Paciente : MELISSA GALLEGO QUINCHIA

Identificación

: CC - 1115068198

## Historia Clínica General

**Cuello** : NO APLICA  
**Tórax/Mamas** : PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS  
**Abdomen** : BLANDO NO DOLOR A LA PALPACION, NO BLUMBERG  
**Genitourinario** : NO APLICA  
**Extremidades** : NO APLICA  
**Sist. Nev. Central** : ALERTA NO DEFICIT  
**Ex. Mental** : NO APLICA  
**Piel y Faneras** : NO APLICA  
**Otros Hallazgos** : NO APLICA

**Análisis y Conducta** : PCTE CON EVOLUCION POP FAVORABLE SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA... SE CITA EN 15 DIAS, SE SOLICITA VAL POR MEDICINA OCUPACIONAL.

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
**Profesión** : CIRUGIA GENERAL

**Registro Profesional** : 194723-04

## Diagnósticos

**Fecha** : 03.10.2013 / 15:47

**Codigo** : K632  
**Diagnostico** : FISTULA DEL INTESTINO  
**Clase** : Confirmado Repetido  
**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
**Profesión** :

## Historia Clínica General

**Paciente** : MELISSA GALLEGO QUINCHIA  
**Identificación** : CC - 1115068198  
**Especialidad** : U.T. Cirugía General  
**Ubicación** : Comfandi-Tequendama  
**Fec. Registro** : 17.10.2013  
**Aseguradora** : SOS - ACTIVIDAD POS

**Fec. Nac.** : 20.05.1988  
**Edad/Sexo** : 25 a / F  
**Cama/Epis.** : / 6602771  
**Hora Reg.** : 16:03:32

**Causa Externa** : Enfermedad General  
**Finalidad de la Consulta** : No Aplica

**Motivo de Consulta** : CONTROL POP  
**Enfermedad Actual** : PCTE POP CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA, REFIERE GRAN MEJORIA CLINICA NO DOLOR ABDOMINAL NO VOMITO NO FIEBRE TOLERA BIEN AL VO HACE DEPOSICIONES DIARIAS DE CONSISTENCIA BLANDA 1 - 2 VECES AL DIA, AHORA EN TERAPIA FISICA.

## Revisión Por Sistemas

**Cabeza y Craneo** : NO APLICA

**Ojos** : NO APLICA

**Otorrinolaringología** : NO APLICA

**Cuello** : NO APLICA

**Tórax** : NO APLICA

**Cardíaco** : NO APLICA

**Pulmonar** : NO APLICA

**Digestivo** : NO APLICA

**Genitourinario** : NO APLICA

**Sist. Nerv. Central** : NO APLICA

**Piel** : NO APLICA

**Extremidades** : NO APLICA

**Otros** : NO APLICA

## Signos Vitales de Ingreso Vivo

**Temperatura** : 36,0 °C  
**Presión arterial** : 120 / 80 mm Hg  
**Frec. Cardíaca** : 80 x min  
**Frec. Respiratoria** : 20 x min

**Peso** :  
**Per. Abd.** : cm  
**IMC** : Kg/m2  
**Sat con O2** : %

**Per. Cefálico** : cm  
**Talla** :  
**SC (m2)** :  
**Sat sin O2** : %

## Examen Físico

**Estado de Conciencia** : Alerta  
**Estado Respiratorio** : Normal  
**Estado de Hidratación** : Ausencia de Deshidratación  
**Estado General** : Bueno

## Hallazgos

**Cabeza y Craneo** : NO APLICA  
**Ojos** : ANICTERICA  
**ORL** : NO APLICA  
**Boca** : MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS

Paciente : MELISSA GALLEGO QUINCHIA

Identificación

: CC - 1115068198

## Historia Clínica General

**Cuello** : NO APLICA  
**Tórax/Mamas** : NO APLICA  
**Abdomen** : ABD BLANDO NO DOLOROSO, HERIDA CICATRIZAL SANA.  
**Genitourinario** : NO APLICA  
**Extremidades** : NO APLICA  
**Sist. Nev. Central** : NO APLICA  
**Ex. Mental** : NO APLICA  
**Piel y Faneras** : NO APLICA  
**Otros Hallazgos** : NO APLICA

**Análisis y Conducta** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION FAVORABLE PDTE VALORACION POR FISIATRIA, SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD ESPERANDO CONCEPTO DE FISIATRIA PARA REANUDAR SUS ACTIVIDADES LABORALES, CONTROL EN UN MES

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
**Profesión** : CIRUGIA GENERAL

**Registro Profesional** : 194723-04

## Diagnósticos

**Fecha** : 17.10.2013 / 16:07

**Codigo** : K632  
**Diagnostico** : FISTULA DEL INTESTINO  
**Clase** : Confirmado Repetido  
**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
**Profesión** :

## Historia Clínica General

**Paciente** : MELISSA GALLEGO QUINCHIA  
**Identificación** : CC - 1115068198  
**Especialidad** : U.T. Urología  
**Ubicación** : Comfandi-Tequendama  
**Fec. Registro** : 30.10.2013  
**Aseguradora** : SOS - ACTIVIDAD POS

**Fec. Nac.** : 20.05.1988  
**Edad/Sexo** : 25 a / F  
**Cama/Epis.** : / 6726965  
**Hora Reg.** : 17:28:43

**Causa Externa** : Enfermedad General  
**Finalidad de la Consulta** : No Aplica

**Motivo de Consulta** : VIENE A CONTROL  
**Enfermedad Actual** : PACIENTE CON ANTEC DE APENDICITIS PERITONITIS OPERADA EN BUGA DE COLECISTITIS  
HALLAZGO PRITONITIS FISTULAS EN INTESTINO DELGADO ACTUALMENTE YA TRATADA HX QX CERRADA PRESENTO  
POSTERIOR A L TTO DOLOR VEJIGA SX URINARIOS ESPASMOS UROCULTIVO NEGATIVO SE LE FORMULO OXIBUTININA X 15  
DIAS LE MEJORA CON LA MEDICACION ACTUALMENTE SIN PROBLEMA NO LUTS NO ALTERACIONES NO SX URINARUIOS  
HACE 15 DIAS TERMINA LA OXIBUTININA CONSIDERO PRESENTO VEJIGA MIOGENICA QUE MEJORO CON LA MEDICACION  
CONSIDERO NO TTO MEDICO RECOMENDACIONES GENERALES

## Revisión Por Sistemas

**Cabeza y Craneo** : NO APLICA

**Ojos** : NO APLICA

**Otorrinolaringología** : NO APLICA

**Cuello** : NO APLICA

**Tórax** : NO APLICA

**Cardíaco** : NO APLICA

**Pulmonar** : NO APLICA

**Digestivo** : NO APLICA

**Genitourinario** : NO APLICA

**Sist. Nerv. Central** : NO APLICA

**Piel** : NO APLICA

**Extremidades** : NO APLICA

**Otros** : NO APLICA

## Signos Vitales de Ingreso Vivo

**Temperatura** : 36,0 °C  
**Presión arterial** : 120 / 80 mm Hg  
**Frec. Cardíaca** : 70 x min  
**Frec. Respiratoria** : 16 x min

**Peso** :  
**Per. Abd.** : cm  
**IMC** : Kg/m2  
**Sat con O2** : %

**Per. Cefálico** : cm  
**Talla** :  
**SC (m2)** :  
**Sat sin O2** : %

## Examen Físico

**Estado de Conciencia** : Alerta  
**Estado Respiratorio** : Normal  
**Estado de Hidratación** : Ausencia de Deshidratación  
**Estado General** : Bueno

## Hallazgos

**Cabeza y Craneo** : NO APLICA



## Historia Clínica General

Ojos : NO APLICA  
ORL : NO APLICA  
Boca : NO APLICA  
Cuello : NO APLICA  
Tórax/Mamas : NO APLICA  
Abdomen : NO APLICA  
Genitourinario : NO APLICA  
Extremidades : NO APLICA  
Sist. Nev. Central : NO APLICA  
Ex. Mental : NO APLICA  
Piel y Faneras : NO APLICA  
Otros Hallazgos : NO APLICA

**Análisis y Conducta** : PACIENTE CON ANTEC DE APEDIITIS PERITONITIS OPERADA EN BUGA DE COLECISTITIS HALLAZGO PRITONITIS FISTULAS EN INTESTINO DELGADO ACTUALMENTE YA TRATADA HX QX CERRADA PRESENTO POSTERIOR A L TTO DOLOR VEJIGA SX URINARIOS ESPASMOS UROCULTIVO NEGATIVO SE LE FORMULO OXIBUTININA X 15 DIAS LE MEJORA CON LA MEDICACION ACTUALMENTE SIN PROBLEMA NO LUTS NO ALTERACIONES NO SX URINARUIOS HACE 15 DIAS TERMINA LA OXIBUTININA CONSIDERO PRESENTO VEJIGA MIOGENICA QUE MEJORO CON LA MEDICACION CONSIDERO NO TTO MEDICO RECOMENDACIONES GENERALES

**Responsable** : LONDOÑO CASTRO, JORGE LUIS  
**Profesión** : UROLOGIA

**Registro Profesional** : 15743

## Diagnósticos

**Fecha** : 30.10.2013 / 17:40

**Codigo** : N319  
**Diagnostico** : DISFUNCION NEUROMUSCULAR DE LA VEJIGA, NO ESPECIFICADA  
**Clase** : Confirmado Repetido  
**Responsable** : LONDOÑO CASTRO, JORGE LUIS  
**Profesión** :

## Órdenes Clínicas

**Fecha** : 30.10.2013 **Hora** : 16:37

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

890202-750 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR UROLOGIA

**Justificación** : PCTE CON FISTULA ENTEROCUTANEA DE 5 MESES DE EVOLU

## Historia Clínica General

<b>Paciente</b>	: MELISSA GALLEGU QUINCHIA	<b>Fec. Nac.</b>	: 20.05.1988
<b>Identificación</b>	: CC - 1115068198	<b>Edad/Sexo</b>	: 25 a / F
<b>Especialidad</b>	: U.T. Cirugía General		
<b>Ubicación</b>	: Comfandi-Tequendama	<b>Cama/Epis.</b>	: / 6921328
<b>Fec. Registro</b>	: 21.11.2013	<b>Hora Reg.</b>	: 16:38:47
<b>Aseguradora</b>	: SOS - ACTIVIDAD POS		

**Causa Externa** : Enfermedad General  
**Finalidad de la Consulta** : No Aplica

**Motivo de Consulta** : CONTROL  
**Enfermedad Actual** : PCTE CON POP CIERRE FISTULA INTESTINAL REFIERE QUE ESTUVO CON GRIPA Y QUE LA TOS LE PRODUJO DOLOR EN LA FOSA ILIACA DERECHA, NIEGA OTROS SINTOMAS.

## Revisión Por Sistemas

**Cabeza y Craneo** : NO APLICA

**Ojos** : NO APLICA

**Otorrinolaringología** : NO APLICA

**Cuello** : NO APLICA

**Tórax** : NO APLICA

**Cardíaco** : NO APLICA

**Pulmonar** : NO APLICA

**Digestivo** : NO APLICA

**Genitourinario** : NO APLICA

**Sist. Nerv. Central** : NO APLICA

**Piel** : NO APLICA

**Extremidades** : NO APLICA

**Otros** : NO APLICA

## Signos Vitales de Ingreso Vivo

<b>Temperatura</b>	: 36,0	°C	<b>Peso</b>	:		<b>Per. Cefálico</b>	:	cm
<b>Presión arterial</b>	: 120 / 80	mm Hg	<b>Per. Abd.</b>	:	cm	<b>Talla</b>	:	
<b>Frec. Cardíaca</b>	: 80	x min	<b>IMC</b>	:	Kg/m2	<b>SC (m2)</b>	:	
<b>Frec. Respiratoria</b>	: 20	x min	<b>Sat con O2</b>	:	%	<b>Sat sin O2</b>	:	%

## Examen Físico

**Estado de Conciencia** : Alerta  
**Estado Respiratorio** : Normal  
**Estado de Hidratación** : Ausencia de Deshidratación  
**Estado General** : Bueno

## Hallazgos

**Cabeza y Craneo** : NO APLICA  
**Ojos** : NO APLICA  
**ORL** : NO APLICA  
**Boca** : NO APLICA  
**Cuello** : NO APLICA

Paciente : MELISSA GALLEGO QUINCHIA

Identificación : CC - 1115068198

## Historia Clínica General

Tórax/Mamas : NO APLICA  
Abdomen : ABD BALNDO NO DOLOR A LA PALPACION NO BLUMBERG CICATRIZ QCA SANA  
Genitourinario : NO APLICA  
Extremidades : NO APLICA  
Sist. Nev. Central : NO APLICA  
Ex. Mental : NO APLICA  
Piel y Faneras : NO APLICA  
Otros Hallazgos : NO APLICA

Análisis y Conducta : PCTE CON EVOLUCION POP FAVORABLE SE DAN RECOMENDACIONES TIENE PDTE VAL POR  
NUTRICION SE EXPLICA SIGNOS DE ALARMA

Responsable : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
Profesión : CIRUGIA GENERAL

Registro Profesional : 194723-04

## Diagnósticos

Fecha : 21.11.2013 / 17:03

Codigo : K632  
Diagnostico : FISTULA DEL INTESTINO  
Clase : Confirmado Repetido  
Responsable : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
Profesión :

## Historia Clínica General

<b>Paciente</b>	: MELISSA GALLEGU QUINCHIA	<b>Fec. Nac.</b>	: 20.05.1988
<b>Identificación</b>	: CC - 1115068198	<b>Edad/Sexo</b>	: 25 a / F
<b>Especialidad</b>	: U.T. Cirugía General		
<b>Ubicación</b>	: Comfandi-Tequendama	<b>Cama/Epis.</b>	: / 7396163
<b>Fec. Registro</b>	: 16.01.2014	<b>Hora Reg.</b>	: 15:10:26
<b>Aseguradora</b>	: SOS - ACTIVIDAD POS		

**Causa Externa** : Enfermedad General  
**Finalidad de la Consulta** : No Aplica

**Motivo de Consulta** : CONTROL DE CX  
**Enfermedad Actual** : PCTE POP FISTULA INTESTINAL REFIERE GRAN MEJORIA, ASINTOMATICA, TOELRA BIEN LA VO,  
 DEPOSICIONES NORMALES.

## Revisión Por Sistemas

**Cabeza y Craneo** : NO APLICA

**Ojos** : NO APLICA

**Otorrinolaringología** : NO APLICA

**Cuello** : NO APLICA

**Tórax** : NO APLICA

**Cardíaco** : NO APLICA

**Pulmonar** : NO APLICA

**Digestivo** : NO APLICA

**Genitourinario** : NO APLICA

**Sist. Nerv. Central** : NO APLICA

**Piel** : NO APLICA

**Extremidades** : NO APLICA

**Otros** : NO APLICA

## Signos Vitales de Ingreso Vivo

<b>Temperatura</b>	: 36,0	°C	<b>Peso</b>	:		<b>Per. Cefálico</b>	:	cm
<b>Presión arterial</b>	: 120 / 80	mm Hg	<b>Per. Abd.</b>	:	cm	<b>Talla</b>	:	
<b>Frec. Cardíaca</b>	: 80	x min	<b>IMC</b>	:	Kg/m2	<b>SC (m2)</b>	:	
<b>Frec. Respiratoria</b>	: 20	x min	<b>Sat con O2</b>	:	%	<b>Sat sin O2</b>	:	%

## Examen Físico

**Estado de Conciencia** : Alerta  
**Estado Respiratorio** : Normal  
**Estado de Hidratación** : Ausencia de Deshidratación  
**Estado General** : Bueno

## Hallazgos

**Cabeza y Craneo** : NO APLICA  
**Ojos** : ANICTERICA  
**ORL** : NO APLICA  
**Boca** : MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS  
**Cuello** : NO APLICA

Paciente : MELISSA GALLEGO QUINCHIA

Identificación

: CC - 1115068198

## Historia Clínica General

Tórax/Mamas : NO APLICA  
Abdomen : ABD BLANDO NO DOLOROSO NO BLUMBERG  
Genitourinario : NO APLICA  
Extremidades : NO APLICA  
Sist. Nev. Central : NO APLICA  
Ex. Mental : NO APLICA  
Piel y Faneras : NO APLICA  
Otros Hallazgos : NO APLICA

Análisis y Conducta : PCTE CON POP FAVORABLE CON GRAN RECUPERACION DE SU SINTOMAS. SE DA CONTROL EN 6 MESES.

Responsable : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
Profesión : CIRUGIA GENERAL

Registro Profesional : 194723-04

## Diagnósticos

Fecha : 16.01.2014 / 15:19

Codigo : K632  
Diagnostico : FISTULA DEL INTESTINO  
Clase : Confirmado Repetido  
Responsable : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
Profesión :

## Historia Clínica General

<b>Paciente</b>	: MELISSA GALLEGU QUINCHIA	<b>Fec. Nac.</b>	: 20.05.1988
<b>Identificación</b>	: CC - 1115068198	<b>Edad/Sexo</b>	: 25 a / F
<b>Especialidad</b>	: U.T. Cirugía General		
<b>Ubicación</b>	: Comfandi-Tequendama	<b>Cama/Epis.</b>	: / 8549529
<b>Fec. Registro</b>	: 15.05.2014	<b>Hora Reg.</b>	: 17:21:56
<b>Aseguradora</b>	: SOS - ACTIVIDAD POS		

**Causa Externa** : Enfermedad General  
**Finalidad de la Consulta** : No Aplica

**Motivo de Consulta** : CONTROL POP  
**Enfermedad Actual** : PCTE POP CIERRE DE FISTULA INTESTINAL, REFEIRE DOLOR EN HERIDA CICATRIZAL (KOCHER)...REFIERE TOS SECA FRECUENTE, NO RINORREA, TOLERA LA VO, NO VOMITO, NO DIARREAS, NO ESTREÑIMIENTO.

## Revisión Por Sistemas

**Cabeza y Craneo** : NO EVALUADO

**Ojos** : NO EVALUADO

**Otorrinolaringología** : NO EVALUADO

**Cuello** : NO EVALUADO

**Tórax** : NO EVALUADO

**Cardíaco** : NO EVALUADO

**Pulmonar** : NO EVALUADO

**Digestivo** : NO EVALUADO

**Genitourinario** : NO EVALUADO

**Sist. Nerv. Central** : NO EVALUADO

**Piel** : NO EVALUADO

**Extremidades** : NO EVALUADO

**Otros** : NO EVALUADO

## Signos Vitales de Ingreso Vivo

<b>Temperatura</b>	: 36,0	°C	<b>Peso</b>	:		<b>Per. Cefálico</b>	:	cm
<b>Presión arterial</b>	: 120 / 80	mm Hg	<b>Per. Abd.</b>	:	cm	<b>Talla</b>	:	
<b>Frec. Cardíaca</b>	: 80	x min	<b>IMC</b>	:	Kg/m2	<b>SC (m2)</b>	:	
<b>Frec. Respiratoria</b>	: 20	x min	<b>Sat con O2</b>	:	%	<b>Sat sin O2</b>	:	%

## Examen Físico

**Estado de Conciencia** : Alerta  
**Estado Respiratorio** : Normal  
**Estado de Hidratación** : Ausencia de Deshidratación  
**Estado General** : Bueno

## Hallazgos

**Cabeza y Craneo** : NO EVALUADO  
**Ojos** : NO EVALUADO  
**ORL** : ANICTERICO  
**Boca** : NO EVALUADO  
**Cuello** : NO EVALUADO

Paciente : MELISSA GALLEGO QUINCHIA

Identificación

: CC - 1115068198

## Historia Clínica General

Tórax/Mamas : NO EVALUADO  
Abdomen : HERIDAS QCAS CICATRIZALES SANAS ABD BLANDO NO DOLOROSO NO BLUMBERG  
Genitourinario : NO EVALUADO  
Extremidades : NO EVALUADO  
Sist. Nev. Central : NO EVALUADO  
Ex. Mental : NO EVALUADO  
Piel y Faneras : NO EVALUADO  
Otros Hallazgos : NO EVALUADO

Análisis y Conducta : PCTE CON EVOLUCION FAVORABLE SE DA ALTA POR CX GRAL, EDUCACION Y RECOMENDAICONES  
GENERALES

Responsable : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
Profesión : CIRUGIA GENERAL

Registro Profesional : 194723-04

## Diagnósticos

Fecha : 15.05.2014 / 17:40

Codigo : K632  
Diagnostico : FISTULA DEL INTESTINO  
Clase : Confirmado Repetido  
Responsable : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
Profesión :

Fecha : 15.05.2014 / 17:40

Codigo : K632  
Diagnostico : FISTULA DEL INTESTINO  
Clase : Confirmado Repetido  
Responsable : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
Profesión :



## Historia Clínica General

**Paciente** : MELISSA GALLEGUO QUINCHIA  
**Identificación** : CC - 1115068198  
**Especialidad** : U.M. Hx Cirugía General  
**Ubicación** : Comfandi-Clinica Amiga  
**Fec. Registro** : 24.05.2013  
**Aseguradora** : SOS - ACTIVIDAD POS

**Fec. Nac.** : 20.05.1988  
**Edad/Sexo** : 25 a / F  
**Fecha Adm.** : 25.05.2013  
**Cama/Epis.** : 23CA423A / 5237992  
**Hora Reg.** : 22:45:15

**Causa Externa** : Enfermedad General  
**Finalidad de la Consulta** : No Aplica

**Motivo de Consulta** : REMITIDA DE BUGA  
**Enfermedad Actual** : PACIENTE QUIEN EL 23/04/2013 SE LE REALIZA COLELAP POR COLECISTITIS AGUDA, DAN SALIDA AL DIA SIGUIENTE, REINGRESA EL 27/04/2013 CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE FUE VALORADA POR QX. GENERAL DE TURNO QUIEN DECIDE LLEVAR A LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA DONDE ENCUENTRAN PERITONITIS EXTRAYENDO 500CC MATERIAL PURULENTO EN CAVIDAD CON 3 FISTULAS EN ILEO EN SEGMENTOS DIFERENTES LOS CUALES SE CORRIGIERON, SE DEJO DREN Y VIAFLEX, FUE TRASLADADA INICIALMENTE A UCI (SIN SOPORTE VASOACTIVO NI VENTILATORIO) POSTERIORMENTE A HOSPITALIZACION AL PARECER CON VANCOMICINA+ ERTAPENEM?, PRESENTO BUENA EVOLUCION POR LO CUAL SE DA SALIDA, Y REINGRESA NUEVAMENTE EL 17/05/2013 POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL, SD. FEFRIL , SE INTERVINO QUIRURGICAMENTE NUEVAMENTE CON LAVADO PERITONEAL Y CULTIVO DE LIQUIDO PERITONEAL POSITIVO PARA KLEBSIELLA PNEUMONIE, E. COLI ESBL, Y ENTEROCOCO FECALIS, NUEVAMENTE CUBIERTA CON ERTAPENEM Y VANCOMICINA HOY 7 DIAS, ABDOMEN CON CIERRE TEMPORAL VACUUM PACK, MADRE REFIERE QUE FUE VALORADA POR QX. GENERAL Y DECIDEN REMISION PARA CONTINUAR MANEJO POR GASTROENTEROLOGO? NIEGA ALERGICOS O PATOLOGICOS

## Revisión Por Sistemas

**Cabeza y Craneo** : NO APLICA

**Ojos** : NO APLICA

**Otorrinolaringología** : NO APLICA

**Cuello** : NO APLICA

**Tórax** : NO APLICA

**Cardíaco** : NO APLICA

**Pulmonar** : NO APLICA

**Digestivo** : NO APLICA

**Genitourinario** : NO APLICA

**Sist. Nerv. Central** : NO APLICA

**Piel** : NO APLICA

**Extremidades** : NO APLICA

**Otros** : NO APLICA

## Signos Vitales de Ingreso Vivo

**Temperatura** : 36,8 °C  
**Presión arterial** : 100 / 60 mm Hg  
**Frec. Cardíaca** : 82 x min  
**Frec. Respiratoria** : 20 x min

**Peso** :  
**Per. Abd.** : cm  
**IMC** : Kg/m2  
**Sat con O2** : %

**Per. Cefálico** : cm  
**Talla** :  
**SC (m2)** :  
**Sat sin O2** : 96,00 %

## Examen Físico

**Estado de Conciencia** : Alerta  
**Estado Respiratorio** : Normal  
**Estado de Hidratación** : Ausencia de Deshidratación  
**Estado General** : Bueno

## Historia Clínica General

### Hallazgos

**Cabeza y Craneo** : normocefala, sin lesiones  
**Ojos** : pinnales, escleras anictéricas, conjuntivas rosadas  
**ORL** : normal  
**Boca** : mucosa oral húmeda  
**Cuello** : cuello móvil sin adenopatías  
**Tórax/Mamas** : ruidos cardíacos rítmicos no soplos mv presente no sobreagregados  
**Abdomen** : abd. con viaflex no distendido, no cambios inflamatorios en herida quirúrgica, dren que oscila material bilioso, abdomen doloroso a la palpación y predominio hemiabdomen derecho, no se palpan signos de irritación peritoneal no masas o megalias.  
**Genitourinario** : se omite  
**Extremidades** : ext. móviles sin edemas pulsos periféricos presentes  
**Sist. Nev. Central** : snc. sin déficit glasgow 15/15  
**Ex. Mental** : interactúa con el entrevistador  
**Piel y Faneras** : sin alteraciones  
**Otros Hallazgos** : no

**Análisis y Conducta** : PACIENTE CON IDX DE PERITONITIS BILIAR + LAPAROTOMIA+ LAVADO + ABDOMEN ENCIERRE TEMPORAL CON DREN BILIAR, QUIEN ES TRASLADADA PARA CONTINUAR MANEJO Y VALORACIÓN AL PARECER POR GASTROENTEROLOGÍA, EN EL MOMENTO PACIENTE AISLADA EN BUENAS CONDICIONES SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE REIBIENDO ALIMENTACIÓN PARENTERAL, SE DECIDE COMENTAR CASO CON QX. GENERAL PARA DEFINIR CONDUCTA A SEGUIR, SE SOLICITAN PARACLÍNICOS DE CONTROL POR SU CONDICIÓN Y POR SU ANTECEDENTE DE ESTANCIA EN UCI.

**Responsable** : ARCHBOLD, JILL STEPHANIE  
**Profesión** : MEDICINA GENERAL

**Registro Profesional** : 19-02289

### Diagnósticos

**Fecha** : 24.05.2013 / 23:45

**Código** : Z988  
**Diagnóstico** : OTROS ESTADOS POSTQUIRÚRGICOS ESPECIFICADOS  
**Clase** : Confirmado Nuevo  
**Responsable** : ARCHBOLD, JILL STEPHANIE  
**Profesión** :

**Fecha** : 24.05.2013 / 23:45

**Código** : K801  
**Diagnóstico** : CÁLCULO DE LA VESÍCULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS  
**Clase** : Confirmado Nuevo  
**Responsable** : ARCHBOLD, JILL STEPHANIE  
**Profesión** :

**Fecha** : 26.05.2013 / 06:46

**Código** : A419  
**Diagnóstico** : SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA  
**Clase** : Confirmado Nuevo  
**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA  
**Profesión** :

**Fecha** : 24.05.2013 / 23:45

**Código** : K659  
**Diagnóstico** : PERITONITIS, NO ESPECIFICADA  
**Clase** : Confirmado Nuevo  
**Responsable** : ARCHBOLD, JILL STEPHANIE  
**Profesión** :

**Fecha** : 24.05.2013 / 23:45

**Código** : Z988  
**Diagnóstico** : OTROS ESTADOS POSTQUIRÚRGICOS ESPECIFICADOS

## Historia Clínica General

**Clase** : Confirmado Nuevo  
**Responsable** : ARCHBOLD, JILL STEPHANIE  
**Profesión** :

### Evoluciones Médicas

**Fecha** : 25.05.2013 **Hora** : 04:59

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON CC DE DOLRO ABDOMINAL AL PARECER REMITIDA A BUGA DONDE EL 23 DE ABRIL REALIZAN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA.... DAN SALIDA AL DIA SGTE, PERO PCTE RECONSULTA EL 27 DE ABRIL DE 2013 CON ABDOMEN AGUDO LE REALIZAN LAPAROTOMIA ENCONTRANDO PERITONITIS GENERALIZADA, REALIZAN APENDICECTOMIA Y DEJAN CON ABDOMEN ABIERTO, APARENTEMENTE REQUIERE MANEJO EN UCI, REALIZAN MULTIPLES LAVADOS Y POSTERIORMENTE CIERRAN CAVIDAD Y DAN SALIDA EL 11 DE MAYO DE 2013, PERO PCTE INICIA DE NUEVO CON DOLRO ABDOMINAL, DIARREA Y FIEBRE RECONSULTA EL 18 DE MAYO, REALIZAN LAPAROTOMIA ENCONTRANDO PERITONITIS 500 CCMATERIAL PURULENTO FETIDO EN PELVIS Y GOTERAS APIETOCOLICAS DCHA E IZQDA, 3 FISTULAS EN ILEON EN SEGMENTOS DIFERENTES (NO DESCRIBEN SU LOCALIZACION ANATOMICA) REALIZAN LAVADO, DEJAN VACUM PACK E INGRESAN A UCI, REALIZAN DOS LAVADOS POSTERIORMENTE, LE COLOCAN CVC PARA TPN Y DECIDEN REMITIR PARA MANEJO POR TEO, TRAE RTDO DE CULTIVOS DE LIQ CAV ABDOMINAL POSITIVOS PARA E COLI, ENTEROCOCO FAECALIS Y KLEBSIELLA PNEUMONIE, AL PARECER RECIBE MANEJO ATB CON ERTAPENEM, AMPICILINA, OCTEOTRIDE. SE LE TOMARON LAB AHORA QUE REPORTAN .. TP 11.1 TTP 23 INR 1.1 CH LEUC 18430 N 82.4% HB 10.2 PLAQ 570000 PCR 55.6 CREAT 0.3 BUN 9.4 NA 135 K 4.46 CL 98 AMILASA 149 GLIC 136 TRANSAMINASAS NORMALES

**Objetivo** : PA 100/60 FC 88 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUEMDAS TORAX CON CVC MONOLUMEN SUBCLAVIO DERECHO PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD CON SISTEMA VACUM PACK DRENANDO LIQ INTESTINAL SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON FISTULAS INTESTINALES AL PARECER DE ALTO GASTO CON REQUERIMIENTNO DE SOPORTE NUTRICIONAL .... TPN Y CONSEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL, REMITIDA DE OTRA INSTITUCION CON ABDOMEN ABIERTO Y SISTEMA DE VACUM PACK PARA MANEJO POR TERAPIA ENTEROSTOMAL. MADRE DE LA PCTE REFIERE INCONFORMIDAD PORQUE A ELLAS SE LES DIJO QUE VENIAN A VALORACION Y MANEJO POR GASTROCIRUGIA, SE LES EXPLICA QUE EL MANEJO QUE LA PCTE REQUIERE ES MULTIDISCIPLINARIO Y QUE UNA VEZ SE CONOZCA A FONDO EL CASO SE DECIDIRA SI REQUIERE MANEJO POR ESTA SUBESPECIALIDAD, SE EXPLICA CLARAMENTE MANEJO A SEGUIR Y SUS POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES. POR AHORA SE ORDENA TRASLADO A UCI, VALORACION POR SOPORTE NUTRICIONAL E INFECTOLOGIA, CONTROL Estricto de SV, ANALGESIA, ERTAPENEM,. OCTEOTRIDE, AMPICILINA IGUAL, PDTE RTDO DE HEMOCULTIVOS. SS LAB COMPLEMENTARIOS.

**Plan** : TRASLADO A UCIN NVO SSN 100 CC HORA DIPIRONA 2 GR IV CADA 6 HROAS RANITIDNA 50 MG IV CADA 8 HROAS ENOXAPARINA 40MG SC CADA DIA OCTEOTRIDE 0.1 MG SC CADA 12 HORAS ERTAPENEM 1GR EV CADA 24 HORAS AMPICILINA 1 GR EV CADA 6 HROAS SS UROCULTIVO, BB, ALBUMINA, PROT TOTALES, PERFIL LIPIDICO, GASES ARTERIALES, FOSFORO, RX DE TORAX COTROL Estricto de LO ELIMINADO POR VACUM PACK Y DE LA DIURESIS GLUCOMETRIA CADA 8 HROAS TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA VAL POR NUTRICION E INFECCION

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

Registro Profesional : 194723-04A

**Fecha** : 25.05.2013 **Hora** : 06:06

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : PACIENTE QUIEN EL 23/04/2013 SE LE REALIZA COLELAP POR COLECISTITIS AGUDA, DAN SALIDA AL DIA SIGUIENTE, REINGRESA EL 27/04/2013 CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE FUE VALORADA POR QX. GENERAL DE TURNO QUIEN DECIDE LLEVAR A LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA DONDE ENCUENTRAN PERITONITIS EXTRAYENDO 500CC MATERIAL PURULENTO EN CAVIDAD CON 3 FISTULAS EN ILEO EN SEGMENTOS DIFERENTES LOS CUALES SE CORRIGIERON, SE DEJO DREN Y VIAFLEX, FUE TRASLADADA INICIALMENTE A UCI (SIN SOPORTE VASOACTIVO NI VENTILATORIO) POSTERIORMENTE A HOSPITALIZACION AL PARECER CON VANCOMICINA+ ERTAPENEM?, PRESENTO BUENA EVOLUCION POR LO CUAL SE DA SALIDA, Y REINGRESA NUEVAMENTE EL 17/05/2013 POR CUADRO DE DOLOR ABODMINAL, SD. FEFRIL , SE INTERVINO QUIRURGICAMENTE NUEVAMENTE CON LAVADO PERITONEAL Y CULTIVO DE LIQUIDO PERITONEAL POSITIVO PARA KLEBSIELLA PNEUMONIE, E. COLI ESBL, Y ENTEROCOCO FECALIS, NUEVAMENTE CUBIERTA CON ERTAPENEM Y VANCOMICINA HOY 7 DIAS, ABDOMEN CON CIERRE TEMPORAL VACUUM PACK, MADRE REFIERE QUE FUE VALORADA POR QX. GENERAL Y DECIDEN REMICION PARA CONTINUAR MANEJO POR GASTROENTEROLOGO? NIEGA ALERGICOS O PATOLOGICOS

**Objetivo** : 1.TA 100 / 70 FR 19 FC 92 PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUEMDAS TORAX CON CVC MONOLUMEN SUBCLAVIO DERECHO PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD CON SISTEMA VACUM PACK DRENANDO LIQ INTESTINAL SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PT. 11.1 PTT 23 CH leucos 18430 neutros 82.4 linf 9.5 hb 10.2 htc 31.6 plt 570000 bun 9.4 cr 0.3 tgo 96 tgp 88 amilasa 149 glicemia 136 na 135 k 4.46 cl 98 pcr 55

## Historia Clínica General

**Plan** : 1.SSN 100 CC HORA 2.DIPIRONA 2 GR IV CADA 6 HROAS 3.RANITIDNA 50 MG IV CADA 8 HROAS 4.ENOXAPARINA 40MG SC CADA DIA 5.OCTEOTRIDE 0.1 MG SC CADA 12 HORAS 6.ERTAPENEM 1GR EV CADA 24 HORAS 7.AMPICILINA 1 GR EV CADA 6 HROAS 8.T RESPIRATORIA + FISICA PENDIENTE PENDIENTE MANEJO POR NUTRICION + INFECTOLOGIA TRASLADO UCIN SE COMENTA CON DR SALAS LA DOCTARA HORMIGA REFIERE PACIENTE ES CORTIZADO DE OTRA INSTITUCION Y EL PACIENTE AL MOMENTO NO TIENE CRITERIOS DE UCIN RECOMENTAR A LA 1 PM DRA HORMIGA CON LOS PAACLINICOS

**Registro Profesional** : 765408

**Responsable** : MUÑOZ REINOSA, LUIS FELIPE

**Fecha** : 25.05.2013 **Hora** : 10:38

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : PARA CLINICOS: HEMOGRAMA: LEUCOCITOS: 18.430 N: 82.4% L: 90.5% HB: 10.2 HTO: 31.6% PLAQUETAS: 570.000 BUN: 9.4 CREATININA: 0.3 AST: 96 ALT: 88 AMILASEMIA: 149 GLICEMIA: 136 SODIO: 135 CLORO: 98 POTASIO: 4.46 FOSFORO: 4.4 NORMAL. ALBUMINA: 2.7 PROT TOTALES: 6.4 RELACION ALBUMINA/GLOBULINA: 0.7 PCR: 55.6 TP: 11.1 TPT: 23 INR: 1.1 GASES ARTERIALES: PH: 7.47 PO2: 71.2 PCO2: 30.8 BICARBONATO: 22.3 LORENA SANCHEZ.

**Objetivo** : AL EXAMEN FISICO: PA: 106/73 FC: 104 FR: 22 T: 36.6 SAT: 95% NORMOCEFALA, OJOS: CONJUNTIVAS HUMEDAS Y ROSADAS, PIFR 3 MM, ORL: MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS, CUELLO MOVIL Y SIMETRICA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES LIMPIOS NO AGREGADOS NO DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN: CON VACUM PACK DRENA ESCASO MATERIAL AMARILLENTO TURBIO. DOLOR A LA PALPACION DE FLANCOS, EL ABDOMEN SE HALLA CUBIERTO POR PELICULA PLASTICA Y SABANA DE CONTENSION. EXTREMIDADES SIN EDEMAS, SNC: ALERTA, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO NO RIGIDEZ DE NUCA.

**Análisis** : PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LAPAROTOMIAS POR COLECISTITIS Y DRENAJE DE COLECCION INTRAABDOMINAL, FISTULAS INTESTINALES DE ALTO GASTO CORREGIDAS, AHORA CON SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL CON RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SE LE SOLICITO UCIN, NUEVAMENTE SE COMENTA EN SALAS, PERO JEFE MARIA EUGENIA ME INFORMA QUE NO HAY CUPO EN UCIN POR LO QUE SE COMENTA CON LORENA SANCHEZ DE SOS A LAS 09:30 PARA CONSEGUIR CUPO EN OTRA INSTITUCION.

**Plan** : REMISION A UCIN. PENDIENTE RESULTADO DE PERFIL LIPIDICO, TOMAR RX DE TORAX. SOLICITO ACIDO LACTICO. MANEJO POR CIRUGIA GENERAL.

**Registro Profesional** : 861227

**Responsable** : CERON DAZA, JAIR

**Fecha** : 25.05.2013 **Hora** : 13:01

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : ME COMENTO CON NAYIBE DE LA LINEA SOS QUIEN ME INFORMA QUE SE HA COMENTADO EN FUNDACION VALLE DEL LILI, CLINICA REY DAVID, NS REMEDIOS, VERSALLES, OCCIDENTE PERO NO TIENE CUPO. TAN PRONTO SEA ACEPTADA ME LLAMARAN A INFORMAR.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 861227

**Responsable** : CERON DAZA, JAIR

**Fecha** : 25.05.2013 **Hora** : 16:05

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HORA: 15:30 HE ITNENTADO EN VARIAS OCASIONES COMUNICARME CON SOS PARA INDAGAR ACERCA DE LA REMISION DE LA PACIENTE PERO NO CONTESTAN. A LAS 16:00 HORAS RECIBO LLAMADA DE DR. GUTIERREZ DE LA LINEA SOS QUIEN ME INFORMA QUE HASTA AHORA NO HA PODIDO SER UBICADA EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO YA QUE NO HAY CUPOS EN OTRAS INSTITUCIONES.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 861227

**Responsable** : CERON DAZA, JAIR

**Fecha** : 25.05.2013 **Hora** : 17:33

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : PACIENTE EN IGUAL ESTADO GENERAL SIN CAMBIOS. NOTA: A LAS 2 PM SE NOTIFICO A DR. CASASBUENAS DE LA CONDICION DE LA PACIENTE. SE INTENTO COMUNICACION CON NUTRICIONISTA PERO NO CONTESTO.

**Objetivo** : AL EXAMEN FISICO: FC: 104 FR: 21 T: 36.6 SAT: 98% NORMOCEFALA, OJOS CONJUNTIVAS HUMEDAS Y ROSADAS, CUELLO NORMAL, CORAZON RITMICO, TAQUICARDICO, PULMONES LIMPIOS NO AGREGADOS, ABDOMEN SIN CAMBIOS, DOLOR EN FLANCOS, CON CUBIERTA DE PELICULA PLASTICA Y SABANA. VACUM PACK DRENANDO MATERIAL AMRILLENTO INTESTINAL. EXTREMIDADES SIN EDEMAS, SNC ALERTA, SIN FOCALIZACION. NO RIGIDEZ DE NUCA.

**Análisis** : PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LAPAROTOMIA CON DRENAJE DE PERITONITIS Y FISTULAS EN ILEON. CON

## Historia Clínica General

NECESIDAD DE NUTRICION PARENTERAL. CON RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA Y DIAGNOSTICO DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL. CIRUGIA GENERAL CONSIDERA MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO. DRA. OSUÑA INTENSIVISTA ME INFORMA QUE VA A QUEDAR UN CUPO EN LA UNIDAD POR LO QUE SERA ASIGNADA A ESTA CAMA UNA VEZ QUEDE DESOCUPADA Y LIMPIA. SE LES EXPLICA A LOS FAMILIARES QUIENES ACEPTAN.

**Plan** : MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS **Registro Profesional** : 861227  
**Responsable** : CERON DAZA, JAIR

**Fecha** : 26.05.2013 **Hora** : 02:47  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : INGRESO UCIN PCTE 25 AÑOS PROCEDENTE DE BUGA 23 ABRIL LE RELIZAN COLELAP POR COLECISTITIS AGUDA POSTERIORMENTE LE REALIZAQN 4 LAVADOS ABDOMINALES POR PERIONITIS MANEJADA CON VANCOMICINA Y ERTAPENEM. ABDOMEN CON CIERRE DE VACUOM PACK  
**Objetivo** : PCTE DESPIERTA CONCIENTE T/A 116/81 FC 78 PAM 93 FR 20 CP RS CS RITMICOS REGULARA MURMULLO MVESICULAR NORMAL ABDOEMN CON SISTEMAS DE VACUM PACK FUNCIONANTE  
**Análisis** : PCTE SIN VASOACTIVO Y RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE EN TTO PARA SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL. REQUEIRE MONITORIA HEMODINAMICA  
**Plan** : CONTROL HEMODINÁMICO **Registro Profesional** : 6319  
**Responsable** : URREGO GRUESO, GUSTAVO

**Fecha** : 26.05.2013 **Hora** : 06:45  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : MELISSA GALLEGU QUINCHIA 25 AÑOS DATOS PERSONALES: - O/P: BUGA - OCUPACION: VENDEODRA - ESTADO CIVIL: SOLTERA - ESCOLARIDAD: BACHILLERATO Paciente de 25 años de edad a quien el día 23 04 2013 llevan a colelap programada por coleditiasis, posteriormente el día 2 8 04 2013 reconsulta por dolor abdominal encontrandose con abdomen agudo por lo cual deciden realizar laparotomia encontrando con apendicitis + peritonitis, dejan abdomen abierto con multiples lavados ( 29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013) con cierre de cavidad en 06 05 2013. Paciente reconsulta el 18 05 2013 por fiebre, diarrea y dolor abdominal, deciden reintervenir encontrando con peritonitis, dejan nuevamente con vacum pack e intervienen de nuevo el 20 05 2013 y el 23 05 2013. Reportan aislamiento de Klebsiella, E. Coli y enterococcus faecalis en cultivo de cavidad abdominal, hemocultivos negativos, manejada a dia 8 hoy de ertapenem y ampicilina, remitida de UCI para " manejo con terapia enterostomal", paciente ingresada a UCIN para continuar con monitoria. ANTECEDENTES; - Patologicos: coleditiasis - QX: Las arriba descritos, corrección de fractura de cadera izquierda, abierta con material de osteosintesis - Alergicos: metoclopramida - Ginecoobstetricos: FUM 23 04 2013 GOPO Inyección - hormonal - Toxicos: alcohol ocasional - Farmacos: niega - Transfusionales: O + , transfusiones previas sin reacciones, en Buga - Traumaticos: Fx cadera izquierda a los 8 años por accidente de transito - Familiares; Madre con HTA  
**Objetivo** : -  
**Análisis** : Paciente ingresada a UCIN para monitoreo DIAGNOSTICOS: 1. INFECCION NOSOCOMIAL ( HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA) DE CAVIDAD ABDOMINAL CON AISLAMIENTO DE E. COLI, KLEBSIELLA Y ENTEROCOCUS) A. COLELAP EL 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA CON APENDICITIS + PERITONITIS EL 28 04 2013 C. LAVADOS MULTIPLES ULTIMO EL 23 05 2013 2. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL A. PERITONITIS B. FISTULA EN ILEO EN 3 SEGMENTOS  
**Plan** : Continuar con igual manejo En monitoreo en **Registro Profesional** : 76-2865  
**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 26.05.2013 **Hora** : 13:55  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS FECHA DE INGRESO 25/06/2013 DIA 1 EDAD 25 AÑOS DIAGNOSTICOS 1. Sepsis de origen abdominal 1.1 POP laparotomia con apendicitis + peritonitis el 28 04 2013 1.1.fistula en ileo en 3 segmentos 1.2 POP lavados quirurgico N°6 ( aislamientos extrahospitalario 20/05/2013 : E. Coli producta de BLEE, klebsiella prductora de IRT? y enterococcus sensible a ampicilina) 2. POP colecistectomia laparoscopica 23 04 2013 extrahospitalario 3. Anemia normocitica normocromica 4. POP inmediato lavado quirurgico (26/05/ 2013 ) Soportes Nutricion parenteral Lactato ringer 100 cc /hora Antibiotico terapia Ertapenem mas ampicilina ( inicio extrahospitalario : 18/06/2013) Aislamientos Urocultivo 25/05/2013 Hemocultivos 25/04/ 2013 negativos a las 24 horas Culivo de liquido peritoneal, cultivo secrecion de pared abdominal y colección pelvica 26 /05/2013  
**Objetivo** : TA 119/67 TAM 102 fc 66 xmint fr 18 xmint T 35, 8 ingresa procedente de salas de cirugia general, alerta, sin soporte ventilatorio invasivo ni vasopresor c/p ruidos cardiacos ritmicos, ruidos respiratorios sin agregados Abdomen sistema VACUM PACK FUNCIONANTE LA 560 LE 300 GU 0, 96 cc / kg/ hora PARACLINICOS Hemograma leucos 11600 N 8520 Hb 8,4 plaquetas 536000, Bun y electrolitos normales  
**Análisis** : Paciente de 25 años con antecedente de colelap 23/04/ 2013 por coleditiasis a los 5 dias en reintervenida laparotomia con apendicitis + peritonitis, requiriendo lavado quirurgicos numero 4 con cierre de cavidad en 06 /05 /2013. Reconsulta el 18/ 05/ 2013 encontrando peritonitis, dejan vacum pack, realizan dos lavados ultimo el 23/ 05/ 2013. Aportan reporte cultivo de liquido peritoneal 20/05/ 2013 E. Coli producta de BLEE, klebsiella prductora de IRT? y enterococcus sensible a ampicilina. Ingresada remitida para manejo en unidad de cuidados intensivos, para soporte nutricional y antibiotico terapia de amplio espectro. Paraclinicos de ingreso GA sin

## Historia Clínica General

trastorno ácido base, anemia normocítica normocromica (proceso inflamatorio e infección) sin criterio de transfusión, no trastorno hidroelectrolítico. Ingresó procedente de salas de cirugía en POP inmediato lavado quirúrgico con hallazgos \* ABDOMEN ABIERTO CON ASAS BLOQUEADAS EN UN 90 %, SALIDA DE LIQUIDO INTESTINAL DE LA CAVIDAD PELVICA, COLECCION EN FONDO DE SACO DE DOUGLAS, SE toman muestra para cultivo de liquido peritoneal, pared abdominal y colección pélvica, hasta el momento se mantiene igual cubrimiento, hemocultivos negativos a los 24 horas, presenta emesis, ALERGIA A METOCLOPRAMIDA, se indica ondansetrom 8 mg IV cada 8 horas si persiste con emesis. Manejo conjunto con cirugía

**Plan** : Reporte de policultivos Igual antibioticoterapia **Registro Profesional** : 631490

**Responsable** : OSUNA PEREZ, MÓNICA

**Fecha** : 26.05.2013 **Hora** : 15:27

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX DE FISTULA DE INTESTINO DELGADO DE LATO GASTRO - SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL

**Objetivo** : PA 131/93 PAM 113 FC 89 FR 21 FIO2 28% SO2 98% PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RÍTMICOS NO SOPLOS ABD Blando CON VACUM PACK QUE PRODUCE 200 CC DE LIQ INTESTINAL EN 6 HORAS GU DIURESIS 100 CC HORA SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE SE LLEVO A CX ENCONTRANDO PEQ FUGA A NIVEL DE SUTURA DE LO QERU PARECE SER INTESTINO DELGADO, SE COLOCA NUEVO VACUM PACK Y SE EXPLICA A FAMILIAR (MADRE DE LA PCTE) HALLAZGOS QUCOS Y MANEJO A SEGUIR

**Plan** : CONTINUAR VIGILANCIA CLINICA EN UCIN **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 26.05.2013 **Hora** : 15:57

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS FECHA DE INGRESO 25/06/2013 DIA 1 EDAD 25 AÑOS DIAGNOSTICOS

1. Sepsis de origen abdominal 1.1 POP laparotomía con apendicitis + peritonitis el 28 04 2013 1.1.fístula en íleo en 3 segmentos 1.2 POP lavados quirúrgico N°6 (aislamiento extrahospitalario 20/05/2013 : E. Coli productora de BLEE, klebsiella productora de IRT? y enterococcus sensible a ampicilina) 2. POP colecistectomía laparoscópica 23 04 2013 extrahospitalario 3. Anemia normocítica normocromica 4. POP inmediato lavado quirúrgico (26/05/ 2013 ) Soportes Nutrición parenteral Lactato ringer 100 cc /hora Antibioticoterapia Ertapenem mas ampicilina ( inicio extrahospitalario : 18/06/2013) Aislamiento Urocultivo 25/05/2013 Hemocultivos 25/04/ 2013 negativos a las 24 horas Cultivo de liquido peritoneal, cultivo secreción de pared abdominal y colección pélvica 26 /05/2013

**Objetivo** : TA 119/67 TAM 102 fc 66 xmint fr 18 xmint T 35, 8 ingresa procedente de salas de cirugía general, alerta, sin soporte ventilatorio invasivo ni vasopresor c/p ruidos cardíacos rítmicos, ruidos respiratorios sin agregados Abdomen sistema VACUM PACK FUNCIONANTE LA 560 LE 300 GU 0, 96 cc / kg/ hora PARACLINICOS Hemograma leucos 11600 N 8520 Hb 8,4 plaquetas 536000, Bun y electrolitos normales

**Análisis** : Paciente de 25 años con antecedente de colelap 23/04/ 2013 por coleditis a los 5 días en reintervenida laparotomía con apendicitis + peritonitis, requiriendo lavado quirúrgico número 4 con cierre de cavidad en 06 /05 /2013. Reconsulta el 18/ 05/ 2013 encontrando peritonitis, dejan vacum pack, realizan dos lavados ultimo el 23/ 05/ 2013. Aportan reporte cultivo de liquido peritoneal 20/05/ 2013 E. Coli productora de BLEE, klebsiella productora de IRT? y enterococcus sensible a ampicilina. Ingresó remitida para manejo en unidad de cuidados intensivos, para soporte nutricional y antibioticoterapia de amplio espectro. Paraclínicos de ingreso GA sin trastorno ácido base, anemia normocítica normocromica (proceso inflamatorio e infección) sin criterio de transfusión, no trastorno hidroelectrolítico. Ingresó procedente de salas de cirugía en POP inmediato lavado quirúrgico con hallazgos \* ABDOMEN ABIERTO CON ASAS BLOQUEADAS EN UN 90 %, SALIDA DE LIQUIDO INTESTINAL DE LA CAVIDAD PELVICA, COLECCION EN FONDO DE SACO DE DOUGLAS, SE toman muestra para cultivo de liquido peritoneal, pared abdominal y colección pélvica, hasta el momento se mantiene igual cubrimiento, hemocultivos negativos a los 24 horas, presenta emesis, ALERGIA A METOCLOPRAMIDA, se indica ondansetrom 8 mg IV cada 8 horas si persiste con emesis. Manejo conjunto con cirugía

**Plan** : ERTAPENEM 1 GR DIA

**Registro Profesional** : 761541

**Responsable** : CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO

**Fecha** : 26.05.2013 **Hora** : 22:43

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO. EVOLUCION UCIN NOCHE. 25 AÑOS. FECHA DE INGRESO:2013-05-25.

DRA.OSUNA INTERNISTA./DR.RUMBO MD GENERAL. DIAGNOSTICOS: -POP DE COLELAP (HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA 2013-04-23). -POP ABDOMEN AGUDO (HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA 2013-04-28). .LAPAROTOMIA CON APENDICITIS + PERITONITIS. -INFECCION NOSOCOMIAL DE CAVIDAD ABDOMINAL CON AISLAMIENTO DE (E. COLI PRODUCTORA DE BLEE., KLEBSIELLA., Y ENTEROCOCUS SENSIBLE A AMPICILINA). -POP DE LAVADOS QUIRURGICOS N° 6 HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA EL ULTIMO EL 2013-05-23. -FISTULA EN ILEON EN 3 SEGMENTOS. -SX ANEMICO. -ABDOMEN ABIERTO EN HIPOGASTRIO CON SISTEMA VACUM PACK. -POP DE LAVADO QUIRURGICO 2013-05-26. (SE TOMARON MUESTRAS PARA CULTIVO).

**Objetivo** : PACIENTE ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, AFEBRIL, SIN SOPORTE VASOACTIVO, NI VENTILATORIO.

## Historia Clínica General

PA:107/77., PAM:77., FC:83. C/P:RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, PULMONES VENTILADOS, SIN AGREGADOS, FR:22., SAT:99%, CON FIO2:28%. G/I:ABDOMEN ABIERTO EN HIPOGASTRIO, CON SISTEMA VACUM PACK FUNCIONANTE, NO DOLOROSO. G/U:DIURESIS DE 1.85CC/K/HORA. EXTREMIDADES:NO EDEMAS, PULSOS PRESENTES. METABOLICO:GLUCOMETRIAS DE 117 MG/DL., CON TPN OLICLINOREL A 40 CC/HORA. SNC:ORIENTADA, SIN DEFICIT.

**Análisis** : PACIENTE ESTABLE, SIN SIRS CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE, HOY POP DE LAVADO DE CAVIDAD + TOMA DE CULTIVOS + COLOCACION DE SISTEMA VACUM PACK, EN REVISTA CON LA DRA. OSUNA SE SUGIERE CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO, ANTIBIOTICOS IGUALES (ERTEPENEM + AMPICILINA HOY 9 DIA), EN ESPERA DE EVOLUCION.

**Plan** : LABORATORIOS DE CONTROL, PENDIENTE RESULTADOS DE CULTIVOS TOMADOS EN URGENCIAS Y DE LOS TOMADOS HOY EN CIRUGIA, RESTO DE MANEJO MEDICO IGUAL. **Registro Profesional** : 17505

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Fecha** : 27.05.2013 **Hora** : 15:02

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : cirugía general Pcte femenina de 25 años con dx de fistula de intestino delgado en el momento En el momento estable sin dolor abdominal sin sirs

**Objetivo** : pa 117/82 pam 94 fc 105 fr 18 fio2 21% so2 97% PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD CON VACUM PACK PRODUJO 280 CC EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS HB 7.9 PLAQ 556000 L 11960 78.4 NA 136 K 3.94 CL 105 SE CONSTATA BAJO PRODUCIDO POR FISTULA INTESTINAL POR LO QUE SE DECIDE INICIAR DIETA BLANDA, SE EXPLICA A FAMILIARES SU CONDICION CLINICA ACTUAL, POSIBLE LAVADO EL MIERCOLES

**Plan** : TRASLADO A PISO DIETA BLANDA **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 27.05.2013 **Hora** : 15:56

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCIN DIA DR. SOTO CIRUJANO INTENSIVISTA/ DRA. GIRALDO MD GENERAL MELISSA GALLEGUO 25 AÑOS ING 26 05 2013 DIAGNOSTICOS: 1. INFECCION NOSOCOMIAL ( HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA) DE CAVIDAD ABDOMINAL CON AISLAMIENTO DE E. COLI, KLEBSIELLA Y ENTEROCOCCUS) A. POP COLELAP EL 23 04 2013 B. POP LAPAROTOMIA CON APENDICITIS + PERITONITIS EL 28 04 2013 C. LAVADOS MULTIPLES ULTIMO EL 23 05 2013 EN BUGA D. POP LAVADO CAVIDAD EL 26 05 2013 2. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL A. PERITONITIS B. FISTULA EN ILEO DE BAJO GASTO **SUBJETIVO**: Paciente refiere sentirse bien, refiere escaso dolor en región de herida quirúrgica, sensación de náusea

**Objetivo** : HALLAZGOS: Paciente que en las últimas horas ha tenido PAM entre 82 y 94, con FC entre 83 y 105, afebril, sin oxígeno suplementario, recibiendo SSN 100cc hora y TPN a 40cc hora, diuresis 2.2cc kg hora, glucometrías 119. Alerta, mucosas húmedas, conjuntivas pálidas, cuello móvil, murmullo en ambos campos no sobreagregados, ruidos cardiacos ritmicos, abdomen cubierto con apósitos limpios, no edemas, no déficit neurológico. **BALANCE**: Administrados 3990 cc eliminados 2330cc vacum pack 280cc balance + 1660cc acumulado 1.8L+ **PARACLINICOS**: Hb 7.9 Hto 24% leucocitos 11560 Neutrofilos 78% plaquetas 556000 Na 136 K 3.9 Cl 105 cr 0.24 BUN 6.6

**Análisis** : SOPORTES: no vasoactivos, no VM, no diálisis **PROBLEMAS**: - Anemia - Abdomen bloqueado - Abdomen abierto **ANÁLISIS**: Paciente con evolución estable, sin SIRS, sin requerimiento de vasoactivos, sin VM, sin dolor abdominal en el momento, con hemoglobina disminuida pero sin repercusión hemodinámica o signos externos de sangrados. Hace 10 días con inicio de ertapenem / ampicilina. Tiene reporte preliminar de candida y BGN en cavidad abdominal.

**Plan** : PLAN: Inicio de vía oral rica en pectina libre de lacteos, suspensión de antibioticos, retirar CVC y suspende TPN, vigilar producido por fistula, IC a infectología. Cirugía considera traslado a piso de cirugía **Registro Profesional** : 76-2865

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 27.05.2013 **Hora** : 19:00

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : INGRESO HOSPITALIZACION PCTE 25 AÑOS QUE INGresa EL 24/05/13 REMITIDA DE BUGA: EL DIA 23/04/13 LE REALIZARON COLELAP POR COLECISTITIS AGUDA. REINGRESO EL 27/04/13 POR PRESENCIA DE DOLOR ABDOMINAL, FIEBRE, REINTERVIENEN CON LAPAROTOMIA POR APENDICITIS MAS PERITONITIS. DEJAN CON ABDOMEN ABIERTO, REALIZAN MULTIPLES LAVADOS DE CAVIDAD. REALIZAN CIERRE DE CAVIDAD EL 06/05/13. RECONSULTA EL 18/05/13 POR FIEBRE, DIARREA Y DOLOR ABDOMINAL. REINTERVIENEN ENCONTRANDO PERITONITIS MAS FISTULAS EN ILEO EN 3 SEGMENTOS DE ALTO GASTO, DEJAN CON TERAPIA VACUM. REALIZAN 2 LAVADOS QX MAS EL 20 Y EL 23/05/13. AISLAN DE CAVIDAD ABDOMINAL EN CULTIVOS: KLEBSIELLA, E COLI BLEE POSITIVO Y ENTEROCOCCUS FAECALIS SENSIBLE A AMPICILINA POR LO QUE INICIARON MANEJO CON ERTAPENEM Y AMPICILINA. REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO ANTIBIOTICO IV, MANEJO DE FISTULA DE ILEO DE ALTO GASTO, TPN EN UCIN. EN UCIN CONTINUO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO IV, LO COMPLETO, LO SUSPENDIERON EL DIA DE HOY. FUE LLEVADA A NUEVO LAVADO QX EL DIA DE AYER. SE LE TOMARON CULTIVOS. LAS FISTULAS YA CON ESCASO PRODUCIDO, ORDENARON SUSPENDER TPN E INICIAR DIETA Y TRASLADAR A PISO. ANTECE: QX:LO DESCRITO MAS OTS FX FEMUR IZQUIERDO HACE 8 AÑOS.



## Historia Clínica General

G0P0. ALERGICO: PLASIL. HALLAZGOS QX: ABDOMEN ABIERTO, ASAS BLOQUEADAS EN UN 90%. SALIDA DE LIQUIDO INTESTINAL EN CAVIDAD PELVICA. COLECCION EN FONDO DE SACO DE DOUGLAS. 27/05/13 LEUCO:11960 N:78,4 L:12,3 HB:7,9 HTO:24,3 PLAQ:556000 BUN:6,6 CREAT:0,24 SODIO:136 POTASIO:3,94 CL:105. 26/05/13 CULTIVO COLECCION PELVICA: CANDIDA SP CRESTA ILIACA Y CAVIDAD ABDOMINAL: CANDIDA SP, E COLI EN ESCASA CANTIDAD. PENDIENTE TIPIFICACION Y ANTIBIOGRAMA. PCTE REFIERE QUE HOY HA PRESENTADO 2 EPISODIOS DE EMESIS.

**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL TA:115/85 FC:100 FR:18 OXIME:96%. MUCOSA ORAL HUMEDA. RSCSR SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN ESTA CUBIERTO CON FAJA, TIENE VACUM CON PRODUCIDO DE 150 CC EN 24 HORAS. SE OBSERVAN COMPRESAS IMPREGNADAS DE MATERIAL COLOR VERDE OSCURO. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

**Análisis** : PCTE ESTABLE. DX:-SEPSIS ABDOMINAL -POP LAPAROTOMIA: APENDICITIS MAS PERITONITIS (28/04/13) -FISTULA DE ILEO: 3 SEGMENTOS -POP INMEDIATO LAVADO QX 26/05/13 -POP LAVADOS QX:#6 -POP COLELAP 23/04/13 FISTULA CON MENOR PRODUCIDO, YA INICIO VIA ORAL, PERO HA ESTADO CON EMESIS #2. CONTINUA EN MANEJO CON TERAPIA VACUM Y POR CIRUGIA GENERAL.

**Plan** : IGUAL MANEJO INDICADO DESDE UCI, A CARGO DE PROFESIONAL IGUAL 556-02

**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 28.05.2013 **Hora** : 08:16

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA INTESTINAL REFIERE QUE NO HA PODIDO TOELRAR LA VO YA QUE EL OLOR DE LO QUE PRODUCE EL VACUM LE MOLESTA Y LA HACE VOMITAR

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUENDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON SISTEMA VACUM PACK QUE EN EL MOMENTO NO ESTA EN SUCCION SE OBSERVA LIQ IIQ ACUMULADO EN HERIDA EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS CONFISTULA INTESTINAL NO FUE POSIBLE CUANTIFICAR SU PRODUCIDO PPUESTO QUE SISTEMA DE VACUM NO ESTA FUNCIONANDO, SE LE INFORMA A MEDICO DE LA SALA Y JEFE DE ENFERMERIA QUE ES DE VITAL IMPORTANCIA MANTENER EN FUNCIONAMIENTO ESTE SISTEMA, DE LO CONTRARIO SE CORRE EL RIESGO DE ESFACELACION DE LA PIEL Y DE LA CANTIDAD DE PRODUCIDO DEPENDE LA CONDUCTA QUE SE TOME. SE DECIDE PASAR TURNO PARA REVISION DE CAVIDAD Y CAMBIO DE SISTEMA SEGUN HALLAZGOS.

**Plan** : SUSPENDER VO TURNO PARA CX - REVISION CARGO DE PROFESIONAL : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 28.05.2013 **Hora** : 14:44

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: FISTULA ENTEROCUTANEA. POP COLELAP. POP APENDICECTOMIA. PACIENTE REFIERE QUE LE PRODUCE NAUSEAS Y VOMITO LA COMIDA DE SAL.

**Objetivo** : TA 109/75 TAM 86 FC 109X' FR 18X' TEMPERATURA 36,7°C SO2 96% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. ABDOMEN FAJADO NO DOLOROSO, CON FISTULA ORIENTADA A DREN A SUCCION PRODUCE 230CC . EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : PACIENTE ESTABLE.

**Plan** : PENDIENTE TURNO PARA CIRUGIA HOY. **Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 29.05.2013 **Hora** : 07:33

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX DE FISTULA INTESTINAL - PO DE REVISION DE CAVIDAD Y COLOCACION DE VACUM PACK

**Objetivo** : PA 107/67 PAM 78 FC 108 FR 18 SO2 96 T 36.2 PIFR MUCOSA ROSADA Y HUENDA PULMONES BINE VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON SISTEMA VACUM PACK AHORA PRODUCE 300 CC DE LIQ INTESTINAL DIURESIS ESPONTANEA SNC ALERTA

**Análisis** : HB 7.6 PREVIA (MAYO 27) DE 7.9 ...LEUC 14000 N 81% PCR 152 HEMOCULTIVOS NEG DE INGRESO, PDTE CULTIVOS DE CAVIDAD, SIN EMBARGO NO HA TENIDO RTA INFLAMATORIA SISTEMICA POR LO QUE EN UCI SUSPENDIERON ATB, LLAMA LA ATENCION PRODUCIDO POR VACUM, SE ORDENA ELECTROLITOS Y VIGILANCIA Estricta DE DRENAJE A PARA DEFINIR VIA DE ALIMETNACION, POR AHORA SE AUTORIZA VO

**Plan** : SS ELECTROLITOS DIETA LIQUIDA ESPESA **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 29.05.2013 **Hora** : 11:16

**Tipo** : Evolución

## Historia Clínica General

**Subjetivo** : Pcte refiere sentirse muy bien. Refiere leve ardor en garganta luego de cirugía, secundario a intubación.  
**Objetivo** : > sin SIRS aparente, buen estado general. > ta: 115/68, fC: 84, fr: 18.-> Pupilas icóricas normoreactivas. > c/p: rítmico, no soplos. bien ventilados, no sba. > abd: depresible, vacuum pack drenando líquido en el momento 400 cc. no hay irritación peritoneal. > sn: no déficit motor ni sensitivo. > > > reporte electrolitos : FOSFORO EN SUERO 3.4 . SODIO EN SUERO. 135.00 . POTASIO EN SUERO. 3.45 . MAGNESIO EN SUERO. 2.00 .  
**Análisis** : Pcte con HC descrita de Colelap inicial complicación que la llevo a laparatomía x peritonitis + apendicectomía. se realiza cierre de cavidad el 6/05/13, pero el 18/05 reingresa con fiebre y nuevamente peritonitis por fístulas en íleo #3, se toman cultivos de secreción aislando e. coli, klebsiella, enterococco. Ha tenido buena evolución clínica con tolerancia a vía oral. Leve elevación de reactantes de fase aguda, se comentará a Infectología teniendo en cuenta antecedentes y resultados de cultivos. Fue llevada en la madrugada a lavado de cavidad, sin complicaciones. Electrolitos normales.  
**Plan** : Continuar hospitalización. Pdte valoración  
**Responsable** : PEÑA CASTRO, VALERY DE JESUS

**Fecha** : 29.05.2013 **Hora** : 21:13

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA VALORACION INFECTOLOGIA DR MARTINEZ USUARIO HABITUAL NO FUNCIONA SE REALIZA CON USUARIO DE MD HOSPITALARIO PACIENTE QUIEN ES CONOCIDA CON PRESENIA DE MICROORGANISMOS DOCUMENTADOS EN CAVIDAD ABDOMINAL, KLEBSIELLA, E COLI BLEE POSITIVO Y ENTEROCOCCUS FAECALIS RECIBIO MANEJO SEGUN CARDEX CON ERTAPENEM Y AMP SULBACATM DESDDE EL 25- SUSPENDIDA EL 26 TIENE TAMBIEN OTRO GERME EN CAVIDAD CANDIDA, SE INDICA ADEMAS DE LO ANTERIOR INICIO DE FLUCONAZOL 400 MG CADA 12 HORAS POR TRES DIAS LUEGO BAJAR A 200 CADA 12 HORAS, CONTR PARA LOGRAR CUBRIMIENTO DE TODOS LOS GERME IDENTIFICADOS ENTEROCOCO, KLEBSIELLA, E COLI, SE DECIDE INICIO DE TIGECICLINA 100MG INICIALES LUEGO EN TERCERA DOSIS BAJAR A 50 MG CADA 12 HORAS- CONTROL CON REACTANTES ELECTROLITOS ALBUMINA ,CREATININA.

**Objetivo** : .

**Análisis** : ..

**Plan** : .

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Registro Profesional** : PEND

**Fecha** : 30.05.2013 **Hora** : 07:49

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX FISTULA INTESTINAL REFIERE VOMTIO PERSISTENTE NIEGA FIEBRE

**Objetivo** : FC 80 PA 116/64 PAM 96 T 36.4 FR 18 SO2 98% PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUENDAS PUOLMONES BIEN VENTILAODS RS CS RITMICOS NO SOOPLOS ABD BLANDO CON VACUM PACK PRODUCIENDO 900 CC EN 24 HORAS DE LIQ INTESTINAL SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SISRS CON FISTULA INTESTINAL DE ALTO GASTO POR LO QUE SE DECIDE SUSPENDER VO, REINICIO DE TPN, SE DA ORDEN PARA TP TTP INR Y COLOCACION DE CVC, SE EXPLCIA A FAMILIARES, AHORA CON HIPOKALEMIA

**Plan** : COLOCACION DE CVC PARA TPN SS TP TTP INR SUSPENDER VO REVAL POR NUTRICION REPOSICION DE K DESPUES DE COLOCACION DE CVC ASI SS 450 CC + KATROL 50

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Registro Profesional** : PEND

**Fecha** : 30.05.2013 **Hora** : 12:18

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MD GENERAL PCTE CON DX FISTULA INTESTINAL TIGECICLINA FLUCONAZOL PARA CLINICOS DE

CONTROL LEUCO 10.5 N 77 LINF 11.9 MONO 8 HCTO 24 HGB 7.8 PL 729 000 PARA CLINICOS DE CONOTRL FOSFOR 3.4 SODIO 137 POTASIO 3.4 MG 2.0 ALBUMINA 2.3

**Objetivo** : FC 80 PA 116/64 PAM 96 T 36.4 FR 18 SO2 98% PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUENDAS PUOLMONES BIEN VENTILAODS RS CS RITMICOS NO SOOPLOS ABD BLANDO CON VACUM PACK PRODUCIENDO 900 CC EN 24 HORAS DE LIQ INTESTINAL SNC ALERTA

**Análisis** : PACIENTE QUEN SE LE INICIA NUTRICION PARENETERAL SE SUEPNDE VIA ORAL SE INICIA TIGECILCINA POR PARTE DE INFECOTOLOGIA Y LFUCONAZOL

**Plan** : CONMTINUAR EL MISMO TTO INDICACION

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Registro Profesional** : PEND

**Fecha** : 30.05.2013 **Hora** : 13:17

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGI GENERAL

**Objetivo** : RX DE TORAX POST CVC SE OBSERVA CVC EN AURICULA DERECHA NO NEUMOTORAX NI HEMOTORAX

**Análisis** : SE ORDENA VAL POR NUTRICION PARA INICIO DE TPN

**Plan** : TPN REPOSICION DE K ELECTROLITOS DE CONTROL

**Registro Profesional** : 194723-04A

## Historia Clínica General

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 30.05.2013 **Hora** : 21:32

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. PACIENTE REFIERE QUE DESDE QUE LLEGO DE CIRUGIA, DE SU IMPLANTE CVC, SIENTE DOLOR EN HEMITORAX IZQUIERDO PARTE POSTERIOR Y ESTA CON SENSACION DE DISNEA. TA 11/78 TAM 89 FC 102X' FR 20X' TEMPERATURA 37°C SO2 95% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. LUCE MUY PALIDA. HGB DE HOY 7,8 HABLO CON LA DRA. HORMIGA Y ORDENA RX TORAX DE CONTROL AHORA. CH Y ELECTROLITOS DE CONTROL PARA MAÑANA.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 30.05.2013 **Hora** : 23:04

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. RX TORAX OBSERVO UNA IMAGEN SUGESTIVA DE NEUMOTORAX DEL 20-25%, NO SE VE BIEN PORQUE LA PACIENTE COLABORA POCO PARA SENTARSE EN CAMA, ESTA SE TOMO EN RADIOLOGIA, PERO NO SE MOVILIZO DE LA CAMA. EL CATETER CENTRAL ESTA SITUADO HASTA NIVEL CERCANO A ANGULO CARDIODIAFRAGMATICO, PENDIENTE REPORTE OFICIAL DE RADIOLOGIA. HABLO CON E DR. BARJUN CIRUJANO DE TURNO Y DICE QUE AHORA BAJA A VALORAR PACIENTE.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 31.05.2013 **Hora** : 00:36

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. SE REVISAX TORAX CON EL DR. BARJUN, COINCIDE EN QUE HAY NEUMOTORAX Y ORDENA OXIGENO POR VENTURY AL 50%, MANEJO MEDICO CONSERVADOR Y VER RX DE TORAXEN 6 HORAS.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 31.05.2013 **Hora** : 01:00

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : se revisa cateter en rx de torax enconraqndo cateter en cavas inferior pero con pequeño neumotorax , se consdiera que se puede dar manejo conservados en cista del tiempo trascurrido entre la colocacion del cateter y la evolucion del neumotorax , se deja apra colloacion de fiosmayor o igual al 50% en espera de ver evolucion radiologica de el neumotorax

**Objetivo** : x

**Análisis** : x

**Plan** : 1 fio2 mayor del 50 2 terapia respiratoria 3 terapia fisica 4 valraocion por psiquiatria control radiografico siel neumotorax aumenta tramitar colocacion de pigtail por radiologia **Registro Profesional** : 27063201

**Responsable** : BARJUN PALOMINO, YAMIL

**Fecha** : 31.05.2013 **Hora** : 08:15

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CX GRAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX DE FISTULA INTESTINAL - ABD ABIERTO - NEUMOTORAX IZQDO POST CVC

**Objetivo** : PA PAM FC FR T SO2 PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS HIPOVENTILACION IZQDA RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD VACUM PACK 230 CC EN 12 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON DISNEA POR LO QUE SE PLANTEA DRENAJE DEL MISMO CON CATETER DE PEQ CALIBRE (PIGTAIL), ADEMAS SE PASA TURNO PARA REVISION DE CAVIDAD, CIERRE Y COLOCACION DE DREN PARA ORIENTAR FISTULA, LAB DE CONTROL Hb 6.9 Na 132 pcr 134 P 1.5 K 4.2 SE ORDENA REPOSICION DE FOSFORO, SUSPENDER REPOSICION DE K

**Plan** : RX DE TORAX AHORA COLOCAR PIGTAIL EN HEMITORAX IZQDO PARA DRENAR NEUMOTORAX TRANFUNDIR 2 U DE GR FOSFORO 10 CC + SSN 90 CC PASAR EN 6 HORAS... 3 **Registro Profesional** : 27063201

## Historia Clínica General

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 31.05.2013 **Hora** : 15:41

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MEDICO HOSPITALARIO SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL POP LAPAROTOMIA APENDICITS PERITONITIS (28/04) POP COLELAP (23/04) FISTULA ALTO GASTO POP CATETER VENOSO CENTRAL- NEUMO 10% VALORADO EN LA MAÑANA POR INFECTOLOGIA DR MARTINEZ PACIENTE CON SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL VARIOS GERMESES IDENTIFICADOS, EN EL MOMENTO CON MANEJO TIGECICLINA Y FLUCONAZOL , DEBE SER LLEVADA A LAVADOS PERIODICAMENTE EN ESPERA DE HEMOCULTIVOS, TIENE INSTAURADO TTO SE INDICA GASES ARTERIALES DE CONTROL PCR CH MAÑANA. PARACLINICOS CH LEUCOS 7.9 NEUTOR 74% LINF 11% HGB 6.9 PLAQUETAS 666000 FOSFORO 1.6 SODIO 132 POTASIO 3.73 MG 1.76 PACIENTE SE LE COLOCÓ PIG TAIL CON DRENAJE A PLEUREVAC , PACIENTE SE VALLOR POR CX TRATANTE DECIDE LLEVAR NEUVEAMENTE A CX POSIBLE FISTULA NO BILIAR.

**Objetivo** : SV FC 125 PA 96/57 PAM 68 FC 19 TEMP 36.6 MUCOSAS HUMEDAS CUELLO SIN PRESENCIA DE ALTERACIONES, CARDIOPULMONAR RSCRS SIN PRESENCIA DE ALTERACIONES MV SIN PRESENCIA DE DEFICIT ABDOMEN ABERTO CUBIERTO CON FAJA SALIDA DE MATERIAL CONTENIDO INTESTINAL CAFÉ, EXTREMIDADES NO EDEMA, NEUROLOGIO SIN DEFICIT

**Análisis** : PACIENTE SE LLEVO A CX , EN ESTE MOMENTO ESTA EN PROCEDIMIENTO, EN ESPERA DE LO ENCONTRADO POR EL MOMENTO EN MANEJO CON TIGECICLINA. SE RECOMIENDA POR PARTE DE CX TRASDUNDIR ANTES DE CX SE PASO UNA UNIDAD AQUI EN PISO, LA RESTANTE SE PASARÁ EN CX.

**Plan** : - REPOSICION DE FOSFORO SEGUN LO INDICADO POR MD TRATANTE - COTINUIR TIGECICLINA Y FLUCONAZOL - GASES ARTERIALES MAÑANA Y PCR, RX CONTROL PULMONES Y HEMOGRAMA

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 01.06.2013 **Hora** : 07:39

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CX GRAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX DE FISTULA INTESTINAL - ABD ABIERTO - NEUMOTORAX IZQDO POST CVC refiere leve dolor toracico y abdominal, no fiebre no vomito

**Objetivo** : PA 111/73 PAM 89 FC 93 SO2 96 T 35.5 PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUEMDAS PULMONES BIEN VENTILADOS PIGTAIL HEMITORAZ IZQDO PRODUCE 250 CC LIQ SEROHEMATICO EN 24 HORAS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO DRENANDO LIQ INTESTINAL POR HERIDA Y DREN ABDOMINAL EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS LAB DE CONTROL CH L 10230 N 62.4% HB 9.4 HCTO 28.9 PLAQ 557000 P 3.7 NA 133 K 4.28 CL 105 PCR 176, SE ORDENA SUSPENDER REPOSICION DE FOSFORO. Rx de torax con cvc bien posicionado pulmones bien expandidos. SS VAL POR TEO URGENTE PARA TAPONAMIENTO DE FISTULA INTESTINAL

**Plan** : VAL URGENTE POR TEO - TAPONAMIENTO DE FISTULA FAVOR SOLICITAR DIARIO ELECTROLITOS CH Y PCR SUSPENDER REPOSICION DE FOSFORO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 01.06.2013 **Hora** : 10:49

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MEDICO HOSPITALARIO SE REALIZA CTC DE BARRERA PARA COLOSTOMIA, Y BOLSA COLOSTOMIA, POLVO STOMAHESIVE Y PASTA STOMAHESIVE. ADEMAS DE NUTRICION ALITRAQ

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : PEND

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 01.06.2013 **Hora** : 14:32

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MEDICO HOSPITALARIO SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL POP LAPAROTOMIA APENDICITS PERITONITIS (28/04) POP COLELAP (23/04) FISTULA ALTO GASTO POP CATETER VENOSO CENTRAL- NEUMO 10% PARACLINICOS 31/05 CH LEUCOS 7.9 NEUTOR 74% LINF 11% HGB 6.9 PLAQUETAS 666000 FOSFORO 1.6 SODIO 132 POTASIO 3.73 MG 1.76 01/06 01/06 LEUCOS 10.23 N 62 LINF 21 M 8 HGB 9.4 HCTO 28 PL 557 FOSFORO 3.7 SODIO 133 POTASIO 4 CLORO 105 PCR 176 PREVIA 194 GASES ARTERIALES PH 7.4 OCRO 2 31 PCO2 68 HCTO 19 PAFI 335. TTO TIGECICLINA / FLUCONAZOL PACIENTE FUE LLEVADA EL DIA ANTERIOR A CX CIERRAN PARCIALMENTE ORIENTAN FISTULA , HOY SE CURA POR ENFERMERA JEFE ORIENTA FISTULA AL MOMENTO HA PRODUCIDO 300 CC YA SE ORIENTO

**Objetivo** : SV FC 93 PA 111/73 PAM 89 FR19 TEMP 36.6 MUCOSAS HUMEDAS CUELLO SIN PRESENCIA DE ALTERACIONES, CARDIOPULMONAR RSCRS SIN PRESENCIA DE ALTERACIONES MV SIN PRESENCIA DE DEFICIT ABDOMEN ABERTO CUBIERTO CON FAJA SALIDA DE MATERIAL CONTENIDO INTESTINAL CAFÉ, EXTREMIDADES NO EDEMA, NEUROLOGIO SIN DEFICIT

## Historia Clínica General

**Análisis** : PACIENTE EN EL MOMENTO EN MEJORES CONDICIONES CON ACIDOSIS QUE MEJORA CON LEUCOS QUE MEJORAN CON PCR QUE MEJORA, SE REVISA RX MEJORA LA PLACA NO HAY NEUMOTORAX.

**Plan** : IGUAL TTO INDICADO MAÑANA ELECTROGRAMA DE CONTROL HEMOGRAMA

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 02.06.2013 **Hora** : 11:11

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX DE FISTULA INTESTINAL REFIERE MEJORIA CLINICA NO FIEBRE, LEVE DOLOR PERILESIONAL A LAS HERIDAS

**Objetivo** : PA 117/89 PAM 100 FC 97 FR 17 SO2 97 T 36.5 PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS TORAX CON DREN QUE PRODUCE 250 CC LIQ SEROHEMATICO CLARO PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD HERIDA ORIENTADA CON GALLETA DE COLOSTOMIA DRENANDO LIQ INTESTINAL AHORA 300 CC EN 6 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON TPN, SE ORDENA LAB DE CONTROL DE HOY PARA VETRIFICAR ELECTROLITOS

**Plan** : ELECTROLITOS AHORA CONTINUAR IGUAL **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 02.06.2013 **Hora** : 13:07

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : PSIQUIATRA DIANA GOMEZ PAICNEET CON CUADRO DEPRESIVO, ANSIOSO, REACTIVO A SITUACION ACTUAL POR SUS PATOLOGIAS QUIRURGICAS. ANHEDONICA DESESPERANZA ANSIOSA RUMIADOTRA

**Objetivo** : DEPRIMIDA ANSIOSA LAOCNICA IDEAS DEMINUSVALIA Y DESESPERANZA NO PSICOSIS SENSORIO CLARO

**Análisis** : ESCITALOPRAN 10 MG 8AM CLONAZEPAN 2 GOTAS CD112 HRAS SE, MIRRAA EVOLUCION SE INICIA ESCITALOPRAN PARA AMNEO DE CUADRO DEPRESIVO ANSIOSA, REQUIERE RESPUESTA RAPIDA, LOS POS LE IRRITAN MAS EL ESTOMAGO Y HAY QUE EVITAR MAS SINTOMATOLOGIA.

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765420

**Responsable** : GOMEZ CUENCA, DIANA

**Fecha** : 02.06.2013 **Hora** : 14:44

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : IDX: 1. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL 2. POP LAPAROTOMIA APENDICITS PERITONITIS (28/04) POP COLELAP (23/04) 3. FISTULA ALTO GASTO 4. POP CATETER VENOSO CENTRAL- NEUMO 10% REFIERE CONTINUAR CON DOLOR EN HEMITORAX IZQUIERDO, CON UNICO EPISODIO DE EMESIS EN LA NOCHE DE AYER, CON DEPOSICIONES NORMALES

**Objetivo** : PACIENTE NORMOCEFALO, PINRAL CON MUCOSAS ROSADAS, HIDRATADAS SV: TA: 117/89, FC: 97, FR: 17, T: 36.5, SAT: 97% SIN SOPORTE DE OXIGENO CARDIOPULMONAR: RSCSRs, NO SOPLOS, MV POSITIVOS, NO SOBREGREGADOS, CON TORACOSTOMIA IZQUIERDA CON PRODUCIDO DE 120CC, CATETER PARA TPN SIN SIGNOS DE INFECCION ABDOMEN: BLANDO/DEPRESIBLE, CON HERIDAS QUIRURGICAS CUBIERTAS, CON FISTULA DE ALTO GASTO CANALIZADA CON DOS SONDAS Y PROTEGIENDO PIEL VECINA CON GALLETA DE COLOSTOMIA CADA PRODUCIDO ENTRE LAS DOS EN LA MAÑANA DE 300CC EXTREMIDADES: EUTROFICOS, PULSOS POSITIVOS, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA

**Análisis** : PACIENTE CON LABILIDAD EMOCIONAL, FASCIAS DEPRESIVAS, CON ELECTROLITOS DE CONTROL DE LA MAÑANA DE HOY: FOSFORO DE 3.2, SODIO: 133, POTASIO: 3.97, CLORO: 101.0, CON INDICACION DE IGUAL MANEJO MEDICO POR PARTE DE CX GENERAL DRA HORMIGA; FUE VALORADA POR PSIQUIATRIA QUIEN INDICA INICIO DE ESCITALOPRAM

**Plan** : INICIAR ESCITALOPRAM HEMOGRAMA DE CONTROL PERDIDAS

**Responsable** : AYALA VARELA, JULIANA

**Fecha** : 02.06.2013 **Hora** : 18:43

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : SE ATIENDE LLAMADO DE ENFERMERIA POR QUE EL PACIENTE REFIERE HABER PRESENTADO TRES EPISODIOS DE EMESIS DE CARACTERISTICAS BILIOSAS

**Objetivo** : PACIENTE NORMOCEFALO, PINRAL CON MUCOSAS ROSADAS, HIDRATADAS SV: TA: 112/82, FC: 95, FR: 20, T: 36.0, SAT: 98% SIN SOPORTE DE OXIGENO CARDIOPULMONAR: RSCSRs, NO SOPLOS, MV POSITIVOS, NO SOBREGREGADOS, CON TORACOSTOMIA IZQUIERDA ABDOMEN: BLANDO/DEPRESIBLE, NO DOLOR, NO MASAS, NI MEGALIAS, CON PERISTALTISMO POSITIVOS, CON ABDOMEN CON LEVE DOLOR PERILESIONAL, SIN SIGNOS DE ABDOMEN AGUDO EXTREMIDADES: EUTROFICOS, PULSOS POSITIVOS, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA

**Análisis** : PACIENTE QUE PRESENTA ALERGIA AL PLASIL, CON AUSENCIA DE DEPOSICIONES HACE 5 DIAS, SE INDICA DEJAR CON BISACODILO 1 TAB EN LA NOCHE CON ADMINISTRACION DE ONDASETRON 1AMP CADA 8 HORAS SI EMESIS

**Plan** : BISACODILO EN LA NOCHE 1 TAB ONDASETRON 1AMP CADA 8 HORAS SI EMESIS

## Historia Clínica General

**Responsable** : AYALA VARELA, JULIANA

**Fecha** : 03.06.2013 **Hora** : 11:59

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : Qx Gral: Pacte con dx anotados. Hoy se encuentra un poco mejor anímicamente. Colabora. Permanece afebril.

Recibe soporte con NET a 10 cc/h con Alitraq y TPN. Continúa con producción alta por el laparostoma y por el dren abdominal que trata de orientar la fistula. Ayer tuvo vomito que amerita uso de ondansetron.

**Objetivo** : Estable, tranquila. Luce un poco deprimida. Afebril. Sx vitales normales Ojos, ORL:(-) C/P:(-) El pigtail en torax drena escaso material seroso. Los controles radiológicos han mostrado reexpansión pulmonar. Abd: blando con dolor leve en los flancos. La galleta de ostomía en línea media orienta bien el drenaje de líquido intestinal. El dren en flanco izquierdo se encuentra permeable y también drena líquido intestinal.

**Análisis** : Entre la producción por la galleta y por el dren juntos suman más de 1000 cc/día => se debe disminuir al mínimo el estímulo enteral. Se está orientando adecuadamente lo que produce la fistula. Los electrolitos se encuentran bien.

**Plan** : Se suspende NET. Resto igual.

**Registro Profesional** : 397992

**Responsable** : NIÑO ANDRADE, FREUD

**Fecha** : 03.06.2013 **Hora** : 12:51

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : IDX: 1. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL 2. POP LAPAROTOMIA APENDICITIS PERITONITIS (28/04) POP COLELAP (23/04) 3. FISTULA ALTO GASTO 4. POP CATETER VENOSO CENTRAL- NEUMO 10%

**Objetivo** : PACIENTE NORMOCEFALO, PINRAL CON MUCOSAS ROSADAS, HIDRATADAS SV: TA: 122/93, FC: 88, FR: 18, T: 36.0, SAT: 94% SIN SOPORTE DE OXIGENO CARDIOPULMONAR: RSCSRs, NO SOPLOS, MV POSITIVOS, NO SOBREGREGADOS, CON PICTEIL EN HEMITORAX IZQUIERDO CONECTADO A SUCCION SIN PRODUCIDO ABDOMEN: BLANDO/DEPRESIBLE, CON HERIDAS QUIRURGICAS CUBIERTAS, CON FISTULA CANALIZADA DERECHA POR GALLETA DE COLOSTOMIA CON PRODUCIDO DE 100CC EN LA MAÑANA Y EN EL LADO IZQUIERDO 300CC EXTREMIDADES: EUTROFICOS, PULSOS POSITIVOS, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA

**Análisis** : PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON MARCADO PRODUCIDO POR FISTULAS, VALORADA POR EL DR NIÑO QUIEN INDICA SUSPENDER NET, CONTROL DIARIO DE ELECTROLITOS

**Plan** : MAÑANA CONTROL DE ELECTROLITOS SUSPENDER NET

**Registro Profesional** : 761504

**Responsable** : AYALA VARELA, JULIANA

**Fecha** : 03.06.2013 **Hora** : 13:18

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : PSIQUIATRA DIANA GOMEZ PAICNEET CON CUADRO DEPRESIVO, ANSIOSO, REACTIVO A SITUACION ACTUAL POR SUS PATOLOGIAS QUIRURGICAS. ANHEDONICA DESESPERAZADA ANSIOSA RUMIADOTRA FOBICA PREGUNTA TODO, S ELE EXOPLICA LO QUE PREGUNTA SE VE MUY TEMEROSA

**Objetivo** : DEPRIMIDA ANSIOSA LAOCNICA IDEAS DEMINUSVALIA Y DESESPERANZA NO PSICOSIS SENSORIO CLARO

**Análisis** : INIOC TRAZODOLEN 50 MG NOCHE RERFIERE INSOMNIO, ES FUNDAMENTAL QUE DUERMA PARA BAJAR ANIEDAD

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765420

**Responsable** : GOMEZ CUENCA, DIANA

**Fecha** : 03.06.2013 **Hora** : 20:31

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA REVISTA DE INFECTOLOGIA. SE VALORA PACIENTE CON EL DR. MARTINEZ INFECTOLOGO. SE PEGA NOTA DE WORD: "JUNIO 3 # INFECTOLOGÍA: PCTE EN 5º DÍA DE TTO DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL CON FLORA POLIMICROBIANA CUBIERTA CON TIGECICLINA Y FLUCONAZOL, AFEBRIL, TAQUICÁRDICA, CON TAS LÍMITROFES, CON ABDOMEN ABIERTO Y SALIDA DE MATERIAL INTESTINAL. REQUIERE NUEVA VALORACIÓN POR CIRUGÍA Y POSIBLE REVISIÓN QUIRÚRGICA. SE CONTINÚA CON IGUAL MANEJO POR AHORA. TOMAR CULTIVOS SI ES LLEVADA NUEVAMENTE A REVISIÓN."

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 04.06.2013 **Hora** : 11:22

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : PSIQUIATRA DIANA GOMEZ PAICNEET CON CUADRO DEPRESIVO, ANSIOSO, REACTIVO A SITUACION ACTUAL POR SUS PATOLOGIAS QUIRURGICAS. ANHEDONICA DESESPERAZADA MENOS ANSIOSA MENOS RUMIADOTRA MENOS

## Historia Clínica General

FOBICA PREGUNTA TODO, S ELE EXOPLICA LO QUE PREGUNTA SE VE MUY TEMEROSA EMBOTAMIENTOS FARMACOLOGICOS

**Objetivo** : DEPRIMIDA ANSIOSA LAOCNICA IDEAS DEMINUSVALIA Y DESESPERANZA NO PSICOSIS SENSORIO CLARO  
**Análisis** : REFIERE INSOMNIO, ES FUNDAMENTAL QUE DUERMA PARA BAJAR ANSIEDAD. REFIERE MEJORA EDE  
CUADRO ANSIOSO, MEMORIA TRISTE, MAS CONTENIDA, SE VE MAS EFECTO DE ESCITALOPRAM  
**Plan** : IGUAL **Registro Profesional** : 765420  
**Responsable** : GOMEZ CUENCA, DIANA

**Fecha** : 04.06.2013 **Hora** : 11:54

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : IDX: 1. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL 2. POP LAPAROTOMIA APENDICITIS PERITONITIS (28/04) POP  
COLELAP (23/04) 3. FISTULA ALTO GASTO 4. POP CATETER VENOSO CENTRAL- NEUMO 10%

**Objetivo** : PACIENTE NORMOCEFALO, PINRAL CON MUCOSAS ROSADAS, HIDRATADAS SV:TA: 131/87, FC: 84, FR: 18,  
T: 36.0, SAT: 96% SIN SOPORTE DE OXIGENO CARDIOPULMONAR: RSCSRs, NO SOPLOS, MV POSITIVOS, NO SOBREGREGADOS,  
CON PICTEL EN HEMITORAX IZQUIERDO CONECTADO A SUCCION CON PRODUCIDO DE 20CC EN LO TRANSCURRIDO DE LA MAÑANA  
ABDOMEN: BLANDO/DEPRESIBLE, CON HERIDAS QUIRURGICAS CUBIERTAS, CON FISTULA CANALIZADA DERECHA POR GALLETA DE  
COLOSTOMIA CON PRODUCIDO DE 100CC EN LA MAÑANA Y EN EL LADO IZQUIERDO 100 CC DE MATERIAL FECALOIDE  
EXTREMIDADES: EUTROFICOS, PULSOS POSITIVOS, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADO EN  
TIEMPO, LUGAR Y PERSONA

**Análisis** : PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON MODERADO DOLOR A NIVEL DE HEMITORAX IZQUIERDO,  
CON PRODUCIDO CON SODIO: 132, CL: 101, POTASIO: 3.2; CON DISMINUCION DE PRODUCIDO POR FISTULAS INTESTINALES CON  
RETIRO DE NET, SE DECIDE INICIO DE REPOSICION DE POTASIO

**Plan** : GLUCONATO DE POTASIO 10CC CADA 8 HORAS CONTROL MAÑANA PDE FOSFORO Y POTASIO PENDIENTE  
CURACION EN LA TARDE POR TERAPIA ENTEROSTOMAL, SE REALIZAN CTC PARA BARRERA LISA, PASTA STOMAGESIVA, POLVO  
STOMAGESIVE, BARRERA PARA COLOSTOMIA, BOLSA DE COLOSTOMIA PARA REALIZAR CANALIZACION DE FISTULAS Y PROTEGER  
DE MANERA INDIRECTA LA PIEL CERCANA **Registro Profesional** : 761504

**Responsable** : AYALA VARELA, JULIANA

**Fecha** : 04.06.2013 **Hora** : 19:09

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA INTESTINAL - NEUMOTORAX IZQDO POSTCVC EN EL  
MONITORIO SIN DISNEA SIN DOLOR ABDOMINAL NI VOMITO

**Objetivo** : PA 119/89 PAM 102 FC 89 FR 18 SO2 97 T 35.8 PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUENDAS TORAX SIMETRICO  
PIGTAIL SIN PRODUCIDO PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON DISPOSITIVO DE  
COLOSTOMIA ORIENTANDO FISTULA PRODUCE LIQ INTESTINAL +/- 100 CC EN 12 HORAS Y DREN ABDOMINAL LIQ INTESTINAL 100  
CC EN 12 HORAS DIURESIS ESPONTANEA SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION FAVORABLE EN TTO ATB CON TIGECICLINA  
Y TTO ANTIMICOTICO CON FLUCONAZOL AHORA EN REPOSICION CENTRAL DE K POR HIPOKALEMIA DE 3.2. HOY JEFE MARTA DE  
TEO REALIZO CURACION, SE REVISARA EN CONJUNTO EN DOS DIAS PARA PLANEAR CIERRE Y ORIENTACION DE FISTULA. SE RETIRA  
PIGTAIL DE HEMITORAX IZQDO SIN COMPLICACIONES, SE HABLA CON MADRE Y PCTE SOBRE SU BUENA EVOLUCION

**Plan** : SS ELECTROLITOS DE CONTROL MAÑANA **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 05.06.2013 **Hora** : 06:23

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA INTESTINAL - SEPSIS ABDOMINAL

**Objetivo** : PA 136/81 PAM 100 FC 88 SO2 97% T 36.7 PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUENDAS ANICTERICA PULMONES  
BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON FISTULAS DRENANDO LIQ INTESTINAL 780 CC EN 12 HORAS EXT  
SIN EDEMAS SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS SIN DISNEA CONTINUA ALTO PRODUCIDO POR FISTULAS  
INTESTINALES, PDTE RTDO DE ELECTROLITOS DE HOY, POR AHORA CONTINUA EN REPOSICION.

**Plan** : NVO NO NET TPN IGUAL REPONER 100% DE LO ELIMINADO POR FISTULAS CON HARTMAN CADA 4 HORAS  
PDTE RTDO DE ELECTROLITOS TERAPIA FISICA Y RESPIRATORIA **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 05.06.2013 **Hora** : 08:22

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : PSIQUIATRA DIANA GOMEZ HA ESTADO MAS TRANQUILA DUERME TOLERA MAS LA ESTANCIA  
HOSPITALARIA MENOS DEPRIMIDA SE OBSERVA EMBOTADA POR MEDICACION

**Objetivo** : MENOS DEPRIMIDA MENOS ANSIOSA LAOCNICA IDEAS DEMINUSVALIA Y DESESPERANZA NO PSICOSIS



## Historia Clínica General

### SENSORIO CLARO

**Análisis** : SE SUSPENDE TRAZODONE Y CLONAZEPAN DEL DIA SE MIA RARA EVOLUCION MAS TARNQUILA , DUERME , SE NECESITA MAS DESPEIRTA PARA QUE HAGA TERAPIA .

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765420

**Responsable** : GOMEZ CUENCA, DIANA

**Fecha** : 05.06.2013 **Hora** : 12:59

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : IDX: 1.SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL 2.POP LAPAROTOMIA APENDICITS PERITONITIS (28/04) POP COLELAP (23/04) 3.FISTULA ALTO GASTO 4.POP CATETER VENOSO CENTRAL- NEUMO 10% REFIERE SOLO UNICO EPISODIO DE EMESIS, CON MENOR DOLOR ABDOMINAL Y EN HEMITORAX IZQUIERDO

**Objetivo** : PACIENTE NORMOCEFALO, PINRAL CON MUCOSAS ROSADAS, HIDRATADAS SV:TA:132/96, FC: 86, FR: 21, T: 36.1, SAT: 98% SIN SOPORTE DE OXIGENO CARDIOPULMONAR: RSCRS, NO SOPLOS, MV POSITIVOS, NO SOBREGREGADOS, CON MODERADA MOVILIZACION DE SECRECIONES ABDOMEN: BLANDO/DEPRESIBLE, CON HERIDAS QUIRURGICAS CUBIERTAS, CON FISTULA CANALIZADA DERECHA POR GALLETA DE COLOSTOMIA CON PRODUCIDO DE 50CC Y CARACTERISTICAS FECALOIDES Y EN LADO IZQUIERDO 240CC EXTREMIDADES: EUTROFICOS, PULSOS POSITIVOS, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA

**Análisis** : PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON PARACLINICOS DE CONTROL: HEMOGRAMA: LEUCOS: 11.640, NEUTROFILOS: 61.9, LINFOCITOS: 20.4, PLT: 513.000, HB: 10.7, HTO: 32.5, FOSFORO: 3.4, SODIO: 130, POTASIO: 4.70, MAGNESIO: 2.3. PCR: 28.1, FUE VALORADO POR INFECTOLOGIA QUIEN INDICA COMPLETAR 2 SEMANAS CON FLUCONAZOL Y 8 DIAS CON TIGECICLINA

**Plan** : REPONER EL 100% DE LO ELIMINADO POR FISTULAS INTESTINALES ELECTROLITOS DIARIOS SUSPENDER REPOSICION DE POTASIO COMPLETAR 2 SEMANAS CON FLUCONAZOL Y 8 DIAS CON TIGECICLINA

**Registro Profesional** : 765420

**Responsable** : AYALA VARELA, JULIANA

**Fecha** : 05.06.2013 **Hora** : 17:26

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : SE INGRESA A HISTORIA CLINICA PARA CORRECCION DE CTC DE PASTA Y POLVO STOMAGESIVE EN EL DE MEDICAMENTOS; ANTERIORMENTE REALIZADO EN EL DE INSUMOS

**Objetivo** : SE INGRESA A HISTORIA CLINICA PARA CORRECCION DE CTC DE PASTA Y POLVO STOMAGESIVE EN EL DE MEDICAMENTOS; ANTERIORMENTE REALIZADO EN EL DE INSUMOS

**Análisis** : SE INGRESA A HISTORIA CLINICA PARA CORRECCION DE CTC DE PASTA Y POLVO STOMAGESIVE EN EL DE MEDICAMENTOS; ANTERIORMENTE REALIZADO EN EL DE INSUMOS

**Plan** : SE INGRESA A HISTORIA CLINICA PARA CORRECCION DE CTC DE PASTA Y POLVO STOMAGESIVE EN EL DE MEDICAMENTOS; ANTERIORMENTE REALIZADO EN EL DE INSUMOS

**Registro Profesional** : 761504

**Responsable** : AYALA VARELA, JULIANA

**Fecha** : 06.06.2013 **Hora** : 09:21

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : PSIQUIATRA DIANA GOMEZ HA ESTADO MAS TRANQUILA DUERME TOLERA MAS LA ESTANCIA HOSPITALARIA MENOS DEPRIMIDA SIN EMBOTAMIENTO MENOS ANSIOSA MEJORIA CONDUCTUAL Y AFECTIVA

**Objetivo** : MENOS DEPRIMIDA FONDO ANSIOSO LACONICA, AUNQUE VERBALIZA UN POCO MAS IDEAS DEMINUSVALIA Y DESESPERANZA NO PSICOSIS SENSORIO CLARO

**Análisis** : REFIEREBQUE SE SIENTE MEJOR, MENOS ANSIOSA, MENOS TRISTE, QUE ES CONFRONTADORA LA SITUACION QUE TIENE PERO QUE HA LOGRADO TOLERAR EL TRTAMIENTO, PAREC QUE EL ESCITALOPARAN ESTA LOGRANDO TENER EFECTO ANSIOLITICO, ANTIDEPRESIVO, NECESITA ACOMPAÑEMINTO PERMANANTE, PSICLOGIA QUE LE PUEDA ESCUCHAR, QUE PEUDA HAXER CATARSIS, SIEMPRE SINETE CULPA POR SU ESTADO LO QUE LE GENERA ANSIEDAD. .

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765420

**Responsable** : GOMEZ CUENCA, DIANA

**Fecha** : 06.06.2013 **Hora** : 12:55

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : REALIZO CTC POR 1 MES DE BARRERA Y BOLSA 70 DE COLOSTOMIA

**Análisis** : -

**Registro Profesional** : 86-0064

**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

**Fecha** : 06.06.2013 **Hora** : 14:14

**Tipo** : Evolución

## Historia Clínica General

**Subjetivo** : IDX: 1. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL 2. POP LAPAROTOMIA APENDICITIS PERITONITIS (28/04) POP COLELAP (23/04) 3. FISTULA ALTO GASTRO 4. POP CATETER VENOSO CENTRAL- NEUMO 10% POTASIO 3.3 FSOFORO 2.6 SODIO 137 ESTABLE

**Objetivo** : PACIENTE EN CAMA, TRANQUILA, HIDRATADA SV:TA:120/90, FC: 87, FR: 21, T: 36.1, SAT: 97% SIN SOPORTE DE OXIGENO CETETER PARA TPN IZDO SIN SIGNOS DE INFECCIÓN CARDIOPULMONAR: RSCSRs, NO SOPLOS, MV POSITIVOS, NO SOBREGREGADOS, CON MODERADA MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES ABDOMEN: BLANDO/DEPRESIBLE, CON HERIDAS QUIRURGICAS CUBIERTAS, CON FISTULA CANALIZADA DERECHA POR GALLETA DE COLOSTOMIA CON PRODUCIDO DE 530 EN 12 HRS Y EN LADO IZQUIERDO 1120 EN 12 HRS, FACALOIDES EXTREMIDADES: EUTROFICOS, PULSOS POSITIVOS, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA

**Análisis** : ESTABLE, INICIO REPOSICION 10 CC DE FOSFATO POTASICO DILUIDO EN 100 CC DE SSN Y PASAR EN 6 HRS.

**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

**Fecha** : 06.06.2013 **Hora** : 14:47

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX FISTULA INTESTINAL - SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL REFIERE DOLOR ALREDEDOR DE HERIDA QCA NO FIEBRE

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL ANICTERICA MUCOSAS ROSADAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS BD BLANDO CON HERIDA LA CUAL SE DESTAPA CON JEFE DE TEO SE RETIRA VIAFLEX SE IRIRGA HERIDA Y SE OBSERVA BLOQUEO DE ASAS DELGADAS DE 100% SIN EVIDENCIA DE SITIO DE FILTRACION, EL LIQUIDO INTESTINAL ESTA ORIENTADO POR DREN HAY TEJ DE GRANULACION ROSADO NO COLECCIONES SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE CON EVOLUCION HACIA LA MEJORIA, LAB DE CONTROL NA 134 K 3.3 P2.6 CL 108 MG 2, SE CUANTIFICA PRODUCIDO DE FISTULA EN 24 HORAS DE 1050 CC DE LIQ INTESTINAL, SE CONTINU CON TPN Y REPOSICION DE LO ELIMINADO SE ORDENA REPOSICION DE FOSFORO POR CVC

**Plan** : SS 90 CC + 10 CC DE FOSFATO POTASICO DILUIDO EN 100 CC DE SSN Y PASAR EN 6 HRS.

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 07.06.2013 **Hora** : 09:01

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX FISTULA INTESTINAL - SEPSIS ABDOMINAL

**Objetivo** : FC 78 AFEBRIL FR 18 PIRF MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON FISTULA QUE PRODUCE LIQ INTESTINAL 1250 CC EN 24 HORAS DIURESIS ESPONTANEA SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS ELECTROLITOS DE CONTROL K 3.61 PCR 12.7, SE ORDENA CONTINUAR TTP IGUAL, CAMBIAR CURACION PORQUE ESTA FILTRANDO POR LA GALLETA, CONTINUAR TPN

**Plan** : TPN IGUAL REPOSICION DE LO ELIMINADO CON HARTMAN ELECTROLITOS CON FOSFORO DE CONTROL MAÑANA

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 07.06.2013 **Hora** : 17:48

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: FISTULA ENTEROCUTANEA. POP COLELAP. POP APENDICECTOMIA. PACIENTE DICE ESTAR MEJOR

**Objetivo** : TA 128/94 TAM 111 FC 91X' FR 18X' TEMPERATURA 36,3°C SO2 97% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. ABDOMEN FAJADO NO DOLOROSO. DREN IZQUIERDO PRODUCE 450CC Y EL DREN DERECHO 50 CC . EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + / + + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : PACIENTE ESTABLE.

**Plan** : ELECTROLITOS CON FOSFORO DE CONTROL MAÑANA

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 07.06.2013 **Hora** : 19:07

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : PSIQUIATRA DIANA GOMEZ HA ESTADO MAS TRANQUILA, ESTA SENTADA, SE QUEJJA UN POCO , PERO HA MEJORADO LA TOLERANCIA. DUERME MEJOR. ACOMPAÑANDA DE LA MAMA, AVECES TIENE PICOS DE ANGUSTIA. MENOS DEPRIMIDA SIN EMBOTAMIENTO MENOS ANSIOSA MEJORIA CONDUCTUAL Y AFECTIVA

**Objetivo** : MENOS DEPRIMIDA FONDO ANSIOSO MOVIMIENTOS ADAPTATIVOS. VERBALIZA MAS IDEAS DEMINUSVALIA Y DESESPERANZA, NO PSICOSIS SENSORIO CLARO

**Análisis** : MAS TRANQUILA, ESTA CON LA MAMA, LO QUE LE AYUDA A NO CAVILAR TANTO, EN COASIONES PICOS DE ANSIEDAD PERO HASTA AHORA NO VEO NECESIDAD DE SUBIR DOSIS SE DEJJA IGUAL REFIERE QUE SE SIENTE MEJOR, MENOS ANSIOSA, MENOS TRISTE, QUE ES CONFRONTADORA LA SITUACION QUE TIENE PERO QUE HA LOGRADO TOLERAR EL TRATAMIENTO,

## Historia Clínica General

PAREC QUE EL ESCITALOPARAN ESTA LOGRANDO TENER EFECTO ANSIOLITICO, ANTIDEPRESIVO, NECESITA ACOMPAÑEMINTO PERMANANTE, PSICOLOGIA QUE LE PUEDA ESCUCHAR, QUE PEUDA HAXER CATARSIS, SIEMPRE SINETE CULPA POR SU ESTADO LO QUE LE GENERA ANSIEDAD. .

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765420

**Responsable** : GOMEZ CUENCA, DIANA

**Fecha** : 08.06.2013 **Hora** : 05:56

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : REVISTA INFECTOLOGIA JUNIO 7 # INFECTOLOGÍA: Pacte con buena evolución con 9 días de tto antibiótico, tiempo ya suficiente y con metas ya cumplidas. Recomendando suspender antibióticos y continuar bajo observación.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 1556-02

**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 08.06.2013 **Hora** : 12:16

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX FISTULA INTESTINAL REFEIRE BUENA EVOLUCION CLINICA LEVE DOLOR PERILESIONAL

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUEMDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON FISTULA QUE PRODUCE 1050 CC EN 24 HORAS HERIDA CUBIERTA CON GALLETA DE COLOSTOMIA SNC ALERTA NO DEFCIIT

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CONTINUA FISTULA INTESTINAL DE ALTO GASTO POR LO QEU SE DECIDE REINICIAR OCTEOTRIDE BUSCANDO DISMINUIR SU PRODUCCION Y PROCURAR CICATRIZACION DE LA MISMA, LAB DE HOY CL 102 K 3.44 NA 137 P 3.7 BUN 12.1

**Plan** : OCTEOTRIDE 0.1 MG SC CADA 12 HORAS RETIRAR SNY REPOSICION DE K SSN 450 CC + KATROL 50 CC PASAR A 30 CC HORA POR CVC ELECTROLITOS DIARIOS

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 08.06.2013 **Hora** : 14:52

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: FISTULA ENTEROCUTANEA. POP COLELAP. POP APENDICECTOMIA. DE LA NOCHA AL DIA DE HOY PRODUCE 1100CC ELECTROLITOS DEL DIA SODIO 136 FOSFORO 3.7 POTAISSO 3.4 CLORO 102.

**Objetivo** : TA 128/94 TAM 111 FC 91X'FR 18X' TEMPERATURA 36,3°C SO2 97% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. ABDOMEN FAJADO NO DOLOROSO. CISTOFLO CON ABUNDANTE MATERIAL PRODUCIDO DE FUSTULÑASEXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + / + + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : PACIENTE ESTABLE AUMENTO DE PRODUCIDO, SE INICIA OCTEOTRIDE. ADEMAS, SE INDICA RETIRO DE SONTA.

**Plan** : RETIRO DE ATBS. RETIRO DE SONTA INICIO DE OCTEOTRIDE 0.1 MG CADA DIA SUBCUT. ELECTROLITOS DIARIO

**Registro Profesional** : PEND

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 08.06.2013 **Hora** : 14:58

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : SE HACE CTC DE OCTEOTRIDE.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : PEND

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 08.06.2013 **Hora** : 17:12

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : PSIQUIATRA DIANA GOMEZ HA ESTADO MAS TRANQUILA, ESTA SENTADA, SE QUEUJA UN POCO , PERO HA MEJORADO LA TOLERANCIA. DUERME MEJOR. MENOS ANSIOSA, VERBALIZA MAS, DICE QUE SIENTE QUE TOLERA MAS SENTADA Y S EPARA, QUE HA LOGRADO ESTAR MENOS ANSIOSA Y ESO HACE QUE PEUDA TIOLERAR EL TRATAMEINTO

**Objetivo** : MENOS DEPRIMIDA FONDO ANSIOSO VERBALIZA MAS IDEAS DEMINUSVALIA Y DESESPERNZA, NO PSICOSIS SENSORIO CLARO

## Historia Clínica General

**Análisis** : MEJORA EN ANSIEDAD ,S E DEPRIME COMO REACTIVIDAD POR SU ESTADO ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE SI TUVIERA ANSIEDAD DAR CLONAZEPAN 4 GOTAS. DUERME .

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765420

**Responsable** : GOMEZ CUENCA, DIANA

**Fecha** : 08.06.2013 **Hora** : 20:45

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. SE INTENTA RETIRO DE SNY, PERO HAY RESISTENCIA DE LA MISMA A SALIR Y SI SE LE SUEL HACE RETORNO DE POCOS CENTIMETROS, SI SDE INSISTE CON UN POCO DE FUERZA, LA PACIENTE SE QUEJA DE DOLOR EN EL PECHO. SE SUSPENDE PROCEDIMIENTO Y SE ORDENA RX TORAX Y ABDOMEN PORTATIL, PARA VER COMO ESTA POSICIONADA LA SONDA Y DEFINIR CON ESTAS IMAGENES CONDUCTA.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 09.06.2013 **Hora** : 00:25

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. SE OBSERVA RX DE TORAX Y ABDOMEN, LA SONDA NASOEYUNAL ESTA ENRREDADA TIPO OBILLO Y ESTO NO PERMITE QUE PASE DE ESTOMAGO A ESOFAGO. SE ORDENA RETIRO DE SNY POR METODO ENDOSCOPICO.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 09.06.2013 **Hora** : 08:10

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA INTESTINAL REFIERE MEJORA CLINICA NO DOLOR ABDOMINAL NO VOMITO NO FIEBRE

**Objetivo** : PA 115/91 PAM 103 FC 98 FR 18 SO2 96 T 36.2 PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO DREN PRODUCE LIQ INTESTINAL 1630 CC EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA NO DEFCIIT

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA LÑAB DE CONTROL DE HOY FOSFORO 3.3 K 4.5, SE TRATO DE RETIRAR SNG POR EVDA YA QUE AL PARECER TIENE UN OVILLO QUE NO DEJA RETIRARLA

**Plan** : MAÑANA SOLICITAR PERFIL NUTRICIONAL

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 09.06.2013 **Hora** : 14:11

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: FISTULA ENTEROCUTANEA. POP COLELAP. POP APENDICECTOMIA. PACIENTE SIN FEBRE SIN SINTOAMS RESPIRAOTIROS. PACIENTE CON DIFICIL RETIRO DE SONDA SE RETIRA ENDOSCOPICAMENTE SIN ALTERACIONES,.

**Objetivo** : TA 110/70 FC 80X´FR 18X´TEMPERATURA 36,3°C SO2 97% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. ABDOMEN FAJADO NO DOLOROSO. CISTOFLO CON ABUNDANTE MATERIAL PRODUCIDO DE FUSTULÑASEXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : PACIENTE ESTABLE AUMENTO DE PRODUCIDO, SE INICIA OCTEOTRIDE. ADEMAS, SE INDICA RETIRO DE SONDA.

**Plan** : IGUAL TTO MAÑANA CONTROL CON ELE

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 10.06.2013 **Hora** : 07:00

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA CON DX DE FISTULA INTESTINAL DE ALTO GASTO - ULCERA DUODENAL FORREST III

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 1150 CC EN 24 HORAS SNC ALERTA

## Historia Clínica General

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS SIN DOLOR ABDOMINAL LAB DE CONTROL.... K 4.99 K 3.8

**Plan** : OMEPRAZOL 40 MG IV CAD 12 HORAS SUSPENDER RANITIDINA SOLICITAR PROTEINAS TOTALES  
TRANSAMINASAS ALBUMINA BB Y ELECTROLITOS CON FOSFORO

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

Registro Profesional : 111340

**Fecha** : 10.06.2013 **Hora** : 11:37

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25A CON DX DE FISTULA INTESTINAL DE ALTO GASTO - ULCERA DUODENAL FORREST III -SEPSIS ABDOMINAL RESUELTA -POP COLELAP 23/04 -POP APENDICECTOMIA 28/04 -L+ D QX :26/05- 29/05 REFIERE ESTAR MEJOR. NO EMESIS.DRENAJE POR FISTULA INTESTINAL:1000 CC EN 9 HORAS. 10/06/13 POTASIO:4,99 P:3,8 SODIO:134 CL:104 MG:2

**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL TA:119/86 FC:68 FR:18 OXIME:97%. RSCSR SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREAgregados. ABDOMEN: FISTULA INTESTINAL CANALIZADA DRENANDO MATERIAL FECALOIDE AMARILLO. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

**Análisis** : PCTE ESTABLE, NO SIRS, VALORADA POR CIRUGIA GRAL QUIEN ORDENA INICIAR OMEPRAZOL IV Y SUSPENDER RANITIDINA. TOMA DE PARACLINICOS CONTROL MAÑANA. HIPOKALEMIA CORREGIDA, POTASIO EN LIMITE SUPERIOR SE ORDENA SUSPENDER REPOSICION DE POTASIO.

**Plan** : IGUAL MANEJO POR CIRUGIA GRAL. SUSPENDER REPOSICION DE POTASIO

**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

Registro Profesional : 765420

**Fecha** : 10.06.2013 **Hora** : 20:29

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : PSIQUIATRA DIANA GOMEZ HA ESTADO MAS TRANQUILA, ESTA SENTADA, SE QUEJA UN POCO , PERO HA MEJORADO LA TOLERANCIA. DUERME MEJOR. SE OBSERVA QUE LA MEDICACION ANSIOLITICA HA LOGRADO CONTENERLA. TOLERA MANEJO Y SU SUEÑO ES MAS CONTINUO, LO QUE HABLA DE MEJORIA EN ANIMO

**Objetivo** : MENOS DEPRIMIDA FONDO ANSIOSO VERBALIZA MAS IDEAS DE PREOCUPACION NO PSICOSIS SENSORIO CLARO

**Análisis** : MEJORIA EN PENSAMIENTO Y CONDUCTA MENOS ANSIOSA MEJOR SUEÑO MEJOR RELACION CON ENFERMERIA IGUAL MANEJO .

**Plan** : IGUAL

**Responsable** : GOMEZ CUENCA, DIANA

Registro Profesional : 765420

**Fecha** : 11.06.2013 **Hora** : 09:11

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA INTESTINAL, REFIERE QUE DESPUES DE CADA MICCION QUEDA GOTEANDO ORINA Y SIENDE DOLOR EN HIPOGASTRIO, NIEGA FIEBRE, NIEGA DISURUA.

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIR MUCOSAS ROSADAS Y HUERMAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 1090 CC EN 25 HROAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON SINTOMAS URINARIOS POR LO QUE SS PO + GOSC + UROCULTIVO LAB DE CONTROL DE HOY BT 0.79 BD 0.57 BI 0.22 GOT 57 GTP 70 PROT 5.4 ALB 2.3 GLOB 3.1 P 5.4 NA 137 K 4.23 CL 103 MAG 2, PDTE CURAFACION POR TEO Y REVAL POR NUTRICION

**Plan** : PO UROCULTIVO + GOSC AHORA MAÑANA

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

Registro Profesional : 111340

**Fecha** : 11.06.2013 **Hora** : 09:53

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25A CON DX DE FISTULA INTESTINAL DE ALTO GASTO - ULCERA DUODENAL FORREST III -SEPSIS ABDOMINAL RESUELTA -POP COLELAP 23/04 -POP APENDICECTOMIA 28/04 -L+ D QX :26/05- 29/05 PCTE REFIERE QUE HA ESTADO CON INCONTINENCIA URINARIA. DICE QUE ORINA Y LUEGO SE LE SALE UN CHORRITO, ESTANDO INCLUSO SENTADA SIN HACER ESFUERZO. 11/06/13 BT:0,79 D:0,57 I:0,22 GOT:57 GPT:70 PROTS T:5,4 ALB:2,3 GLOB:3,1 SODIO:137 POTASIO:4,23 CL:103 MG:2 P:5,4 PRODUCIDO POR LA FISTULA: 400 CC EN 12 HORAS

**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL TA:113/82 FC:76 FR:18 OXIME:95%. MUCOSA ORAL HUMEDA. RSCSR SIN SOPLOS. PULMONES DISMINUCION DEL MURMULLO VESICULAR EN BASES. ABDOMEN CON FISTULA ENTEROCUTANEA ORIENTADA, MATERIAL AMARILLO. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

**Análisis** : PCTE ESTABLE, PERFIL NUTRICIONAL CON HIPOALBUMINEMIA, RESTO NORMAL. ANTE LA SINTOMATOLOGIA URINARIA, CIRUGIA GRAL ORDENA TOMA DE P DE ORINA MAS GRAM Y UROCULTIVO. NUEVA VALORACION POR NUTRICION.

**Plan** : IGUAL MANEJO POR CIRUGIA GRAL P DE ORINA, GRAM, UROCULTIVO VALORACION NUTRICION CH, ELECTROLITOS MAÑANA

Registro Profesional : 1556-02

## Historia Clínica General

**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 11.06.2013 **Hora** : 12:20

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : PSIQUIATRA DIANA GOMEZ PAICNET QUE TIENE SALIDA ESPONTANEA DE ORINA YE SO LE PREOCUPA , SE LE ESTA VOLVIENOD UNNSINTOMA OBSESIVO, SE LE EXPLICA QUE POR EL TIEMPO EN QUE PASA HSOPITALZIADA TRATE DE NO RUMIAR TANTO PARA QUE NO GENERE OTRO MOTIVO DE ANGUSTIA, QUE ESO LO MANEJARA CON SUMEDICO TRATANTE SIN NECESUIADAD QUE SE VUELVA UNA OBSESION. HA ESTADO MAS TRANQUILA, ESTA SENTADA, SE QUEUJA UN POCO , PERO HA MEJORADO LA TOLERANCIA. DUERME MEJOR. SE OBSERVA QUE LA MEDICACION ANSIOLITICA HA LOGRADO CONTENERLA. TOLERA MANEJO Y SU SUEÑO ES MAS CONTINUO, LOQ UE HABLA DE MEJORIA EN ANIMO

**Objetivo** : MENOS DEPRIMIDA FONDO ANSIOSO VERBALIZA MAS IDEAS DE PREOCUPACION IDEAS OBSESIVAS RUMIACION DE IDEAS NO PSICOSIS SENSORIO CLARO

**Análisis** : MEJORIA EN PENSAMIENTO Y CONDUCTA MENOS ANSIOSA MEJRO SUEÑO MEJOR RELACION CON ENFERMERIA IGUAL MANEJO CON SINTOMAS OBSESIVOS NUEVOS QUE DISPARAN ANSIEDAD PERO QUE HA LOGRADO CONTENER .

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765420

**Responsable** : GOMEZ CUENCA, DIANA

**Fecha** : 12.06.2013 **Hora** : 07:01

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX DE FISTULA INTESTINAL

**Objetivo** : FC 78 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON FISTULA INTESTINAL QUE PRODUCE 920 CC EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE ESTABLE LAB DE CONTROL CH L6770 N 77.3% HB 8.7 PLAQ 333000 P 4.1 K 4.04 NA 138 PO NORMAL GOSC NEG, SE COMENTA CON DR LONDOÑO UROLOGO ORDENA DAR UNA SEMANA DE ANTICOLINERGICO Y DE CONTINUAR CON SU SINTOMATOLOGIA, POSTERIOR A RESOLUCION DE SU CUADRO ACTUAL AMBULATORIAMENTE, REALIZAR URODINAMICA

**Plan** : UROPANT 1/2 TAB CADA 8 HORAS POR URINARIAS POSTERIORES

**Registro Profesional** : 765420

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 12.06.2013 **Hora** : 10:33

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO PACIENTE QUE PRESENTA TENSION ARTERAIL BAJA, REFIERE UN POCO DE MAREO

**Objetivo** : T/A 83/53 FC 70 FR 18 PALIDA , CARA Y CUELLO NORMAL, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADO S, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO , ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, FISTULA CANALIZADA PRODUCIDO FECALOIDE APROX 350 CC EXTREMIDADES SIN EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE

**Análisis** : PACIENTE CON TENSION ARTERIAL , BAJA , SE ORDENA BOLO DE 250 CC SSN , CON AUMENTO DE PRESION A 93/63 TAM 77 SE VIGILARA

**Plan** : BOLO DE 250 CC SSN VIGILAR TENSION A REGISTRO

**Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 12.06.2013 **Hora** : 15:58

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : PSIQUIATRA DIANA GOMEZ PAICNETE QUE ESTA MA STRANQUILA PORQU EYA LE DEFINICEORN CONDUCTA POR UROLOGIA DUERME BIEN NO PSICOSIS NO IDEAS DE MUERTE ANSIEDAD FLOTANTE RUMIADORA OBSESIVA

**Objetivo** : MENOS DEPRIMIDA FONDO ANSIOSO VERBALIZA MAS IDEAS DE PREOCUPACION IDEAS OBSESIVAS RUMIACION DE IDEAS NO PSICOSIS SENSORIO CLARO

**Análisis** : ANSIEDA FLOTANTE, DUERME, MEJRIA EN ANSIEDAD, FACILMENTE SE DISPARA LSO SINTOMAS ANSIOSOS POR EL IEDO QUE TIENE A ESTAR HOSPITALZIADA TY LA ESTANCIA TAN LASRGA, SIN EMBARGO LOGRA CONTENERSE MAS QUE ANTES Y EL MEDICAMNETO LA FRENA MUCHO .DEBE ESTAR ACOMPAÑADA

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765420

**Responsable** : GOMEZ CUENCA, DIANA

**Fecha** : 13.06.2013 **Hora** : 08:53

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : PSIQUIATRA DIANA GOMEZ ENE EL MOMENTO SOLA DUERME BIEN NO PSICOSIS NO IDEAS DE MUERTE ANSIEDAD FLOTANTE RUMIADORA OBSESIVA DICE SNETIRSE MEJOIR, ES SOBREPROTEGIDA POR LA MADRE- FAMILIA LO QUE LE GENERA AMAS ANIEDAD DE SEPARACIUON

**Objetivo** : MENOS DEPRIMIDA FONDO ANSIOSO VERBALIZA MAS IDEAS DE PREOCUPACION IDEAS OBSESIVAS RUMIACION DE IDEAS NO PSICOSIS SENSORIO CLARO

## Historia Clínica General

**Análisis** : MEJORA NE PENSAMIENTO ,MAS CONTENIDA, NO CRISIS. FACILMNETE SE OBSESIONA CON SINTOMATOLOGIA Y EN ESTE MOMENTO DE FRAGILIDAD ES MAS SUCEPTIBLE QUE SE OBSESISONE MAS.

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765420

**Responsable** : GOMEZ CUENCA, DIANA

**Fecha** : 13.06.2013 **Hora** : 11:45

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MEDICO HOSPITALARIO PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, NO DOLOR ABDOMINAL, AFEBRIL

**Objetivo** : PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES, TRANQUILA EN CAMA S.V TA 100/60, FC 68XMIN, FR 18XMIN, T 37°C, SO2 98% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILAODS, NO RUIDOS SOBREGREGADOS ABD BLANDO, CON FAJA DE TELA, DREN CON 820CC PRODUCIDO EXT MOVILES, NO EDEMAS SNC NO DEFICIT APARENTE

**Análisis** : PACIENTE CON DX FISTULA INTESTINAL MANEJO MEDICO, APOYO POR TEO. EVOLUCION CLINICA ESTABLE, HACIA LA MEJORIA. AFEBRIL. SE CONTINUA IGUAL MANEJO POR CIRUGIA GENERAL

**Plan** : SE CONTINUA IGUAL MANEJO POR CIRUGIA GENERAL

**Registro Profesional** : 76-5142

**Responsable** : REBOLLEDO BRICEÑO, INGRID

**Fecha** : 13.06.2013 **Hora** : 13:34

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX DE FISTULA INTESTINAL

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFENRIL PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON FISTULA INTESTINAL QUE PRODUCE 1000 CC EN 24 HORAS NO BLUMBERG EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS EVOLUCION ADECUADA FISTULA CON ALTO PRODUCIDO SE COMETARA EN JUNTA MEDICA PARA MIRAR OTRAS OPCIONES DE MANEJO

**Plan** : TOMAR LAB DE CONTROL MAÑANA CH Y HORMIGAS

**Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 13.06.2013 **Hora** : 20:42

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : SE RENEVA CTC DE ONDANSETRON DE 8 MG CADA 8 HORAS .

**Análisis** : .

**Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 14.06.2013 **Hora** : 07:57

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON FISTULA INTESTINAL DE ALTO GASTO NO DOLOR ABDOMINAL NO FIEBRE

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO CON FISTULA INTESTINAL DE ALTO GASTO 965 CC EN 24 HROAS DIURESIS ESPONTANEA SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS LAB DE CONTROL CH L 7050 N 85.6% HB 8 PLAQ 295000 NA 137 K 3.35 P 4.3... LLMAA LA ATENCION QUE CONTINUAALTO PRODUCIDO POR FISTULA Y DESCENSO PAULATINO DE HB, SE ORDENA REALIZACION DE TAC DE ABDOMEN CONTRASTE, SS CR

**Plan** : SS TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO PREVIA CR SSN 450 + 50 CC KATROL A 30 CC HORA POR CVC OCTEOTRIDE 0.1 MG SC CADA 8 HROAS RESTO IGUAL

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 14.06.2013 **Hora** : 08:37

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: FISTULA ENTEROCUTANEA. POP COLELAP. POP APENDICECTOMIA. PACIENTE REFIERE DEBILIDAD POR MOMENTOS.

**Objetivo** : TA 128/94 TAM 111 FC 91X´FR 18X´TEMPERATURA 36,3°C SO2 97% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. ABDOMEN FAJADO NO DOLOROSO. FISTULA PRODUCE 965 CC . EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : PACIENTE ESTABLE.

**Plan** : LA DRA. HORMIGA ORDENA TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO Y CREATININA. AUMENTA DOSIS DE OTREOTIDA.

**Registro Profesional** : 762658/01



## Historia Clínica General

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 14.06.2013 **Hora** : 08:39

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : SE HACE CTC DE OCTREOTIDA QUE CAMBIA A CADA 8 HORAS SC.ORDEN DE LA DRA. HORMIGA.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 14.06.2013 **Hora** : 18:46

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO

**Objetivo** : TAC DE ABDOMEN: DSE REVISAR CON DR WOLFGANG VASQUEZ RADIOLOGO DE TURNO, SE ENCUENTRA COLECCION PELVICA EN ESTRECHA COMUNICACION CON DREN DE FII HAY ENGROSAMIENTO DE LAS PAREDES DE LAS ASAS INTESTINALES NO SE OBSERVAN OTROS HALLAZGOS IMPORTANTES

**Análisis** : SE ORDENA INICIO DE LOPERAMIDA CADA 8 HORAS Y CAOLIN PECTINA 10 CC VO CADA 8 HORAS PARA CONTROLAR PRODUCIDO POR FISTULA INTESTINAL CONTINUAR SOPORTE NUTRICIONAL Y CURACIONES POR TEO

**Plan** : CAOLIN PECTINA 10 CC VO CADA 8 HORAS LOPERAMIDA 10 CC VO CADA 8 HORAS

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 15.06.2013 **Hora** : 10:37

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO PACIENTE QUE REFIERE CONTINUA CON NAUSEAS NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA

**Objetivo** : PACIENTE HIDRATADA, AFEBRIL , FC 88 FR 18 CARA Y CUELLO NORMAL, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADOS , MURMULLO VESICULAR CONSERVADO , FISTULAS CANALIZADAS, POCO PRODUCIDO FECALOIDE , EN DERECHA , IZQUIERDA, SIN PRODUCIDO , EXTREMIDADES SIN EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE

**Análisis** : PACIENTE CON ESTABILIDAD CLINICA EN EL MOMENTO SE LE ADMINISTRARA ONDANSETRON

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 15.06.2013 **Hora** : 14:49

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : cirugía general pte con dx de fistula intestinal, no fiebre, refiere vomito

**Objetivo** : fc 80 fr 20 afebril pifr anictérica mucosas rosadas y huérfanos pulmones bien ventilados rs cs ritmicos no soplos abd blando no doloroso dren fii no produce por herida dren 890 cc en 24 hrs snc alerta no deficit

**Análisis** : pte estable sin sirs ahora con colección pélvica que aparentemente estaba en contacto con dren percutáneo pero este no produce desde hace 2 días, se irriga y no produce, por lo que se decide solicitar punción percutánea con colocación de pigtail ss tiempos de coagulación, se llama a dr wolfgang vasquez radiologo quien solicita preparación con medio contraste hidrosoluble para realizar este procedimiento guiado por tac

**Plan** : ss punción percutánea + colocación de pigtail guiado por tac con medio de hidrosoluble

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 16.06.2013 **Hora** : 09:28

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO PACIENTE QUE REFIERE SENTIRSE UN POCO MEJOR HOY

**Objetivo** : PACIENTE HIDRATADA, AFEBRIL , FC 80 FR 18 CARA Y CUELLO NORMAL, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADOS , MURMULLO VESICULAR CONSERVADO , FISTULA DERECHA , POCO PRODUCIDO FECALOIDE , IZQUIERDA, SIN PRODUCIDO , EXTREMIDADES SIN EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE

**Análisis** : PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE , EL DIA DE AYER FUE LLEVADA A PUNCION GUIADA POR TAC , AL PARECER COLECCION YA ESTABA RESOLTA , SE ESPERA INFORME OFICIAL DE RADIOLOGIA

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 16.06.2013 **Hora** : 10:21

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : REPORTE DE POTASIO 4,69 SE SUSPENDE REPOSICION DE POTASIO .

**Historia Clínica General**

**Análisis** : .  
**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Registro Profesional** : 765612-09

**Fecha** : 16.06.2013 **Hora** : 13:43

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : hospitalario paciente con descenso progresivo rapido de hb sin foco de sangrado , por lo cual cirugia ordena trasfusion de 2 unidades de globulos rojos compatibles, toma de rx torax ap y lateral de pie.

**Análisis** : .  
**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Registro Profesional** : 765612-09

**Fecha** : 16.06.2013 **Hora** : 13:53

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX DE FISTULA INTESTINAL, NIEGA DOLRO ABDOMINAL, NO VOMITO, NO FIEBRE. SE REVISAN LAB K 4.69 HB 7.3 LLAMA LA ATENCION DESCENSO PAULATINO DE HB, NO SE OBSERVA SITIOS DE SANGRADO... NI POR ORINA NI HECES NI VOMITO NI POR FISTULA. AYER SE REALIZO TAC DE ABD PARA PUNCION Y DRENAJE DE COELCCION VISTA EN TAC PREVIO... PERO RADIOLOGO DR WOLFANG INFORMA QUE NO ENCUENTRA NINGUNA COLECCION SE LE DIO CONTRASTE ORAL SE IDENTIFICO CLARAMENTE SITIO DE FUGA PERO NO SE VE LA COLECCION QUE SE APRECIABA EN TAC PREVIO, POR LO QUE NO SE REALIZA PUNCION.

**Objetivo** : FC 80 FR 16 T 36 PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 960 CC EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS SIN DOLRO ABDOMINAL SE DECIDE TRANFUNDIR 2 U DE GR Y SOLICITAR RX DE TORAX PA Y LAT PARA DESCARTAR HEMOTORAX

**Plan** : TRANFUNDIR 2 U DE GR COMPATIBLES RX DE TORAX PA Y LAT DE PIE MAÑANA A LAS 5 AM TOMAR PERFIL NUTRICIONAL, CH ELECTROLITOS Y FOSFORO

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Fecha** : 17.06.2013 **Hora** : 08:35

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON FIATULA INTESTINAL EN EL MOMENTO SIN DOLRO ABDOMINAL SIN VOMITO NI FIEBRE

**Objetivo** : FC 78 FR 18 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUENDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO DRENA POR FISTULA DE HERIDA EN ABD 620 CC EN 24 HROAS NO PRODUCE NADA POR DREN IZQDO EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE SIN SIRS CON EVOLUCION CLINICA HACIA LA MEJORIA, TOLERO TRANSFUSION DE 2 U DE GR, HB POSTRANSFUSION 9.5, NO HAY EVIDENCIA DE SANGRADO, SE REVISAR RX DE TORAX NO SE OBSERVA NEUMOTORAX NI HEMOTORAX, BORRAMIENTO DE ANGULOS COSTOFRENICOS LAB 3.72 P 5.2 NA 134 ALB 2.1 TGO 34 TGP 40 LDH 834

**Plan** : CONTINUA SOPORTE POR TPN Y TEO VIGILAR PNEUMONIA

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Fecha** : 17.06.2013 **Hora** : 09:27

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: FISTULA ENTEROCUTANEA. POP COLELAP. POP APENDICECTOMIA. PACIENTE REFIERE ESTAR BIEN.

**Objetivo** : TA 119/90 TAM 100 FC 94X' FR 18X' TEMPERATURA 36,2°C SO2 94% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. ABDOMEN FAJADO NO DOLOROSO. FISTULA PRODUCE 300 CC . EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : PARACLINICOS DE HOY 17/06/2013 CH WBC 5.370 N 81 LY 10 HGB 9,5 PLT 210.000 TGO 34 TGP 40 ALBUMINA 2,1 LDH 834 FOSFORO 5,2 SODIO 134 POTASIO 3,72

**Plan** : MANEJO MEDICO SEGÚN INDICACION DE ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Registro Profesional** : 762658/01

**Fecha** : 18.06.2013 **Hora** : 10:05

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : PSIQUIATRA DIANA GOMEZ PAIC ET QUE HOPY LA MADRE REFIERE QUE LE VE ICTERICAS LAS ESCLERAS, QUE LE MANIFESTIO AL MEDICO, LA PAICNETE DIEC QUE SIENTE DISNEA, HOYBLA VEO ANSIOSA. DUMRIO

**Objetivo** : ANSIOSA LOGICA IDEAS DE PREOCUPACION, NO IDEAS DE MUERTE NO PSICOSIS SENSORIO CLARO

**Análisis** : SE LE INFORMA LA MD DE LA SALA LOS SINTOMAS DE LA PACIENTE , SE LE PIDE MIRE LO DE LA DISNEA

## Historia Clínica General

PARA DESCARTAR ALGO PULMONAR U ORGANICO, DE LO CONTRARIO PUEDE SER POR ANSIEDAD LE INICIO CLONAZEPAN 2 GOTAS DIA.

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765420

**Responsable** : GOMEZ CUENCA, DIANA

**Fecha** : 18.06.2013 **Hora** : 13:26

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: FISTULA ENTEROCUTANEA. POP COLELAP. POP APENDICECTOMIA. PACIENTE REFIERE ESTAR BIEN.

**Objetivo** : paciente en cama, tranquila, alerta escleras ictericas TA 128/70 FC 101X' FR 18X' TEMPERATURA 36,2°C SO2 94% C/P rscsrms mv presente sin agregados ABDOMEN FAJADO NO DOLOROSO. drenaje de fistula con minimo producido. drenaje de colostomia: 600 cc en 12 hrs. . EXT: moviles sin edemas neurologico sin deficit

**Análisis** : estable, igual manejo electrolitos de control m. 2 de 06 bilirrubinas, fa

**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

**Fecha** : 18.06.2013 **Hora** : 13:37

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA INTESTINAL

**Objetivo** : FC 80 FR 16 A FEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS ESCLERAS ICTERICAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO DRENO 500 CC EN 24 HROAS POR FISTULA INTESTINAL EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA NO DEFCIIT

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS LLAMA LA ATENCION ICTERICIA ELCLERAL LEVE POR LO QUE SE SOLICITA BB Y ELECTROLITOS CON FOSFORO PARA MAÑANA, SE RETIRA DREN DE FOSA ILIACA IZADA YA QUE NO PRODUCE NADA.

**Plan** : BB Y ELECTROLITOS MAÑANA 5 AM CURV **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 19.06.2013 **Hora** : 05:07

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX FISTULA INTESTINAL, refiere dificultad respiratoria, expectoracion blanquecina, no fiebre

**Objetivo** : PA 120/80 FC 120 FR 24 SO2 84% AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADA ESCLERAS ICTERICAS PULMONES HIPOVENTILADOS CONESTERTOS CREPITANTES EN ACP RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROS FISTULA PRODUCE 430 CC EN 24 HORAS LIQ INTESTINAL EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAEMNTE ESTABLE LLAMA LA ATENCION DISNEA Y DESATURACION CON ESTERTOS E HIPOVENTILACION BIBASAL CON RX DE HACE 3 DIAS EN QUE MOSTRABA DERRAME PLEURAL GRADO I SIN CONSOLIDACIONES NEEUMONICAS, SE ORDENA POLICULTIVAR, RX DE TORAX Y GASES ARTERIALES, VAL POR INFECTOLOGIA

**Plan** : ORDENA POLICULTIVAR, RX DE TORAX Y GASES ARTERIALES, CH, PCR, B, T, G

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 19.06.2013 **Hora** : 05:25

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MEDICO HOSPITALARIO PACIENTE SEGUN ENFERMERIA PACIENTE DESATURADA, 65% REFIERE ESCASA DISNEA NO OTROS SE VALORA - EN CONJUNTO CON CX GENERAL .

**Objetivo** : SV P A 120/80 FC 120 FR 20 SAT SIN O2 84 CON O2 94 % MUCOSAS HUMEDAS CUELLO SANO, MUCOSAS LEVEMENTE PALIDAS, HUDRATADO, CARDIOPULMONAR RSCSRs NO SOPLOS MV HIPOVENTILACION BIBASAL BILATERAL, NO TIRAJES ABDOMEN NO DOLOROSO NO IRRITADO , CON DRENAJE DE Sonda 430 EXTREMIDADES EDEMA G1 NEUROLOGICOCO SIN DEFICIT.

**Análisis** : TAQUICARDICA, LEVEMENTE POLIPNEICA, DESATURADA SINTOMAS RESPIRATORIOS, RX PREVIOS CON DERRAME PLEURAL ESCASO, SE DEBE DESCARTAR POSIBLE FOCO NEUMONICO AUNQUE NO DIBRE NI LEUCOS EN HEMOGRAMA PREVIO, DESATURACION, PARA ACLARAR SE ORDENARON RX TORAX, GASES ARTERIALES SE POLICULTIVA, SS ELECTROLITOS PCR, HEMOGRAMA Y REVALORAR POR INFECTOLOGIA

**Plan** : TOMAR HEMOCULTIVOS /UROCULTIVO / RX DE TORAX Y GASES ARTERIALES, CH, PCR/ ELECTROLITOS

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 19.06.2013 **Hora** : 09:37

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : PSIQUIATRA DIANA GOMEZ PAIC ET QUE HOPY LA MADRE REFIERE QUE LE VE ICTERICAS LAS

## Historia Clínica General

ESCLERAS, QUE LE MANIFESTO AL MEDICO, LA PACIENTE DICE QUE SIENTE DISNEA, HOYBLA VEO ANSIOSA. DUMRIO

**Objetivo** : ANSIOSA LOGICA IDEAS DE PREOCUPACION, NO IDEAS DE MUERTE NO PSICOSIS SENSORIO CLARO

**Análisis** : SE LE INFORMA LA MD DE LA SALA LOS SINTOMAS DE LA PACIENTE, SE LE PIDE MIRE LO DE LA DISNEA PARA DESCRIBIR ALGO PULMONAR U ORGANICO, DE LO CONTRARIO PUEDE SER POR ANSIEDAD LE INICO CLONAZEPAN 2 GOTAS DIA.

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765420

**Responsable** : GOMEZ CUENCA, DIANA

**Fecha** : 19.06.2013 **Hora** : 12:55

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MEDICO HOSPITALARIO DX: 1. SEPSIS ABDOMINAL (R) 2. POP COLELAP (20/04) 3. POP APENDICECTOMIA (28/04) 4. FISTULA ILEO 3 SEGMENTOS 5. POP LAVADO + DESBRIDAMIENTO QX MULTIPLE PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NO DOLOR, NO NAUSEAS NO EMESIS. DISNEA MODERADA EN LA MADRUGADA QUE SE COMPENSA CON ADMINISTRACION DE OXIGENO POR CANULA NASAL

**Objetivo** : PACIENTE EN APARENTES ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA SOPORTE DDE O2 X CANULA NASAL A 1LT/MIN. SV TA 120/90 FC 67XMIN FR 19XMIN SO2 95% CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL, NO ADENOPATIAS. C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS D EBUENA INTENSIDAD NO SE AUSCULTAN SOPLOS. CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, ESTERTORES FINOS BIBASALES, MV RUDO, SIN OTRO HALLAZGO. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CUBIERTO CON FAJON, EXTREMIDADES MOVILES, PULSOS PERIFERICOS PERCEPTIBLES. SNC ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS MENTALES, SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE

**Análisis** : PACIENTE CON HISTORIA DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL RESULETA CON MULTIPLES COMPLICACIONES, AMNEJO MULTIDISCIPLINARIO CON BUENA EVOLUCION,. EN LA MADRUGADA DE HOY EPISODIO DE DESATURACION ASOCIADO A DIFICULTAD RESPIRATORIA, PARACLINICOS DENTRO DE LIMITES DE NORMALIDAD NO SUGESTIVOS DE INFECCION. SOPORTE CON O2 X CANULA NASAL A 1LT/MIN SO2 95% SIN DISNEA. RX DE TORAX EVIDENCIA CONGESTION BILATERAL POR LO CUAL SE DECIDE INICIAR DIURETICO: FUROSEMIDA 20 MG DOSIS INICIAL CONTINUAR 10MG CADA 6 HORAS. SE SOLICITA ELECTROLITOS DE CONTROL PARA MAÑANA.

**Plan** : SE CONTINUA MANEJO MEDICO PREVIAMENTE INSTAURADO SE DAN RECOMENDACIONES A PACIENTE Y FAMILIAR SE INICIA FUROSEMIDA, 20MG DOSIS INICIAL, CONTINUAR 10 MG CADA 6 HORAS SE SOLICITAN ELECTROLITOS DE CONTROL MAÑANA

**Registro Profesional** : 151717-11

**Responsable** : PAREDES MARIN, DIANA MARCELA

**Fecha** : 19.06.2013 **Hora** : 15:52

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : SE REALIZA CTC DE PINZA PARA COLOSTOMIA. NECESARIO PARA LA CANALIZACION DE LA FISTULA INTESTINAL DE LA PCTE.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 1556-02

**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 19.06.2013 **Hora** : 16:50

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : PSIQUIATRA DIANA GOMEZ ansiosa, se ve menos icterica hoy. refiere que respira mejor. esta haciendo ejercicios respiratorios. no psicosis no ideas de muerte la dra le explico lo que le estaba pasando lo que le dejo mas tranquila DUMRIO

**Objetivo** : ANSIOSA LOGICA IDEAS DE PREOCUPACION, NO IDEAS DE MUERTE NO PSICOSIS SENSORIO CLARO

**Análisis** : paicnet ansiosa que por lo que le ha tocado con todo esta patologia ,se le dispara mas su pensamiento sobresesivos y de angustia, con fobias, y miedo a recaídas , y a la muerte. se continua igual es importante el acompañamiento para que nos e sienta sola y no cavile tanto

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765420

**Responsable** : GOMEZ CUENCA, DIANA

**Fecha** : 19.06.2013 **Hora** : 19:05

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : PCTE REFIRIO HACE 3 HORAS DOLOR LUMBAR QUE NO LE HA CEDIDO CON LA DIPIRONA.

**Objetivo** : UN POCO ALGICA, AFEBRIL TA:122/90 FC:110 FR:18 OXIME:92%. RSCSR SIN SOPLOS. PULMONES DISMINUCION DEL MURMULLO VESICULAR EN BASES. ABDOMEN: FISTULA INTESTINAL PRODUCIDO LIQUIDO AMARILLO VERDOSO. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE. DOLOR LUMBAR A LA PALPACION DE AREA MUSCULAR DE DICHA REGION.

**Análisis** : SE ORDENA DOSIS UNICA DE TRAMADOL 50 MG SC.

**Historia Clínica General**

**Plan** : . **Registro Profesional** : 1556-02  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 08:06  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX FISTULA INTESTINAL  
**Objetivo** : PA 112/87 PAM 102 FC 108 FR 19 SO2 92 T 36 PIFR MUCOSA ROSADA Y HUENDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 320 CC EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA NO DEFICIT  
**Análisis** : PCTE CON MEJORIA CLINICA NO FIEBRE LLAMA LA ATENCION TAQUICARDIA Y HEMOCULTIVO QUE AISLA COCOS GRAM POSITIVOS POR LO QUE SE ORDENO TOMA DE BARRIDO DE CVC, RETIRO DE CVC CULTIVO DE PUNTA Y COLOCACION DE NUEVO CVC Y VAL POR INFECTOLOGIA.  
**Plan** : BARRIDO DE CVC - RETIRO DE CVC Y CULTIVO DE PUNTA TURNO PARA COLOCACION DE NUEVO CVC VAL POR INFECTOLOGIA **Registro Profesional** : 194723-04A  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 08:22  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : HOSPITALARIO PACIENTE QUE OPRESNETA DIFICULTAD RESPIRATORIA  
**Objetivo** : ENCUENTRO PACIENTE ALERTA , COLABORA, SAO 92% CON OXIGENO BAJO CANULA NASAL A 1 LITRO POR MINUTO SE MEJORA APOORTE A 3 LT , CON MEJORIA A 94 % , FC 122 FR 24 ESCLERAS ICTERICAS , RUIDOS CARDIACOS TAQUICARDICOS , ESTERTORES CAMPO PULMONAR DERECHO , ABDOMEN FISTULAS CANALIZADAS , EXTREMIDADES SIN EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE  
**Análisis** : PACIENTE QUE PRESENTA DISNEA LEVE , CON DESATURACION DE OXIGENO, DRA HORMIGA MANIFIESTA SE TOME HEMOGRAMA, PCR , ELECTROLITOS , PT Y PTT , ANGIOTAC DE TORAX, SE ORDENA ADEMAS CREATININA , PARA ESTE Y BILIRRUINAS Y TRANSAMINASAS POR ICTERICIA QUE PRESENTA LA PACIENTE .  
**Plan** : HEMOGRAMA, PCR , ELECTROLITOS , PT Y PTT , ANGIOTAC DE TORAX, SE ORDENA ADEMAS CREATININA , PARA ESTE Y BILIRRUINAS Y TRANSAMINASAS POR ICTERICIA QUE PRESENTA LA PACIENTE . FOWLER 45% , VIGILAR SAO2 Y SIGNOS VITALES , SI SAO2 < 94% PASAR A MASCARILLA PARA ANALISIS POR GASES EN 8 HORAS  
**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO **Registro Profesional** : 765612-09

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 09:11  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CON COCEPTO DE DRA JARMILLO INTERNISTA SE INICIARA VANCOMICINA 1 GR CADA 12 HORAS MAS CEFEPIME 1 GR CADA 8 HORAS IV ADEMAS ENOXAPARINA 40 MG CADA 12 HORAS.  
**Análisis** : . **Registro Profesional** : 765612-09  
**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 11:03  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : REPORTE DE K 2.93 SE INICIA REPOSICION 475CC SSN + 25 CC KATROL A 30 CC HORA  
**Plan** : REPOSICION 475CC SSN + 25 CC KATROL A 30 CC HORA **Registro Profesional** : 765612-09  
**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 11:45  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : MEDICINA INTERNA EDAD 25 AÑOS SE CONOCE CASO CLINICO, PACIENTE A CARGO DE CIRUGIA GENERAL DIAGNOSTICOS 1. FISTULA ENTEROCUTANEA. 2. POP COLELAP. 3. POP APENDICECTOMIA. 4. DISNEA A ESTUDIO PRESENTA DISNEA Y DESATURACION SUBITA. NO ESTA RECIBIENDO ENOXAPARINA ME INFORMAN QUE TIENE 2 HEMOCULTIVOS DONDE ESTA CRECIENDO COCOS GRAM + SE SOLICITA ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO PARA DESCARTAR ENDOCARDITIS BACTERIANA QUE REALIZAN HOY Y REPORTA LO SIGUIENTE: VI DE TAMAÑO NORMAL CON CONTRACTILIDAD CONSERVADA CON FEVI DEL 60% AI LEVEMENTE DILATADA, INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA LEVE, CAVIDADES DERECHAS NORMALES, MASA ELONGADA DE 15 MM ADHERIDA A LA PARED DE LA VENA CAVA, COMPATIBLE CON VEGETACIONES, NO DERRAME PERICARDICO, DERRAME PLEURAL PEQUEÑO  
**Objetivo** : ENCUENTRO PACIENTE ALERTA , COLABORA, SAO 92% CON OXIGENO BAJO CANULA NASAL A 1 LITRO POR MINUTO SE MEJORA APOORTE A 3 LT , CON MEJORIA A 94 % , FC 122 FR 24 ESCLERAS ICTERICAS , RUIDOS CARDIACOS TAQUICARDICOS , ESTERTORES CAMPO PULMONAR DERECHO , ABDOMEN FISTULAS CANALIZADAS , EXTREMIDADES SIN EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE

## Historia Clínica General

**Análisis** : SE DOCUMENTA IMAGEN COMPATIBLE CON VEGETACION EN CAVA SUPERIOR CON ALTO POTENCIAL DE EMBOLIZACION PPALMENTE A PULMON, ESTA PENDIENTE LA REALIZACION DE ANGIOTAC DE TORAX PARA DESCARTAR TEP Y EVALUAR PARENQUIMA PULMONAR. SE INICIA CUBRIMIENTO AB CON CEFEPIME + VANCOMICINA. PENDIENTE RESULTADO DEFINITIVO DE HEMOCULTIVOS.

**Plan** : - ANGIOTAC PROTOCOLO PARA TEP - ANTICOAGULACION ENOXAPARINA 40 MG CADA 12 HORAS - VANCOMICINA 1 GR CADA 12 HORAS - CEFEPIME 1 GR CADA 8 HORAS - EN CASO DE DETERIORO RESPIRATORIO O HEMODINAMICO COMENTAR A LA UCI

**Registro Profesional** : 760940-02

**Responsable** : JARAMILLO VILLAFÑE, MARIA ISABEL

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 13:48

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : PSIQUIATRA DIANA GOMEZ SE VE ANSIOSA POR LA DISNEA, Y POR SU ESTADO NO IDEAS DE MUERTE NO PSUCOSIS ANSIEDAD FLOTANTE FRUSTRACION

**Objetivo** : ANSIOSA LOGICA IDEAS DE PREOCUPACION, NO IDEAS DE MUERTE NO PSUCOSIS SENSORIO CLARO

**Análisis** : SE ESPERA RESPUESTA Y MANEJO DE SU ESTADO ACTUAL ORGANICO, SE ACOMPAÑA A LA PACIENTE EN ESTE PROCESO LO QUE LE HA GENERADO MIEDOS, FOBIAS, FRUSTRACIONES Y OBSESIONES. SE DEJA IGUAL MEDICACION

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765420

**Responsable** : GOMEZ CUENCA, DIANA

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 20:05

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MÉDICO HOSPITALARIO RESUMEN HISTORIA / TRASLADO A UCI/ UCIN. PACIENTE QUE INGRESA EL 24/05/13 REMITIDA DE BUGA: EL DIA 23/04/13 LE REALIZARON COLELAP POR COLECISTITIS AGUDA. REINGRESO EL 27/04/13 POR PRESENCIA DE DOLOR ABDOMINAL, FIEBRE, REINTERVIENEN CON LAPAROTOMIA POR APENDICITIS MAS PERITONITIS. DEJAN CON ABDOMEN ABIERTO, REALIZAN MULTIPLES LAVADOS DE CAVIDAD. REALIZAN CIERRE DE CAVIDAD EL 06/05/13. RECONSULTA EL 18/05/13 POR FIEBRE, DIARREA Y DOLOR ABDOMINAL. REINTERVIENEN ENCONTRANDO PERITONITIS MAS FISTULAS EN ILEO EN 3 SEGMENTOS DE ALTO GASTO, DEJAN CON TERAPIA VACUM. REALIZAN 2 LAVADOS QX MAS EL 20 Y EL 23/05/13. AISLAN DE CAVIDAD ABDOMINAL EN CULTIVOS: KLEBSIELLA, E COLI BLEE POSITIVO Y ENTEROCOCCUS FAECALIS SENSIBLE A AMPICILINA POR LO QUE INICIARON MANEJO CON ERTAPENEM Y AMPICILINA. ADEMAS SE DOCUMENTÓ LA PRESENCIA DE CANDIDA EN CAVIDAD, PARA LO CUAL SE INDICA MANEJO CON FLUCONAZOL. EL 30/05 SE PASA CATETER VENOSO CENTRAL EL CUAL PRESENTÓ NEUMOTORAX COMO COMPLICACION, SE TUVO QUE CAMBIAR DE LADO ESE MISMO DIA. LA PACIENTE TIENE UNA BUENA EVOLUCION RECIBE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO AL SER VALORADA POR INFECTOLOGIA EL 29/05 INICIANDO MANEJO CON TIGECICLINA HASTA EL DIA 08/06 Y FLUCONAZOL DESDE 29/05 HASTA 12/06. PACIENTE HA TENIDO BUENA EVOLUCION SE TOMA TAC ABDOMEN DE COLECCIONES EL DIA 14/06 SE TOMA TAC ABDOMINAL CONTRASTADO DE CONTROL QUE MUESTRA EN LO POSITIVO: - LLAMA LA ATENCIÓN LA PRESENCIA DE ESCASA CANTIDAD DE LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD RETROPERITONEAL EN CONTORNO DE COLON ASCENDENTE, ENGROSAMIENTO DE PAREDES DE COLON EN SU TRAYECTO ASCENDENTE ESPESOR DE 9 MM, IMAGEN EN ABDOMEN CON DEFECTO EN REGIÓN UMBILICAL ASPECTO HERNIARIO QUE HACE PENSAR EN PRESENCIA DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA NO OTROS. SE INDICÓ TOMA DE DRENAJE POR TAC COMO GUÍA REFIRIENDO QUE ESCASA CANTIDAD NO ES CANDIDATO DE DRENAR. LA PACIENTE HABIE TENIDO BUENA EVOLUCIÓN HASTA EL DIA DE AYER QUE PRESENTA EPISODIO DE DESATURACION, 70%, SE TOMA GASES ARTERIALES, RX DE TORAX, Y HEMOCULTIVOS QUE SON REPORTADOS COMO POSITIVOS TEMPRANAMENTE EL MISMO DIA DE AYER, (DOS HEMOCULTIVOS), EL DIA DE HOY SE INDICA TOMA DE ECO TRANSESOFÁGICO EL CUAL MUESTRA LA PRESENCIA DE MASA ELONGADA DE 15 MM ADHERIDA A LA PARED DE LA VENA CAVA SUPERIOR, COMPATIBLE CON VEGETACIÓN FEVI 60%, SE HEMOGRAMA CON PRESENCIA DE LEUCOS 5.75 NEUTRO 4.61 NEUTRO 80.2% LINF 9.0% 1.9% PL 121000 TIEMPOS INR 1.20 PT 12.1 PTT 25, BILIRRUBINAS 3.7 DIRECTA 3.40 POTASIO 2.95 pcr 254 PREVIA 240 GASES ARTERIALES PH 7.4 PCO2 32.4 PO2 85.7 HCO3 21.9, SE COMENTA CON MEDICINA INTERNA INDICA QUE SE INICIE MANEJO CON CEFEPIME / VANCOMICINA SEGUN PROTOCOLO DE SSPS ASOCIADO A CATETER, SE RETIRA CATETER EL DIA DE HOY Y SE ENVIA CULTIVO DE PUNTA DE CATETER Y DE BARRIDO DE CATETER, SE COLOCA NUEVO CATETER, ADEMAS SE INDICA TOMA DE ANGIOTAC PARA DESCARTAR TEP. (YA TOMADO). INDICANDO MONITORIZACION Y POSIBILIDAD DE UCIN / UCI SEGUN EVOLUCION. DURANTE EL DIA PACIENTE PERMANECE POLIPNEICA ULTIMOS SIGNOS VITALES PA 120/85 PAM 100 FC 94 CON O2 FC 112 TEMP 36.5 MUCOSAS SEMISECAS CUELLO NO INYURGITADO, CARDIOPULMONAR RSCRS SIN SOPLOS, MV HIPOVENTILACION GENERALIZADA, NO TIRAJES ABDOMEN CUBIERTO NO DOLOR BLOQUEADO, DRENAJE DE FISTULA MINIMO, EXTREMIDADES NO EDEMA, NEUROLOGICO SANO. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL POR POLIGERMENE, CON FISTULA DE ALTO GASTRO EN RESOLUCION QUIEN TIENE EN ESTE MOMENTO SEPSIS ASOCIADA A CATETER, CON VEGETACION A NIVEL DE CAVA CON TRABAJO RESPIRATORIO IMPROTANTE QUE HACE PENSAR EN POSIBLE PROCESO NEUMONICO POR EMBOLOS SEPTICOS, PACIENTE CANDIDATA DE MANEJO EN UCI/ UCIN, SEGUN EVOLUCION, SE COMENTA A MEDICA TRATANTE DRA HORMIGA Y EN UCI CON DRA OSUNA INTERNISTA DE TURNO QUIEN ACEPTA PACIENTE. Los cortes superiores que incluyen los aspectos basales del tórax muestran escasa cantidad de líquido pleural bibasal y algunos cambios consolidativos menores especialmente en la base pulmonar izquierda. En la cavidad abdominal propiamente dicha el hígado, bazo y pancreas con morfología, volumen, localización y coeficientes de atenuación normales y homogéneos. La vesícula biliar no se identifica y en su lecho se encuentran

## Historia Clínica General

elementos metálicos de naturaleza quirúrgica en relación a colecistectomía. No hay trastornos de la vía biliar. Los riñones tienen presentación escanográfica normal y la eliminación del contraste se encuentra normal por ambos órganos, situación esta que permite además seguir el curso de los ureteres hasta la vejiga sin ningún trastorno. No hay cambios en las fosas perirenales. Glándulas suprarrenales de presentación normal. El retroperitoneo se encuentra libre de masas y adenopatías. Grandes vasos de curso y calibre normales. Llama la atención presencia de escasa cantidad de líquido de presentación laminar comprometiendo el contorno del colon ascendente. La revisión del patrón intestinal muestra progresión satisfactoria del medio de contraste por las diferentes regiones. Hay engrosamiento aparente de las paredes del colon en especial sobre su trayecto ascendente las cuales alcanzan un espesor de 9 mm. Se identifica un catéter en la región de la pelvis menor. Hay un defecto en la región umbilical de aspecto herniario que evidencia presencia de medio de contraste el cual se comunica al aspecto anterior de la cavidad abdominal con irregularidad que hace sospechar la posibilidad de una fístula enterocutánea. Hay un catéter posiblemente de drenaje sobre la región vecina. No hay líquido libre en otras regiones. Se identifica imagen de material de osteosíntesis en la región del cuello femoral izquierdo. En la cavidad pélvica se observa la vejiga de capacidad y paredes normales. El útero se muestra con características relativamente normales. Genit

**Objetivo**

: .

**Análisis**

: .

**Plan**

: TRASLADO A UCI.

**Registro Profesional** : PEND**Responsable**

: NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha**: 20.06.2013 **Hora** : 22:22**Tipo**

: Interconsulta

**Subjetivo**

: INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS FECHA DE INGRESO 20/06/ 2013 EDAD 25 AÑOS MC Y EA

Paciente de 24 años conocida por nuestro servicio que ingresa remitida a la institución el 25/05/2013 con antecedente de colecistectomía laparoscópica el 23/04/ 2013 por colelitiasis a los 5 días es reintervenida por apendicitis + peritonitis, requiriendo múltiples lavados quirúrgicos con cierre de cavidad en 06 /05 /2013. Reconsulta el 18/ 05/ 2013 encontrando peritonitis y fístula enterocutánea. Ingreso remitida para manejo por cirugía para soporte nutrición parenteral y terapia enterostomal, fue llevada a cirugía el 26/05/2013 hallazgos asas bloqueadas en un 90%, salida de líquido intestinal de la cavidad pélvica, colección en fondo de saco de Douglas recibió cubrimiento con tigeciclina 30/05 al 08/06/ 2013 mas fluconazol 30/05 al 12/06/2013. Paciente en las últimas 24 horas con evolución torpida presenta desaturación a 65 %, disnea en reposo, no tolera el decubito, taquicardia no fiebre, toman hemocultivo periféricos positivos para cocos gram positivos a las 8h de incubación, urocultivo > 100.000 UFC bacilos gram negativos. Solicitan barrido de CVC positivo para cocos gram positivos a las 7h de incubación, retiran CVC y se toma cultivo de punta de catéter, inician manejo con cefepime mas vancomicina, se realiza ecocardiograma transesofágico con evidencia de MASA ELONGADA DE 15 mm ADHERIDA A LA PARED DE LA VENA CAVA SUPERIOR COMPATIBLE CON VEGETACIÓN, rx de torax con infiltrados multilobares probablemente EMBOLISMO SEPTICO. SE traslada a unidad de cuidados intensivos por riesgo de falla ventilatoria. ANTECEDENTES Patológicos niega Quirúrgicos : colecistectomía laparoscópica 23/04/2013, laparotomía por apendicitis mas peritonitis 28/04/2013, múltiples lavados quirúrgicos Tóxicos: extabaquismo alérgicos. NIEGA \* AISLAMIENTO Hemocultivos 19/06/2013 cocos gram positivos Urocultivo bacilos gram negativos \* ANTIBIOTICOTERAPIA Vancomicina mas cefepime 20/06/2013

**Objetivo**

: EXAMEN FISICO TA 120/ 60 FC 120 XMINT FR 40 XMINT SO2 90% FIO2, 0.32 T 36.5° C/C conjuntivas

hipocromicas, escleras ictericas, no hemorragia conjuntival. Boca mucosa oral seca, petequias en paladar blando. Cuello sin adenopatías, no ingurgitación yugular c/p ruidos cardíacos taquicárdicos sin soplos, ruidos respiratorios disminuidos en bases con estertores, tirajes intercostales abdomen cubierto ext sin edemas neurológico: somnolienta alertable al llamado, no signos de focalización, no signos meningeos PARACLINICOS 20/06/2013 BT3, 71 BD3, 4 tgo 25 tgp 29 SODIO 135 POTASIO 2, 95 mG 2 pcr 254 GA sin trastorno acido base ni trastorno de oxigenación PT 12,1 /10.1 ptt 29, 4 / 25 INR 1,2 Rx de torax opacificación en ambas bases pulmonares que sugieren infiltrado confluyente mayor del lado derecho por proceso infeccioso probablemente asociado a derrame pleural de predominio derecho. CVC atrio cavo

**Análisis**

: DIAGNOSTICOS 1. Endocarditis infecciosa de válvula nativa ( criterios mayores : Hemocultivos positivos cocos

gram positivos -2 Evidencia de compromiso endocárdico: masa intracardíaca oscilante) 1.2 Embolismo séptico pulmonar? 2. Ictericia colestásica 3. Hipokalemia déficit 10% 4. POP colecistectomía laparoscópica e 23/04/ 2013 5. POP laparotomía exploratoria apendicectomía mas drenaje de peritonitis 6. POP múltiples lavados quirúrgicos 7. Fístula enterocutánea paciente en la tercera década de la vida con antecedente fístula enterocutánea, con estancia hospitalaria prolongada y múltiples esquemas antibióticos, con requerimiento de soporte nutricional parenteral, en las últimas 24 horas con evolución torpida presentado disnea y desaturación a 65%, taquicardia no fiebre, con aislamientos en hemocultivos cocos gram positivos y urocultivo bacilos gram negativos, se evidencia en ecocardiograma transesofágico MASA ELONGADA DE 15 mm ADHERIDA A LA PARED DE LA VENA CAVA SUPERIOR COMPATIBLE CON VEGETACIÓN, Radiografía de torax infiltrados multilobares probablemente EMBOLISMO SEPTICO. Paciente con Endocarditis infecciosa de válvula infecciosa por cocos gram positivos, sin evidencia de fenómenos inmunológicos, no signos de falla cardíaca continua cubrimiento con vancomicina se adiciona gentamicina 3mg/kg/día repartido en 3 dosis, cefepime por aislamiento de bacilos gram negativos en orina, no ha presentado síntomas urinarios, si cambios macroscópicos. se hospitaliza en UCI por alto riesgo de falla ventilatoria.

**Plan**

: 1. HOSPITALIZAR EN UCI 2. VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA 3. CABECERA A 45° 4. SSN 0.9% 100

CC/H 5. CEFEPIME 2 GR IV CADA 8 HORAS INICIO 20/06/2013 6. VANCOMICINA 1 GR IV CADA 12 HORAS INICIO 20/06/2013 7. GENTAMICINA 45 MG IV CADA 8 HORAS INICIO 20/06/2013 8. OMEPRAZOL AMP 40 MG/ DIA 9. ENOXAPARINA 40 MG SC / DIA 10. LOPERAMIDA TAB CADA 8 HORAS 11. OCTEOTRIDE SC CADA 8 HORAS 12. SE SOLICITA HEMOGRAMA, AZOADOS, ELECTROLITOS, TIEMPOS DE COAGULACIÓN, GASES ARTERIOVENOSOS, PERFIL HEPÁTICO, P.O RX DE TORAX PORTÁTIL 13. VALORACIÓN INFECTOLOGÍA 14. CONTROL DE LA/LE 15. CSV- AC

**Registro Profesional** : 631490

## Historia Clínica General

**Responsable** : OSUNA PEREZ, MÓNICA

**Fecha** : 21.06.2013 **Hora** : 12:01

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI DIA - 21.06.2013 NOMBRE: MELISSA GALLEGUO QUINCHIA EDAD: 25 AÑOS

DIAGNOSTICOS: SOSPECHA DE INFECCION ASOCIADA A CATETER SOSPECHA DE VEGETACION EN VENA CAVA FISTULA ENTERO CUTANEA POP COLECISTECTOMIA + POP APENDICECTOMIA COMPLICADA PROBLEMAS: DESNUTRICION PROTEICO CALORICA BACTEREMIA POR COCOS GRAM POSITIVO BACTERIURIA POR BACILOS GRAM NEG JUSTIFICACION MANEJO EN UCI: SOPORTE VENTILATORIO CON VMNI INTENSIVA, INICIALMENTE, AHORA IOT + VMI. PARACLINICOS RECIENTES: HB 7,4 HCTO 23 WBC 7690 NE 81% ABNDAS 4% PLAQ 145.000 NA 135 CL 102 K 3,9 BUN 14 BRBT 3,1 BRBD 2,8 AST 24 ALT 25 ALBUMINA 1,9 CALCIO 7,5 ABG: PH 7,36 PCO2 39 PO2 84 HCO3 24 BE 0 SAO2 96 VBG: SVCO2 66% LACTATO 2 PCR 270 EXAMEN FISICO: PACIENTE EN CAMA, CRITICAMENTE ENFERMA, POLIPNEICA, CON USO DE MUSCULOS ACCESORIOS DE LA RESPIRACION, TIRAJES, ALETEO NASAL. HABLA POR FRASES MUY CORTAS. LUCE DESNUTRIDA, LUCE PALIDA. EN ESTE MOMENTO TERMINANDOS E LA TRANSFUSION DE 1 UD GRE. CARDIOVASCULAR: RITMO TAQUICARDIA SNUSAL, SIN SOPORTE VASOACTIVO RESPIRATORIO: MAL PATRON RESPIRATORIO (YA DESCRITO), CON HIPOVENTILACION EN AMBOS CAMPOS PULMONARES RENAL: DIURESIS 1,3 CC/KG/H, PARA UN BALANCE (+) 1,3 L METABOLICO Y GASTROINTESTINAL: NUTRICION: NVO, CON TPN. ABDOMEN BALNDO Y DEPRESIBLE, SIN DEFENSA AL PALPAR. ESTA FAJADO. OBSERVO EN LINEA MEDIA BARERA Y BOLSA DE COLOSTOMIA CON CONTENIDO EN SU INTERIOR. EVALUAMOS LA PACIENTE CON ENFERMEAR DE TERAPIA ENTEROSTOMAL Y CONSIDERA HERIDA LIMPIA, NO NECESIDAD DE CAMBIO DE APOSITOS HOY. GLCUMETRIAS: 121-135 MG/DL HEMATOLOGICO E INFECCIOSO: SIN EVIDENCIA FRANCA DE SANGRADO ACTIVO SIN FIEBRE EN EL TRANCURSO DEL DIA DE AYER, AHORA 36,7 C ANTIBIOTICOS ACTUALES: VANCOMICINA + CEFEPIME + GENTAMICINA DURANET SU HOSPITALIZACION RECIBIO PRIMERO: ERTAPENEM + AMPICILINA; LUEGO RECIBIO TIGECICLINA + FLUCONAZOL. CULTIVOS RECIENTES: COCOS GRAM POSITIVOS EN SANGRE Y BACILOS GRAM NEGATIVOS EN ORINA (LLAMAMOS Y MAÑANAN NOS DEFINEN EL GERMEN Y SUSCEPTIBILIDAD) NEUROLOGICO: ECG 14/15 (AO 3-4 RV 4-5 RM 6) PUPILAS 3 MM REDONDAS Y REACTIVAS A LA LUZ SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE ANALISIS Y PLAN: SE TRATA DE UNA PACIENTE CON HOSPITALIZACION POROLONGADA (LLEVA 4 SEMANAS), INICIALMENTE COLECISTECTOMIZADA, LUEGO RE INTERVENIDA A LOS 5 DIAS POR APENDICITIS + FISTULAS, TODO ESTO EXTRA INSTITUCIONAL. AYER TRASLADADA D EPISO A UCI POR DETERIORO RESPIRATORIO. SE HIZO ECO TE QUE EL CARDIOLOGO REPORTO COMO FEVI 60%, CAVIDADES NORMALES, Y UNA MASA DE 15 MM DELGADA ADHERIDA A V CAVA SUPERIOR COMPATIBLE CON VEGETACION. POR OTROALDO EN PISO RETIRARON CATETER VENOSO CENTRAL. DE IGUAL MANERA SE REALIZO ANGIO TACD E TORAX, LEYO EL RADIOLOGO Y DESCARTO TEP, IMPORTANTES INFILTRADOS ALVEOLARES, CON ATELECTASIAS Y LESIONES EN VIDRIO ESMERALDO, COMPROMISO MULTILOBAR. DADA LA MALA MECANICA VENTILATORIA SE DECIDIO INTUBAR, EXITOSA AL IER INTENTO PREVIA S.I.R CON PREOXIEGNACION + FENATNYL + TIOPENTAL + SUCCINILCOLINA. SE PROCEDIO A RECLUTAR Y MEJORO EL VOLUMEN TIDAL Y AL DISTENSIBILIDAD. COMENTAREMOS EN REVISTA CON INFECTOLOGIA PARA DEFINIR APTA ANTIBIOTICA, DE IGUAL MANERA ESPERAMOS CULTIVOS DEFINITIVOS MAÑANA. PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA, REQUIERE MANEJO MEDICO Y MONITORIA EN LA UCI. SE SOLICITAN PARACLINICOS CONTROL. JL CASTILLO G., MD

**Objetivo** : PARACLINICOS RECIENTES: HB 7,4 HCTO 23 WBC 7690 NE 81% ABNDAS 4% PLAQ 145.000 NA 135 CL 102 K 3,9 BUN 14 BRBT 3,1 BRBD 2,8 AST 24 ALT 25 ALBUMINA 1,9 CALCIO 7,5 ABG: PH 7,36 PCO2 39 PO2 84 HCO3 24 BE 0 SAO2 96 VBG: SVCO2 66% LACTATO 2 PCR 270 EXAMEN FISICO: PACIENTE EN CAMA, CRITICAMENTE ENFERMA, POLIPNEICA, CON USO DE MUSCULOS ACCESORIOS DE LA RESPIRACION, TIRAJES, ALETEO NASAL. HABLA POR FRASES MUY CORTAS. LUCE DESNUTRIDA, LUCE PALIDA. EN ESTE MOMENTO TERMINANDOS E LA TRANSFUSION DE 1 UD GRE. CARDIOVASCULAR: RITMO TAQUICARDIA SNUSAL, SIN SOPORTE VASOACTIVO RESPIRATORIO: MAL PATRON RESPIRATORIO (YA DESCRITO), CON HIPOVENTILACION EN AMBOS CAMPOS PULMONARES RENAL: DIURESIS 1,3 CC/KG/H, PARA UN BALANCE (+) 1,3 L METABOLICO Y GASTROINTESTINAL: NUTRICION: NVO, CON TPN. ABDOMEN BALNDO Y DEPRESIBLE, SIN DEFENSA AL PALPAR. ESTA FAJADO. OBSERVO EN LINEA MEDIA BARERA Y BOLSA DE COLOSTOMIA CON CONTENIDO EN SU INTERIOR. EVALUAMOS LA PACIENTE CON ENFERMEAR DE TERAPIA ENTEROSTOMAL Y CONSIDERA HERIDA LIMPIA, NO NECESIDAD DE CAMBIO DE APOSITOS HOY. GLCUMETRIAS: 121-135 MG/DL HEMATOLOGICO E INFECCIOSO: SIN EVIDENCIA FRANCA DE SANGRADO ACTIVO SIN FIEBRE EN EL TRANCURSO DEL DIA DE AYER, AHORA 36,7 C ANTIBIOTICOS ACTUALES: VANCOMICINA + CEFEPIME + GENTAMICINA DURANET SU HOSPITALIZACION RECIBIO PRIMERO: ERTAPENEM + AMPICILINA; LUEGO RECIBIO TIGECICLINA + FLUCONAZOL. CULTIVOS RECIENTES: COCOS GRAM POSITIVOS EN SANGRE Y BACILOS GRAM NEGATIVOS EN ORINA (LLAMAMOS Y MAÑANAN NOS DEFINEN EL GERMEN Y SUSCEPTIBILIDAD) NEUROLOGICO: ECG 14/15 (AO 3-4 RV 4-5 RM 6) PUPILAS 3 MM REDONDAS Y REACTIVAS A LA LUZ SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

**Análisis** : ANALISIS Y PLAN: SE TRATA DE UNA PACIENTE CON HOSPITALIZACION POROLONGADA (LLEVA 4 SEMANAS), INICIALMENTE COLECISTECTOMIZADA, LUEGO RE INTERVENIDA A LOS 5 DIAS POR APENDICITIS + FISTULAS, TODO ESTO EXTRA INSTITUCIONAL. AYER TRASLADADA D EPISO A UCI POR DETERIORO RESPIRATORIO. SE HIZO ECO TE QUE EL CARDIOLOGO REPORTO COMO FEVI 60%, CAVIDADES NORMALES, Y UNA MASA DE 15 MM DELGADA ADHERIDA A V CAVA SUPERIOR COMPATIBLE CON VEGETACION. POR OTROALDO EN PISO RETIRARON CATETER VENOSO CENTRAL. DE IGUAL MANERA SE REALIZO ANGIO TACD E TORAX, LEYO EL RADIOLOGO Y DESCARTO TEP, IMPORTANTES INFILTRADOS ALVEOLARES, CON ATELECTASIAS Y LESIONES EN VIDRIO ESMERALDO, COMPROMISO MULTILOBAR. DADA LA MALA MECANICA VENTILATORIA SE DECIDIO INTUBAR, EXITOSA AL IER INTENTO PREVIA S.I.R CON PREOXIEGNACION + FENATNYL + TIOPENTAL + SUCCINILCOLINA. SE PROCEDIO A RECLUTAR Y MEJORO EL VOLUMEN TIDAL Y AL DISTENSIBILIDAD. COMENTAREMOS EN REVISTA CON INFECTOLOGIA PARA DEFINIR APTA ANTIBIOTICA, DE IGUAL MANERA ESPERAMOS CULTIVOS DEFINITIVOS MAÑANA. PACIENTE



## Historia Clínica General

CRITICAMENTE ENFERMA, REQUIERE MANEJO MEDICO Y MONITORIA EN LA UCI. SE SOLICITAN PARACLINICOS CONTROL. JL CASTILLO G., MD

**Plan** : ANALISIS Y PLAN: SE TRATA DE UNA PACIENTE CON HOSPITALIZACION POR LONGA (LLEVA 4 SEMANAS), INICIALMENTE COLECISTECTOMIZADA, LUEGO RE INTERVENIDA A LOS 5 DIAS POR APENDICITIS + FISTULAS, TODO ESTO EXTRA INSTITUCIONAL. AYER TRASLADADA A UCI POR DETERIORO RESPIRATORIO. SE HIZO ECO TE QUE EL CARDIOLOGO REPORTO COMO FEVI 60%, CAVIDADES NORMALES, Y UNA MASA DE 15 MM DELGADA ADHERIDA A V CAVA SUPERIOR COMPATIBLE CON VEGETACION. POR OTROALDO EN PISO RETIRARON CATETER VENOSO CENTRAL. DE IGUAL MANERA SE REALIZO ANGIO TACD E TORAX, LEYO EL RADIOLOGO Y DESCARTO TEP, IMPORTANTES INFILTRADOS ALVEOLARES, CON ATELECTASIAS Y LESIONES EN VIDRIO ESMERILADO, COMPROMISO MULTILOBAR. DADA LA MALA MECANICA VENTILATORIA SE DECIDIO INTUBAR, EXITOSA AL IER INTENTO PREVIA S.I.R CON PREOXIEGNACION + FENATNYL + TIOPENTAL + SUCCINILCOLINA. SE PROCEDIO A RECLUTAR Y MEJORO EL VOLUMEN TIDAL Y AL DISTENSIBILIDAD. COMENTAREMOS EN REVISTA CON INFECTOLOGIA PARA DEFINIR APTA ANTIBIOTICA, DE IGUAL MANERA ESPERAMOS CULTIVOS DEFINITIVOS MAÑANA. PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA, REQUIERE MANEJO MEDICO Y MONITORIA EN LA UCI. SE SOLICITAN PARACLINICOS CONTROL. JL CASTILLO G., MD

**Registro Profesional** : 762455

**Responsable** : CASTILLO, JOSE LUIS

**Fecha** : 21.06.2013 **Hora** : 12:52

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL

**Objetivo** : Pcte actualmente en manejo uci por sepsis, al parecer por vegetacion en cava y falla ventilatoria secundaria. Se le realizo ayer cambio de cvc por puncion. Se revisan rx torax postcateter y se evidencia el mismo en adecuada posicion. No neumotorax.

**Análisis** : Cateter venoso central apto para su uso, sin evidencia de complicaciones asociadas a procedimiento.

**Plan** : Sigue manejo uci y cirujano tratante. **Registro Profesional** : 76050100

**Responsable** : MILLAN MATTA, CLAUDIA JIMENA

**Fecha** : 21.06.2013 **Hora** : 15:08

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA INTESTINAL - AHORA CON TROMBOFLEBITIS SEPTICA POR CVC - NEUMONIA SECUNDARIA POR LO QUE REQUIERE VENTILACION MECANICA.

**Objetivo** : PA 169/87 PAM 110 FC 101 PVC 10 PC SO2 99% FIO2 50% PAFI 265 PIFR MUCOSAS ROSADAS ESTERTORES ALVEOLARES EN ACP E HIPOVENTILACION BIBASAL RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO FISTULA INTESTINAL EXTEREORIZADA CON BAJO PRODUCIDO DE LIQ INTESTINAL EXT SIN EDEMAS SNC SEDADA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SOPORTE VASOACTIVO, BUENA OXIGENACION, PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS, POR PARTE DE CIRUGIA GRAL CONTINUAR TPN - OCTEOTRIDE - LOPERAMIDA - KAOPECTATE - CURACIONES POR TEO Y SOPORTE NUTRICIONAL.

**Plan** : CONTINUAR SOPORTE DE UCI **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 22.06.2013 **Hora** : 00:31

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : DR SALAS INTERNISTA/ DR JARAMILLO MEDICO GENERAL UCI NOCHE DX: SEPSIS SEVERA ORIGEN PULMONAR 1.TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR A. COCOS GRAM + 2.EMBOLISMO SEPTICO A. NEUMONIA NECROTIZANTE??? 3. SDRA? 4. ICTERICIA COLESTASICA 5. POP COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 23/4/13 6. POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA MAS APENDICETOMIA MAS DRENAJE DE PERITONITIS 7. MULTIPLES LAVADOS QUIRURGICOS 8. FISTULA ENTEROCUTANEA 9. COLANGITIS ? PROBLEMAS VENTILACION MECANICA FISTULA ENTEROCUTANEA ANTIBIOTICOTERAPIA VANCOMICINA DIA 1 MEROPENEM DIA 0

**Objetivo** : NEUROLOGICO: RASS 2 PUPILAS ISOCORICAS FOTOREACTIVAS C/V: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TAQUICARDICOS FC 111 TA 156/75 TAM 95 RESPIRATORIO: MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO CON ESTERTORES GRUESOS INSPIRATORIA Y ESPIRATORIOS CON VENTILACION MECANICA MODO PC SO2 98% FR 16 PRESION PICO 40 FIO2 30% PEEP 12 RX TORAX TUBO EN TRAQUEA INFILTRADOS ALGODONOSOS EN ASCSPS NO CARDIOMEGALIA DERRAME PLEURAL IZQ GASES ARTERIALES PH 7,36 PO2 84 PCO2 39 HCO3 24 PAO2FIO2 265 BE -0 SO2VENOSA 66% GASTROINTESTINAL: FISTULA ENTEROCUTANEA 600 CC EN 12H TPN 69 CC H PERISTALTISMO PRESENTE SIN DEPOSICIONES GLUCOMETRIA 144 BILI TOTAL 3,1 DIRECTO 2,7 IND 0,38 FOSFATASA 536 TGO 275 TGP 24 RENAL: LA 2708 LE 1730 BALANCE POSTIVO 978 CC K H DIURESIS 0,7 CCK H NA 135 K 3,9 CL 102 MG 2 P 4,2 CALCIO 7,5 ALBUMINA 1,9 CR 0,2 BUN 14 INFECCIOSO T 38,1 CH LEU 7,6 NEU 81 HB 8,2 HCTO 23 PLT 145 BANDAS 4% PCR 270 HEMATOLOGICO PT 12 PTT 35 INR 1,19

**Análisis** : PACIENTE CRITICO EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES SE HALLA CON SIRS ACTIVO TAQUICARDICA CON LEUCOCITOSIS CON GASES VENOSOS HIPOPERFUNDIDA SO2 66% SIN METAS AUN EN SEPSIS CON HB 8 POR LO QUE SE ORDENA TRANSFUNDIR 2 U GR PARA METAS POR ENCIMA DE 10, PRESENTA BUENA DIURESIS PVC 15 SO2 98%. EL DIA DE HOY SE PASA REVISTA CON INFECTOLOGIA DR CHENG EL CUAL CONSIDERA QUE CURSA CON TROMBOFEBITIS INFECCIOSA Y DEBE DE

## Historia Clínica General

MANEJARSE POS AISLAMIENTO E COCO GRAM + CON VANCOMICINA, LA CUAL EN SU 4 TA DOSIS DEBERA DE TOMARSE NIVELES DE ESTA, SE ORDENO SUSPENDER CEFEPIME GENTAMICINA POR AISLAMIENTO DE GERMEN BACILO GRAM NEGATIVO PROBABLE ACINETOBACTER E INICIAR CUBRIMIENTO CON MEROPENEM POR LO QUE SE INICIA TAL MANEJO. SE HALLA CON CAIDA DE PAO2/FIO2 TRASTORNO SEVERO DE LA OXIGENACION, PEPP ALTO RX TORAX CON INFILTRADOS ALGODONOSOS SE CONSIDERA POSIBILIDAD DE SDRA POR LO QUE SE CONTINUA SOPORTE VENTILATORIO MODO PC Y VIGILAR LA EVOLUCION GASOMETRICA. SE INCREMENTO SEDOANALGESIA POR AGITACION PSICOMOTRIZ SE DEBE DE MANTENER RASS -3. SE HALLA ICTERICA CON PATRON COLESTACICO LA CUAL POR ANTECEDENTE QUIRURGICO COLECISTECTOMIA Y CLINICA EN EL MOMENTO SEPTICA DEBE DE CONSIDERARSE LA POSIBILIDAD DE COLANGITIS. SE TIENE PENDIENTE TIPIFICAR CULTIVOS SE CONTINUA MANEJO EN UCI POR VENTILACION MECANICA

**Plan** : EVOLUCION

**Registro Profesional** : 765636

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

**Fecha** : 22.06.2013 **Hora** : 07:29

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA INTESTINAL - TROMBOFLEBITIS SEPTICA POR CVC - NEUMONIA SECUNDARIA

**Objetivo** : pa 216/97 pam 121 fc 91 pvc 18 vm pc so2 99% fio2 40% pafi 335 peep 12 PIFR ESCLERAS LEVEMENTE ICTERICAS PULMONES HIPOVENTILACION BIBASAL ESTERTORES EN ACP RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 900 CC DE LIQ INTESTINAL EN 24 HORAS DIURESIS 1.7 CC/KG/H EXT SIN EDEMAS SNC SEDADA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE LLAMA LA A TENCION DESCENSO DE HB REQUIRIENDO NUEVA TRANSFUSION DE GR.... NO SE IDENTIFICA SITIO DE SANGRADO QUE ESTE PRODUCIENDO ESTE DESCENSO, EL PRODUCIDO POR LA FISTULA NUNCA HA SIDO HEMATICO, NO MELENAS NO HEMATURIA, TAC DE ABD DE HACE UNA SEM QUEDESCARTO COLECCIONES INTRABDOMINALES. SE CONTINUA SOPORTE VENTILATORIO EN UCI, MANEJO DE FISTULA INTESTINAL DE ALTO GASTO.

**Plan** : CONTINUA CON MANEJO EN UCI

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 22.06.2013 **Hora** : 13:36

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UNIDAD CUIDADO INTENSIVO. EVOLUCION UCI DIA. 25 AÑOS. FECHA DE INGRESO:2013-06-21. DRA.OSUNA INTERNISTA./DR.RUMBO MD ASISTENCIAL. DX: -SEPSIS SEVERA ORIGEN PULMONAR -TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR .COCOS GRAM + -EMBOLISMO SEPTICO .NEUMONIA NECROTIZANTE??? -SDRA? -ICTERICIA COLESTASICA -POP COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 23/4/13 -POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA MAS APENDICETOMIA MAS DRENAJE DE PERITONITIS -MULTIPLES LAVADOS QUIRURGICOS -FISTULA ENTEROCUTANEA DE ALTO GASTO -COLANGITIS ? PROBLEMAS -VENTILACION MECANICA -FISTULA ENTEROCUTANEA ANTIBIOTICOTERAPIA -VANCOMICINA DIA 2 -MEROPENEM DIA 1

**Objetivo** : PACIENTE EN CONDICIONES CRITICAS, EN VENTILACION MECANICA, HIPERTENSA, CON PICOS FEBRILES, BAJO SEDACION RASS 2. PA:216/97., PAM:121., FC:91., PVC:18. C/P:RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TAQUICARDICOS, MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO CON ESTERTORES GRUESOS Y HIPOVENTILACION BASAL EN ACP, EN VENTILACION MECANICA, MODO PC, SAT:99%, FR:16., FIO2:40%, PEEP:12., PAFI:335. G/I:BAJO SEDACION, CON FISTULA ENTEROCUTANEA QUE PRODUCE 600 CC EN 12H, TPN 69 CC/H, PERISTALTISMO +. G/U:DIURESIS DE 1.7 CC/K/HORA, CON BALANCE + DE 1991 CC. METABOLICO:GLUCOMETRIA DE 129 MG/DL. SNC:BAJO SEDACION. LABORATORIOS: HB:7.7., HTO:23., PLAQUETAS:187000., LEUCOS:6600., BANDAS:1%, LACTATO:1.4., BUN:15., CREATININA:0.3., SODIO:136., POTASIO:3.8., CLORO:104., MAGNESIO:1.8., FOSFORO:4.2., CALCIO:7.9. GASES ARTERIALES: PH:7.42., PCO2:37., PAO2:134., HCO3:23., BE:-0.6., PAFI:335.

**Análisis** : PACIENTE MUY CRITICA, EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES, CON SIRS ACTIVO, TAQUICARDICA CON LEUCOCITOSIS, HIPOPERFUNDIDA SO2 66% ,AUN EN SEPSIS, ANEMICA CON HB 7.7., AYER VALORADA EN REVISTA CON INFECTOLOGIA DR CHENG, QUE CONSIDERA CURSA CON TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA Y DEBE DE MANEJARSE CON AISLAMIENTO DE COCO GRAM + CON VANCOMICINA, YA RECIBIO SE SU 4 DOSIS, PENDIENTE REPORTE DE NIVELES VALLE DE VANCO, ADICIONAR MEROPENEM POR AISLAMIENTO DE GERMEN BACILO GRAM NEGATIVO PROBABLEMENTE ACINETOBACTER, EN REVISTA CON LA DRA OSUNA SE DEBE CONTINUAR CON SOPORTE VENTILATORIO MODO PC Y VIGILAR LA EVOLUCION GASOMETRICA. VALORADA Y COMENTADA CON LA DRA HORMIGA CIRUJANA QUE SUGIERE ANTE LOS HALLAZGOS DE ICTERICA CON PATRON COLESTACICO Y EL ANTECEDENTE QUIRURGICO DE COLECISTECTOMIA Y PICOS FEBRILES DEBE DE CONSIDERARSE LA POSIBILIDAD DE COLANGITIS, PENDIENTE TIPIFICAR CULTIVOS, EN ESPERA DE EVOLUCION. SE CONTINUA MANEJO EN UCI POR VENTILACION MECANICA.

**Plan** : PENDIENTE TOMAR ECO ABDOMINAL TOTAL, PENDIENTE REPORTE DE NIVELES VALLE DE VANCO, RESTO DE MANEJO MEDICO IGUAL.

**Registro Profesional** : 17505

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Fecha** : 22.06.2013 **Hora** : 23:36

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : DRA OSUNA INTERNISTA/ DR JARAMILLO MEDICO GENERAL UCI NOCHE DX:-SEPSIS SEVERA ORIGEN PULMONAR -TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR .COCOS GRAM + -EMBOLISMO SEPTICO .NEUMONIA

## Historia Clínica General

NECROTIZANTE??? -SDRA? -ICTERICIA COLESTASICA -POP COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 23/4/13 -POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA MAS APENDICETOMIA MAS DRENAJE DE PERITONITIS -MÚLTIPLES LAVADOS QUIRÚRGICOS -FISTULA ENTEROCUTANEA DE ALTO GASTO -COLANGITIS ? PROBLEMAS -VENTILACION MECANICA -FISTULA ENTEROCUTANEA ANTIBIOTICOTERAPIA -VANCOMICINA DIA 3 -MEROPENEM SUSPENDIDO (22/6/13) -DORIPENEM DIA 0 -COLISTINA ( 5 MG K DIA) DIA 0 -AMIKACINA DIA 0

**Objetivo** : NEUROLOGICO: RASS MENOS 1 PUPILAS ISOCORICAS FOTO REACTIVAS NO FOCALIZADA C/V : RUIDOS CARDIACOS RITMICOS CON TA 185/87 TAM 109 FC 106 RESPIRATORIO: MURMULLO VESICULAR PRESENTE DISMINUIDO ESTERTORES EN ASCPS ESPIRATORIOS E INSPIRATORIOS RONCUS CON VENTILACION MECANICA MODO PC FR 17 PRESION PICO 28 PEEP 10 VT 431 RX TORAX CON EVIDENCIA DE INFILTRADOS ALGODONOSOS EN ASCPS NO DERRAME PLEURAL GASES ARTERIALES GASTROINTESTINAL: PLANO BLANDO PERISTALTISMO DISMINUIDO DE INTENSIDAD AUSENCIA DE DEPOSICIONES HACE 5 DIAS FISTULA 150 CC EN 12H GLUCOMETRIA 130 TOLERA TPN A 69 CC H RENAL LA 2306 LE 1360 BALANCE POSITIVO 945 DIURESIS 2,3 CC K H BUN 15 CR 0,2 CALCIO 7,9 FOSFORO 4,2 NA 136 K 3,8 CL 104 MG 1,8 HEMATOLOGICO LACTATO 1,4 CH LEU 6,6 NEU 66 HB 7,7 HCTO 23 PLT 187 INFECCIOSO T 38,4

**Análisis** : PACIENTE CRITICA EN MUY MAL ESTADO GENERAL EN SIRS ACTIVO FEBRIL, TAQUICARDICA EN QUIEN SE AISLO EN UROCULTIVO ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES CON MAS DE 100 000 UFC MULTIRRESISTENTE POR LO QUE SE CONSIDERA QUE DEBE DE OPTIMARSE MANEJO ANTIBIOTICO SE SUSPENDE MEROPENEM SE INICIA DORIPENEM AMP 500 MG 1 GR EV C 8H, COLISTINA VIAL 150 MG ( 5 MG K DIA) APLICAR 75 MG C 8H EV SE REALIZA CTC PARA ESTOS, ADEMÁS POR 3 DIAS INICIO DE AMIKACINA 1 GR EV DIA Y SE SOLICITA VALORACION POR INFECTOLOGIA. PACIENTE QUIEN PERSISTE CON PARAMETROS VENTILATORIAO ALTOS CON PRESION PICO Y PEEP ALTOS Y ANTE RASS MENOS 1 INCREMENTAR SEDACION DORMICUM A 10 MG H PARA MANTENIMIENTO DE RASS MENOS 3 -4, CON LO QUE A SU VEZ SE PRETENDE OBTENER DISMINUCION DE TA YA QUE PACIENTE CON EPISODIO DE DESACOPLE A VENTILADOR Y ANSIEDAD. PRESENTA BUENA DIURESIS SIN ALTERACION EN SU FUNCION SIN TRASTORNO HIDROELECTROLITICO A PESAR DE QUE FISTULA AUN PERSISTE SECRETANDO. SE TIENE PENDIENTE ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL SE CONTINUA MANEJO EN UCI VENTILACION MECANICA

**Plan** : EVOLUCION

**Registro Profesional** : 765636

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

**Fecha** : 23.06.2013 **Hora** : 11:23

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UNIDAD CUIDADO INTENSIVO. EVOLUCION UCI DIA. 25 AÑOS. FECHA DE INGRESO:2013-06-21. DRA.OSUNA INTERNISTA./DR.RUMBO MD ASISTENCIAL. DX: -SEPSIS SEVERA ORIGEN PULMONAR -TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR .COCOS GRAM + -EMBOLISMO SEPTICO .NEUMONIA NECROTIZANTE??? -SDRA? -ICTERICIA COLESTASICA -POP COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 23/4/13 -POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA MAS APENDICETOMIA MAS DRENAJE DE PERITONITIS -MÚLTIPLES LAVADOS QUIRÚRGICOS -FISTULA ENTEROCUTANEA DE ALTO GASTO -COLANGITIS ? PROBLEMAS -VENTILACION MECANICA -FISTULA ENTEROCUTANEA ANTIBIOTICOTERAPIA -VANCOMICINA DIA 4 -MEROPENEM SUSPENDIDO (22/6/13) -DORIPENEM DIA 1 -COLISTINA ( 5 MG K DIA) DIA 1 -AMIKACINA DIA 1

**Objetivo** : PACIENTE EN CONDICIONES CRITICAS, EN VENTILACION MECANICA, HIPERTENSA, CON PICOS FEBRILES, BAJO SEDACION RASS 2. PA:216/97., PAM:121., FC:91., PVC:18. C/P:RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TAQUICARDICOS, MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO CON ESTERTORES GRUESOS Y HIPOVENTILACION BASAL EN ACP, EN VENTILACION MECANICA, MODO PC, SAT:99%, FR:16., FIO2:40%, PEEP:12., PAFI:335. G/I:BAJO SEDACION, CON FISTULA ENTEROCUTANEA QUE PRODUCE 600 CC EN 12H, TPN 69 CC/H, PERISTALTISMO +. G/U:DIURESIS DE 1.7 CC/K/HORA, CON BALANCE + DE 1991 CC. METABOLICO:GLUCOMETRIA DE 129 MG/DL. SNC:BAJO SEDACION. LABORATORIOS: HB:7.7., HTO:23., PLAQUETAS:187000., LEUCOS:6600., BANDAS:1%, LACTATO:1.4., BUN:15., CREATININA:0.3., SODIO:136., POTASIO:3.8., CLORO:104., MAGNESIO:1.8., FOSFORO:4.2., CALCIO:7.9. GASES ARTERIALES: PH:7.42., PCO2:37., PAO2:134., HCO3:23., BE:-0.6., PAFI:335.

**Análisis** : PACIENTE MUY CRITICA, COHORTIZADA, EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES, CON SIRS ACTIVO, FEBRIL, TAQUICARDICA CON LEUCOCITOSIS, EN SEPSIS, CON HB 9.8, COMENTADA CON EL DR. SEGURA INFECTOLOGO DEBE DE MANEJARSE CON AISLAMIENTO DE COCO GRAM + CON VANCOMICINA 1 GR CADA 12 HORAS + CEFEPIME 2 GR EV CADA 8 HORAS, REPORTE DE NIVELES VALLE DE VANCO ESTAN EN 10, EN REVISTA CON LA DRA OSUNA SE DECIDE SUSPENDER DORIPENEM, AMIKACINA Y COLISTINA, PENDIENTE TOMAR ECO DE ABDOMEN TOTAL Y REPORTE DE HEMOCULTIVOS, DEBE CONTINUAR CON SOPORTE VENTILATORIO MODO PC Y VIGILAR LA EVOLUCION GASOMETRICA, EN ESPERA DE EVOLUCION. SE CONTINUA MANEJO EN UCI POR VENTILACION MECANICA.

**Plan** : PENDIENTE TOMAR ECO DE ABDOMEN TOTAL, INICIAR CEFEPIME 2 GR EV CADA 8 HORAS, RESTO DE MANEJO MEDICO IGUAL.

**Registro Profesional** : 17505

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Fecha** : 23.06.2013 **Hora** : 14:54

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA:

**Objetivo** : PACIENTE CON EXANTEMA SECUNDARIO A ADMINISTRACION DE VANCOMICINA

**Análisis** : PACIENTE CON REACCION HISTAMINICA SECUNDARIO A LA ADMINISTRACION DE VANCOMICINA A QUIEN SE HACE NECESARIO CONTROL INMEDIATO CON ANTIHISTAMINICO EV.

## Historia Clínica General

**Plan** : CLEMASTINA 1 AMPOLLA DIRECTA AHORA... PASAR PROXIMA DOSIS DE VANCOMICINA LENTO PARA 3 HRS  
VIGILAR REACCION PARA DEFINIR SI ES NECESARIO CAMBIO DE ANTIBIOTICO  
**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO **Registro Profesional** : 17505

**Fecha** : 23.06.2013 **Hora** : 16:27

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UNIDAD CUIDADO INTENSIVO. EVOLUCION UCI TARDE. 25 AÑOS. FECHA DE INGRESO:2013-06-21.

DRA.OSUNA INTERNISTA./DR.RUMBO MD ASISTENCIAL. DX: -SEPSIS SEVERA ORIGEN PULMONAR -TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR .COCOS GRAM + -EMBOLISMO SEPTICO .NEUMONIA NECROTIZANTE??? -SDRA? -ICTERICIA COLESTASICA -POP COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 23/4/13 -POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA MAS APENDICETOMIA MAS DRENAJE DE PERITONITIS -MULTIPLES LAVADOS QUIRURGICOS -FISTULA ENTEROCUTANEA DE ALTO GASTO -COLANGITIS ? PROBLEMAS -VENTILACION MECANICA -FISTULA ENTEROCUTANEA ANTIBIOTICOTERAPIA -VANCOMICINA DIA 4 -CEFEPIME 2 GR EV CADA 8 HORAS DIA 1

**Objetivo** : PACIENTE CONTINUA EN CONDICIONES CRITICAS, HIPERTENSA, TAQUICARDICA, CON PICOS FEBRILES DE 39.4º, EN VENTILACION MECANICA, HIPERTENSA, BAJO SEDACION RASS 2. PA:205/85., PAM:118., FC:114., PVC:11. C/P:RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TAQUICARDICOS, CON ESTERTORES GRUESOS Y HIPOVENTILACION BASAL EN ACP, EN VENTILACION MECANICA, MODO PC, SAT:95%., FR:16., FIO2:40%., PEEP:8., PAFI:277. G/I:BAJO SEDACION, CON FISTULA ENTEROCUTANEA CON ALTO PRODUCIDO, CON TPN 69 CC/H, PERISTALTISMO +. G/U:DIURESIS DE 8.5 CC/K/HORA, EN LAS ULTIMAS 6 HORAS, CON BALANCE - DE 1431 CC. METABOLICO:GLUCOMETRIA DE 106 MG/DL. SNC:BAJO SEDACION. SE TOMO ECO ABDOMINAL, QUE LA RADIOLOGA INFORMA VERBALMENTE NO HAY SIGNOS ECOGRAFICOS DE COLANGITIS, PENDIENTE INFORME POR ESCRITO.

**Análisis** : PACIENTE MUY CRITICA, COHORTIZADA, EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES, CON SIRS ACTIVO, CON PICOS FEBRILES DE 39.4ºFEBRIL, TAQUICARDICA Y HIPERTENSA, EN SEPSIS, SE VALORA CON LA DRA. OSUNA SE SUGIERE POLICULTIVAR, ADMINISTRAR 1 GR DE ACETAMINOFEN AHORA, MEDIOS FISICOS, EN ESPERA DE EVOLUCION.

**Plan** : POLICULTIVAR, 2 HEMOCULTIVOS PERIFERICOS, 1 HEMOCULTIVO DE BARRIDO DE CATETER, UROCULTIVO + KOH Y CULTIVO DE SECRECION OROTRAQUEAL + KOH. ACETAMINOFEN TAB 1 GR AHORA UNICA DOSIS, RESTO DE MANEJO MEDICO IGUAL.

**Registro Profesional** : 17505

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Fecha** : 24.06.2013 **Hora** : 00:05

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI NOCHE- 23.06.2013 NOMBRE:MELISSA GALLEGU QUINCHIA EDAD: 25 años

DIAGNOSTICOS: SEPSIS SEVERA ORIGEN PULMONAR TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA SUPERIOR EMBOLISMO SEPTICO NEUMONIA NECROTIZANTE??? ICTERICIA COLESTASICA POP COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 23/4/13 POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA MAS APENDICETOMIA MAS DRENAJE DE PERITONITIS MULTIPLES LAVADOS QUIRURGICOS FISTULA ENTEROCUTANEA DE ALTO GASTO COLANGITIS ? PROBLEMAS: NECESIDAD DE VMI TRASTORNO HIDRO ELECTROLITICO FIEBRE ALTA DIURESIS JUSTIFICACION MANEJO EN UCI: PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA QUIN REQUIERE CUIDADOS DE ENFERMERIA Y TERAPIA RESPIRATORIA INTENSIVA; POR OTRO LADO NECESITA VMI CON SEDACION PARA CLINICOS RECIENTES: NIVELES VALLE DE VANCOMICINA 10 SIGNOS VITALES: T 36,8 C TA 173/78 TAM 103 MM HG FC 91 X MIN PVC 11 SPO2 100% EXAMEN FISICO: PACIENTE EN CAMA, CRITICAMENTE ENFERMA, SEDADA Y VENTILADA MECANICAMENTE CON ACEPTABLE ACOPLE A LA VMI CARDIOVASCULAR: RITMO TAQUICARDIA SINUSAL , SIN SOPORTE VASOACTIVO RESPIRATORIO: PATRON RESPIRATORIO ACEPTABLE, CON HIPOVENTILACION EN AMBAS BASES PULMONARES. ACOPLADA AL VMI IOT + VMI: MODO PC PEEP 8 FIO2 0,4 FR 14 X MIN VT 460 ML P MEDIA 12 RENAL: DIURESIS 8 CC/KG/H PARA UN BALANCE (-) 3,5L METABOLICO Y GASTROINTESTINAL: NUTRICION: PARENTERAL 69 CC/H . ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE, SIN DEFENSA AL PALPAR GLUCOMETRIAS: 106-126 MG/DL HEMATOLOGICO E INFECCIOSO: SIN EVIDENCIA FRANCA DE SANGRADO ACTIVO VARIOS PICOS DE FIEBRE EN EL TRANCURSO DEL DIA DE HOY (MAXIMO 39,4), AHORA 36,8C ANTIBIOTICOS ACTUALES: VANCOMICINA + CEFEPIME CULTIVOS RECIENTES: PUNTA DE CATETER: Staphylococcus warneri (20.06) HEMOCULTIVO 1: Staphylococcus haemolyticus (19.06) HEMOCULTIVOS 2/2: Enterobacter cloacae + Staphylococcus warneri (19.06) NEUROLOGICO: ECG 6/15 (AO 1 RV 1 RM 4) PUPILAS 2 MM REDONDAS Y REACTIVAS A LA LUZ SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE ANALISIS Y PLAN: SE TRATA DE UN PACIENTE, EN TERCERA DECADA DE LA VIDA, COMPLETANDO 4 SEMANAS DE HOSPITALIZACION EN CLINICA AMIGA, AHORA EN UCI PRO FLEBITIS SEPTICA EN VENA CAVA, CON APARENTE EMBOLISMO DE VEGETACION A PULMON Y CURSANDO CON SEVERA NEUMONIA DE DISEMINACION HEMATOGENA QUE REQUIRIO SOPORTE VENTILATORIO. NOS LLAMA LA ATENCION PERISTENCIA DE FIEBRE EL DIA DE HOY A PASAR DE MANEJO POR ANTIBIOTICOTERAPIA DE AMPLIO ESPECTRO. HO SALIERON LOS REPORTES FIANLES DE LOS CULTIVOS Y EN CONJUNTO CON INFECTOLOGO SE DECIDIO DEJAR VANCOMICINA + CEFEPIME. POR OTRO LADO LOS NIVELES DE VANCOMICINA SALIERON EN 10, IDEALMENTE ENTERO 15 Y 20 PARA BACTEREMIA PRO LO CAUL AJUSTO DOSIS A 1,5 GR BID. EN MI CONCEPTO SE TRATA DE UN CASO BASTANTE COMPLEJO, AHORA UNA INFECCION SEVERA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDA (INMUNOSUPRESION DADA POR SU DESNUTRICION) QUE DETERMINA RIESGO ALTO DE MUERTE PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA, REQUIERE MANEJO MEDICO Y MONITORIA EN LA UCI. SE SOLICITAN PARA CLINICOS CONTROL. JL CASTILLO G., MD

**Objetivo** : PARA CLINICOS RECIENTES: NIVELES VALLE DE VANCOMICINA 10 SIGNOS VITALES: T 36,8 C TA 173/78 TAM 103 MM HG FC 91 X MIN PVC 11 SPO2 100% EXAMEN FISICO: PACIENTE EN CAMA, CRITICAMENTE ENFERMA, SEDADA Y VENTILADA MECANICAMENTE CON ACEPTABLE ACOPLE A LA VMI CARDIOVASCULAR: RITMO TAQUICARDIA SINUSAL , SIN

## Historia Clínica General

SOPORTE VASOACTIVO RESPIRATORIO: PATRON RESPIRATORIO ACEPTABLE, CON HIPOVENTILACION EN AMBAS BASES PULMONARES. ACOPLADA AL VMI IOT + VMI: MODO PC PEEP 8 FIO2 0,4 FR 14 X MIN VT 460 ML P MEDIA 12 RENAL: DIURESIS 8 CC/KG/H PARA UN BALANCE (-) 3,5L METABOLICO Y GASTROINTESTINAL: NUTRICION: PARENTERAL 69 CC/H . ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE, SIN DEFENSA AL PALPAR GLCUMETRIAS: 106-126 MG/DL HEMATOLOGICO E INFECCIOSO: SIN EVIDENCIA FRANCA DE SANGRADO ACTIVO VARIOS PICOS DE FIEBRE EN EL TRANSCURSO DEL DIA DE HOY (MAXIMO 39,4), AHORA 36,8C ANTIBIOTICOS ACTUALES: VANCOMICINA + CEFEPIME CULTIVOS RECIENTES: PUNTA DE CATETER: Staphylococcus warneri (20.06) HEMOCULTIVO 1: Staphylococcus haemolyticus (19.06) HEMOCULTIVOS 2/2: Enterobacter cloacae + Staphylococcus warneri (19.06) NEUROLOGICO: ECG 6/15 (AO 1 RV 1 RM 4) PUPILAS 2 MM REDONDAS Y REACTIVAS A LA LUZ SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

**Análisis** : ANALISIS Y PLAN: SE TRATA DE UN PACIENTE, EN TERCERA DECADA DE LA VIDA, COMPLETANDO 4 SEMANAS DE HOSPITALIZACION EN CLINICA AMIGA, AHORA EN UCI PRO FLEBITIS SEPTICA EN VENA CAVA, CON APARENTE EMBOLISMO DE VEGETACION A PULMON Y CURSANDO CON SEVERA NEUMONIA DE DISEMINACION HEMATOGENA QUE REQUIRIO SOPORTE VENTILATORIO. NOS LLAMA LA ATENCION PERISTENCIA DE FIEBRE EL DIA DE HOY A PASAR DE MANEJO POR ANTIBIOTICOTERAPIA DE AMPLIO ESPECTRO. HO SALIERON LOS REPORTES FIANLES DE LOS CULTIVOS Y EN CONJUNTO CON INFECTOLOGO SE DECIDIO DEJAR VANCOMICINA + CEFEPIME. POR OTRO LADO LOS NIVELES DE VANCOMICINA SALIERON EN 10, IDEALMENTE ENTERE 15 Y 20 PARA BACTEREMIA PRO LO CAUL AJUSTO DOSIS A 1,5 GR BID. EN MI CONCEPTO SE TRATA DE UN CASO BASTANTE COMPLEJO, AHORA UNA INFECCION SEVERA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDA (INMUNOSUPRESION DADA POR SU DESNUTRICION) QUE DETERMINA RIESGO ALTO DE MUERTE PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA, REQUIERE MANEJO MEDICO Y MONITORIA EN LA UCI. SE SOLICITAN PARACLINICOS CONTROL. JL CASTILLO G., MD

**Plan** : ANALISIS Y PLAN: SE TRATA DE UN PACIENTE, EN TERCERA DECADA DE LA VIDA, COMPLETANDO 4 SEMANAS DE HOSPITALIZACION EN CLINICA AMIGA, AHORA EN UCI PRO FLEBITIS SEPTICA EN VENA CAVA, CON APARENTE EMBOLISMO DE VEGETACION A PULMON Y CURSANDO CON SEVERA NEUMONIA DE DISEMINACION HEMATOGENA QUE REQUIRIO SOPORTE VENTILATORIO. NOS LLAMA LA ATENCION PERISTENCIA DE FIEBRE EL DIA DE HOY A PASAR DE MANEJO POR ANTIBIOTICOTERAPIA DE AMPLIO ESPECTRO. HO SALIERON LOS REPORTES FIANLES DE LOS CULTIVOS Y EN CONJUNTO CON INFECTOLOGO SE DECIDIO DEJAR VANCOMICINA + CEFEPIME. POR OTRO LADO LOS NIVELES DE VANCOMICINA SALIERON EN 10, IDEALMENTE ENTERE 15 Y 20 PARA BACTEREMIA PRO LO CAUL AJUSTO DOSIS A 1,5 GR BID. EN MI CONCEPTO SE TRATA DE UN CASO BASTANTE COMPLEJO, AHORA UNA INFECCION SEVERA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDA (INMUNOSUPRESION DADA POR SU DESNUTRICION) QUE DETERMINA RIESGO ALTO DE MUERTE PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA, REQUIERE MANEJO MEDICO Y MONITORIA EN LA UCI. SE SOLICITAN PARACLINICOS CONTROL. **Registro Profesional** : 762455

**Responsable** : CASTILLO, JOSE LUIS

**Fecha** : 24.06.2013 **Hora** : 10:44

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA INTESTINAL - TROMBOFLEBITIS SEPTICA POR CVC - NEUMONIA SECUNDARIA

**Objetivo** : PA 153/75 PAM 98 FC 118 PVC 9 T 38.3 VM PC PEEP 8 FIO2 35% SO2 97% SVO2 83% PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON FISTULA PRODUCIDO INTESTINAL 450 CC RN 24 HROAS DIURESIS 8.7 CC/KG/H CR 0.2 BUN 13.7 NA 134 K 4.68 CL 102 HEMAT CH L 6770 N 72.6 HB 10.6 PLAQ 203000 PCR 120 SNC SEDADA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON PARAMETROS VENTILATORIOS BAJOS CON BUENA OXIGENACION, LLAMA LA ATENCION TAQUICARDIA SOSTENIDA, FIEBRE Y ASCENSO DE PCR, TIENE PDTE CULTIVOS DE AYER, SIN ACIDOSIS METABOLICA NI DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO, EN TTO ATB DE AMPLIO ESPECTRO... ESTAFILOCOCO METICILINO SENSIBLE EN SANGRE Y ENTEROACTER CLOACAE EN ORINA.

**Plan** : CONTINUAR MANEJO EN UCI PDTE RTDO **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 24.06.2013 **Hora** : 12:48

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA REVISTA/ IC INFECTO

**Objetivo** : Se pasa revista con el Dr. Soto cirujano intensivista encontrando a paciente quien hoy completa 4 días de reingreso a UCI, con antecedente de colecistectomía + apendicectomía con múltiples lavados y fistula ileo residual, ingresada en falla ventilatoria asociada a sepsis por tromboflebitis septic de vena cava con posibilidad de embolia septic y compromiso tipo consolidación (neumonía) pulmonar. Paciente en regulares condiciones, conectada a VM con mejoría de la rayos x de torax, febril con FC elevadas (persiste con SIRS), poliurica con electrolitos normales. Se revisa cultivos encontrando en cultivos del 20 y el 22 así: - Sangre con E. cloacae y staphylococcus warneri sensibles - CVC: S. warneri sensible - Orina con E. cloacae y aerogenes sensible - SOT negativos a las 72 horas Recibe en el momento: vancomina 1.5g cada 12 horas + cefepime 2 g cada 8 horas desde el 20 06 2013.

**Análisis** : Paciente con tromboflebitis de vena cava superior septic con aislamiento de múltiples germen en múltiples localizaciones, presenta dependencia a VM con persistencia de SIRS, hoy en 4 día de vanco/cefepime con S. warneri, E. cloacae y aerogenes aislados en múltiples sitios (CVC, sangre, orina). Se consulta con infectología quien considera suspender vancomicina por requerir de altas dosis, dejar con daptomicina 8mg kg hora (w 45kg) y linezolid 600mg cada 12 horas, continuar con cefepime, tomar CPK

## Historia Clínica General

y pruebas hepáticas de control, realizar cultivos de hongos en orina, sangre y SOT, por ahora no cubrimiento antimicótico. Los antibióticos deberán llevarse a 4 a 6 semanas a partir de la fecha de hoy. Pendiente los cultivos tomados ayer además de reporte de eco de abdomen.

**Plan** : 1. suspender vancomicina 2. continuar con cefepime 2 gramos EV cada 8 horas 3. daptomicina 350mg cada día EV por 45 días 4. linezolid 600mg cada 12 horas EV por 45 días 5. tomar CPK, pruebas hepáticas 6. tomar cultivo de orina, sangre y SOT para hongos 7. pendiente reporte de cultivos de ayer + eco de abdomen **Registro Profesional** : 76-2865

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 24.06.2013 **Hora** : 17:10

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA

**Objetivo** : SE HACE CTC PARA BOLSA Y BARRERA DE COLOSTOMIA 1 DE CADA UNA CADA 30 DIAS

**Análisis** : X

**Plan** : X

**Registro Profesional** : 520160

**Responsable** : ERAZO CORAL, JORGE ARTURO

**Fecha** : 24.06.2013 **Hora** : 17:52

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : uci día // dr soto intensivista dr coral asistencial dx 1 tromboflebitis séptica a- embolismo séptico 2 ictericia colestásica 3 pop laparoscopia 23 de abril de 2013 4 pop apendicectomía + drenaje de peritonitis 5 pop múltiples lavados peritoneales 6 fistula enterocutánea 7 sepsis por enterobacter cloacae y; staphylococcus warneri 8 sepsis por enterococo aerógenos multiresistente problemas// aislamiento ventilación mecánica sirs activo apesar de manejo atb poliuria

**Objetivo** : paciente en condiciones críticas en manejo en uci con los siguientes hallazgos// hemodinámico//sin soporte vasoactivo medias entre 90-110 fc 128 taquicardia sinusual// respiratorio// en ventilación mecánica invasiva controlada por presión peep de 8 fio2 40% sat 94% // gastro// sin vía oral alimentación vía periantral a 69 cc hora// renal// diuresis 6,1 cc k hora bal - 668 cc bun 13,7 cr 0,26 na 134 k 4,6 cl 103 ca 8,5 mg 2,1 p 4,6// hematoinfeccioso// en sirs activo leucos de 6770 nt 72% pcr 120 bandas 4% sin evidencia de sangrado hb 10,6 hto 32,6 plt 203000// neuro rass -4

**Análisis** : Paciente con tromboflebitis de vena cava superior séptica con aislamiento de múltiples gérmenes en múltiples localizaciones, presenta dependencia a VM con persistencia de SIRS, hoy en 4 día de vanco/cefepime con S. warneri, E. cloacae y aerógenos aislados en múltiples sitios (CVC, sangre, orina). Se consulta con infectología quien considera suspender vancomicina por requerir de altas dosis, dejar con daptomicina 8mg kg hora (w 45kg) y linezolid 600mg cada 12 horas, continuar con cefepime, tomar CPK y pruebas hepáticas de control, realizar cultivos de hongos en orina, sangre y SOT, por ahora no cubrimiento antimicótico. Los antibióticos deberán llevarse a 4 a 6 semanas a partir de la fecha de hoy. Pendiente los cultivos tomados ayer además de reporte de eco de abdomen.

**Plan** : plan de manejo actual 1. suspender vancomicina 2. continuar con cefepime 2 gramos EV cada 8 horas 3. daptomicina 350mg cada día EV por 45 días 4. linezolid 600mg cada 12 horas EV por 45 días 5. tomar CPK, pruebas hepáticas 6. tomar cultivo de orina, sangre y SOT para hongos 7. pendiente reporte de cultivos de hoy + eco de abdomen 8. aislamiento estricto **Registro Profesional** : 520160

**Responsable** : ERAZO CORAL, JORGE ARTURO

**Fecha** : 24.06.2013 **Hora** : 22:48

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UNIDAD CUIDADO INTENSIVO. EVOLUCION UCI NOCHE. 25 AÑOS. FECHA DE INGRESO:2013-06-21.

DR.URREGO ANESTESIOLOGO/DR.RUMBO MD ASISTENCIAL UCI. DX: -SEPSIS SEVERA ORIGEN PULMONAR -TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR .COCOS GRAM + -EMBOLISMO SEPTICO .NEUMONIA NECROTIZANTE??? -SDRA? -ICTERICIA COLESTASICA -POP COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 23/4/13 -POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA MAS APENDICETOMIA MAS DRENAJE DE PERITONITIS -MÚLTIPLES LAVADOS QUIRÚRGICOS -FISTULA ENTEROCUTANEA DE ALTO GASTO -COLANGITIS ? PROBLEMAS -VENTILACION MECANICA -FISTULA ENTEROCUTANEA ANTIBIOTICOTERAPIA -LINEZOLID 600 MG EV CADA 12 HORAS DIA 1. -CEFEPIME 2 GR EV CADA 8 HORAS DIA 2. -DAPTOMICINA 350 MG EV CADA 24 HORAS DIA 1. -ANIDULAFUNGINA 100 MG EV CADA 24 HORAS DIA 1.

**Objetivo** : PACIENTE CONTINUA EN CONDICIONES CRÍTICAS, HIPERTENSA, TAQUICÁRDICA, EN VENTILACIÓN MECÁNICA, BAJO SEDACIÓN RASS 2. PA:115/61., PAM:74., FC:98., PVC:10. C/P:RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS TAQUICÁRDICOS, CON ESTERTORES GRUESOS Y HIPOVENTILACIÓN BASAL EN ACP, EN VENTILACIÓN MECÁNICA, MODO PC, SAT:100%, FR:12., FIO2:40%, PEEP:8., PAFI:280. G/I:BAJO SEDACIÓN, CON FISTULA ENTEROCUTANEA CON ALTO PRODUCIDO, CON TPN 69 CC/H, PERISTALTISMO + . G/U:DIURESIS DE 6.0 CC/K/HORA, EN LAS ÚLTIMAS 6 HORAS, CON BALANCE - DE 1226 CC, CON REPOSICIÓN DE POTASIO CENTRAL. METABOLICO:GLUCOMETRIA DE 120 MG/DL. SNC:BAJO SEDACIÓN.

**Análisis** : PACIENTE CONTINUA MUY CRÍTICA, COHORTIZADA, EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES, EN SEPSIS, COMENTADA HOY EN REVISTA DE INFECTOLOGIA DONDE SUGIEREN SUSPENDER VANCOMICINA, CONTINUAR CON CEFEPIME, INICIAR LINEZOLID + DAPTOMICINA + ANIDULAFUNGINA DE 4 A 6 SEMANAS, EN REVISTA CON EL DR. URREGO SE SUGIERE CONTINUAR CON IGUAL MANEJO MÉDICO EN ESPERA DE EVOLUCIÓN.

**Plan** : LABORATORIOS DE CONTROL, PENDIENTE REPORTE DE ECO ABDOMINAL TOMADO AYER, Y DE HEMOCULTIVOS Y UROCULTIVO YA TOMADOS, RESTO DE MANEJO MEDICO IGUAL **Registro Profesional** : 520160

**Historia Clínica General****Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO**Fecha** : 25.06.2013 **Hora** : 09:23**Tipo** : Evolución**Subjetivo** : requerimiento de barrera y bolsa de colostomía**Objetivo** : se solicita bolsa y barrera de colostomía, se hace CTC de bolsa y barrera nº70**Análisis** : se solicita bolsa y barrera de colostomía, se hace CTC de bolsa y barrera nº70**Plan** : se solicita bolsa y barrera de colostomía, se hace CTC de bolsa y barrera nº70**Responsable** : ZAPATA MEDINA, JOSE WALTER**Fecha** : 25.06.2013 **Hora** : 15:39**Tipo** : Evolución**Subjetivo** : UNIDAD CUIDADO INTENSIVO. EVOLUCION UCI. 25 AÑOS. FECHA DE INGRESO:2013-06-21. DR.SOTO

ESPECIALISTA /DR.ZAPATA MD ASISTENCIAL UCI. DX: -SEPSIS SEVERA ORIGEN PULMONAR -TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR .COCOS GRAM + -EMBOLISMO SEPTICO .NEUMONIA NECROTIZANTE??? -SDRA? -ICTERICIA COLESTASICA -POP COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 23/4/13 -POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA MAS APENDICETOMIA MAS DRENAJE DE PERITONITIS -MULTIPLES LAVADOS QUIRURGICOS -FISTULA ENTEROCUTANEA DE ALTO GASTO -COLANGITIS ? PROBLEMAS -VENTILACION MECANICA -FISTULA ENTEROCUTANEA ANTIBIOTICOTERAPIA -LINEZOLID 600 MG EV CADA 12 HORAS DIA 1. -CEFEPIME 2 GR EV CADA 8 HORAS DIA 2. -DAPTOMICINA 350 MG EV CADA 24 HORAS DIA 1. -ANIDULAFUNGINA 100 MG EV CADA 24 HORAS DIA 1.

**Objetivo** : PA:99/53., PAM:67., FC:127, PVC:15. C/P:RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TAQUICARDICOS, CON ESTERTORES GRUESOS Y HIPOVENTILACION BASAL EN ACP, EN VENTILACION MECANICA, MODO PC, SAT:100%, FR:12., FIO2:40%, PEEP:8., PAFI:480. G/I:BAJO SEDACION, CON FISTULA ENTEROCUTANEA CON PRODUCIDO:150cc CON TPN 69 CC/H, PERISTALTISMO + . G/U:DIURESIS DE 6.1 CC/K/HORA, EN LAS ULTIMAS 6 HORAS, CON BALANCE - DE 1501 CC, CON REPOSICION DE POTASIO CENTRAL. METABOLICO:GLUCOMETRIA DE 150 MG/DL. SNC:BAJO SEDACION.

**Análisis** : PACIENTE ESTACIONARIA CON DINSMINUCION DE PRODUCCION DE FISTULA FEBRIL EN MUY REGULARES CONDICIONES GENERALES, EN SEPSIS, SE SUSPENDIO VANCOMICINA, CONTINUAR CON CEFEPIME, INICIAR LINEZOLID + DAPTOMICINA + ANIDULAFUNGINA DE 4 A 6 SEMANAS, CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO SE ORDENA DESTETE VENTILATORIO CON GASES ARTERIALES SIN TRASTORNO DE OXIGENACION NI ACIDO BASE. ELECTROLITOS NORMALES FUNCION REANL CONSERVADA, HB 10 HTO 32 PLAQ 233

**Plan** : CONTINUA IGUAL MANEJO MEDCIO SE INICIA DESTETE VENTILATORIO SE DECIDEEREDUCIR SEDO

**ANALGESIA****Registro Profesional** : 0353-08**Responsable** : ZAPATA MEDINA, JOSE WALTER**Fecha** : 25.06.2013 **Hora** : 23:53**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI NOCHE DR. SALAS INTERNISTA/ DRA. GIRALDO MD GENERAL MELISSA GALLEGUO 25 AÑOS REINGRESO 20 06 2013 DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILobar 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICETOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO

**Objetivo** : HALLAZGOS: Paciente que el día de hoy ha tenido PAM entre 62 y 104, con FC entre 92 y 137, PVC entre 12 y 15, con temperaturas entre 36.2C y 39.1C, conectada a ventilación mecánica en modo PC con PEEP 8 Y FIO2 35% FR 12, recibiendo por vía central lactato ringer 40cc hora, fentanilo 100mcg hora, midazolam 8mg hora, reposición de potasio a 2meq/hora, TPN a 69cc hora; realizó diuresis a 2.9 cc kg hora, glucometrías 100/77. Pupilas isocóricas, mucosas húmedas, conjuntivas pálidas, murmullo en ambos campos disminuido en el derecho, ruidos cardíacos rítmicos, abdomen fajado, edema grado 1. BALANCE: Administrados 2430cc eliminados 2835cc balance -405cc acumulado 1.9L - SOPORTES: VM

**Análisis** : PROBLEMAS: - VM - SIRS - Na 130 ANALISIS: Paciente de 25 años de edad, sin antecedentes de relevancia, a quien el día 23 04 2013 llevan a coelap programada por coleditiasis, posteriormente el día 28 04 2013 reconsulta por dolor abdominal encontrándose con abdomen agudo por lo cual deciden realizar laparotomía encontrando con apendicitis + peritonitis, paciente que requirió múltiples lavados desarrollando fistula enterocutanea, ultima intervención hace 25 días para dirigir fistula y cerrar cavidad. Inicialmente maneja en UCI en mayo a donde se remitió por sepsis de origen abdominal, estabilizada y enviada a piso en donde permaneció estable bajo vigilancia por cirugía, sin embargo es necesaria reingresarla a UCI hace 5 días por dificultad respiratoria progresiva, asociada a hallazgos en ECO que reportan vegetación en vena cava superior con hallazgos radiológicos de neumonía multilobar además de aislamiento de múltiples gérmenes ya descritos. Paciente que entro en falla ventilatoria, sin tolerancia al CPAP pues se tornaba ansiosa, motivos por los cuales hace 4 días fue intubada. Recibe, por recomendaciones de infectología, daptomicina, linezolid y cefepime desde ayer, para ser llevados a 4 a 6

## Historia Clínica General

semanas, hoy con inicio de anidulofungina (cuantificando candida score sin hallazgos aún de colonización da 4 puntos). Paciente con mejoría, PCR en disminución, con picos febriles disminuyendo en frecuencia, con disminución de diuresis, con parámetros ventilatorios estables, mejoría radiológica con PAFI en aumento.

**Plan** : PLAN: Aún en críticas condiciones, se disminuye lactato ringer a 10cc hora para favorecer balance negativo, resto del manejo igual. Pendiente lectura de eco de abdomen, cultivos para **Registro Profesional** : 76-2865

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 26.06.2013 **Hora** : 17:55

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : DR SOTO INTENSIVISTA/ DR JARAMILLO MEDICO GENERAL UCI DIA DX:1. SEPSIS SEVERA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO ANTIBIOTICOTERAPIA DAPTOMICINA DIA 2 LINEZOLID DIA DIA 2 ANIDALOFUNGINA DIA 1 AISLAMIENTOS HEMOCULTIVOS PARA HONGOS NEGATIVOS 24/6/13 HEMOCULTIVOS 1 Y 2 NEG 23/6/13 UROCULTIVO NEGATIVO 23/6/13 CULTIVO SECRECION OROTRAQUEAL 23/6/13

**Objetivo** : NEUROLOGICO: RASS MENOS 1 PUPILAS ISOCORICAS FOTO REACTIVAS 3 MM NO FOCALIZADO C/V: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS CON TA 185/80 TAM 101 FC 92 RITMO SINUSAL RESPIRATORIO: MURMULLO VESICULAR PRESENTE DISMINUIDO CON ESTERTORES EN ASCSPS CON VENTILACION MECANICA MODO CPAP SO2 99% FR 23 VT 352 PEEP 6 PRESION PICO 17 GASES ARTERIALES PH 7,31 PO2 161 PACO2 41 HCO3 23 PAO2FIO2 460 GASTROINTESTINAL: PLANO BLANDO DEPRESIBLE CON FISTULA CON PRODUCCION 400 CC DIA, BLANDO DEPRESIBLE, PERISTALTISMO PRESENTE, GLUCOMETRIA 104 ECOGRAFIA ABDOMEN HIGADO AUMENTADO DE TAMAÑO SIN LESIONES NO CAMBIOS DE COLANGITIS NO DILATACION DE LA VIA BILIAR BAZO AUMENTADO DE TAMAÑO PANCREAS SIN LESIONES LIQUIDO ASCITICO ESCASO RENAL: LA 4629 LE 4445 BALANCE POSITIVO 184 DIURESIS 3,4 CC K H NA 133 K 4 CL 101 CR 0,25 BUN 17 INFECCIOSO: T 38,3 CH LEU 9 NEU 78 HB 9 HCTO 28 PLT 216 000 PCR 208

**Análisis** : PACIENTE CRITICA EN EL MOMENTO CON EVOLUCION LENTA HACIA LA MEJORIA MODULANDO SIRS AUNQUE PERISTE TAQUICARDICA Y FEBRIL SE HA LOGRADO DISMINUIR PARAMETROS VENTILATORIOS, ESTABILIDAD DE TAM, BUENA DIURESIS. ES VALRODADA POR INFECTOLOGIA EL CUAL CONSIDERA QUE PACIENTE DEBE DE CONTINUAR MAENJO INSTAURADO Y SE DEFINE TIEMPO DE TRATAMIENTO ASI: ANIDALOFUNGINA 10 DIAS, CEFEPIME 14 DIAS, LINEZOLID, DAPTOMICINA LLEVAR A 4 SEMANAS. HASTA EL MOMENTO HEMOCULTIVOS VAN NEGATIVOS. SE CONTINUA MANEJO EN UCI VENTILACION MECANICA

**Plan** : EVOLUCION

**Registro Profesional** : 765636

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

**Fecha** : 26.06.2013 **Hora** : 23:50

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI NOCHE DRA URIBE INTERNISTA DRA LINA MONTES MED DE UCI DX:1. SEPSIS SEVERA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO PROBLEMAS -VMI -FEBRIL -SIRS ACTIVO -SEPSIS MULTIPLES GERMESES -

**Objetivo** : HEMODINAMICO PACIENTE SIN SOPORTE VASOACTIVO CON SIGNOS VITALES CON FC 114 XMIN TAQUICARDICAS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS RESPIRATORIO PACIENTE CON VMI EN PRESION CONTROL CON FIO2 35% PEEP 6 CON FR 18 XMIN SATO2 99% RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTE SIN SOBREGREGADOS INFECCIOSO PACIENTE TAQUICARDICA FEBRIL T 38.1°C CON SIRS ACTIVO METABOLICO GLUCOMETRIA DE 119 HIPONATREMIA RENAL GU 4.1 CC KG HORA AZOADOS DENTRO DE LIMITES NORMALES NEUROLOGICO PACIENTE CON APERTURA OCULAR ESPONTANEA OBEDECE ORDENES NO RESPUESTA VERBAL POR IOT ABDOMEN CUBIERTO COLOSTOMIA FUNCIONANDO ADECUADAMENTE FISTULA DRENANDO 350 CC EN EL DIA DE MATERIAL BILIOSO

**Análisis** : PACIENTE DE 25 AÑOS CON DX DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL SECUNDARIO A PERITONITIS, PACIENTE CON FISTULA PRODUCIENDO EL DIA DE 350 CC MATERIAL BILIOSO, CON VENTILACION MECANICA INVASIVA, SIN SOPORTE VASOACTIVO CON SIRS ACTIVO, VALORADA HOY POR INFECTOLOGIA QUIEN CONSIDERA CONTINUAR CEFEPIME POR 14 DIAS, DAPTOMICINA Y LINEZOLID LLEVAR A 4 SEMANAS Y ANIDALOFUNGINA CONTINUAR

**Plan** : PACIENTE VALORADO POR DRA URIBE QUIEN CONSIDERA INICIAR MANEJO ANTIPIRETICO DOSIS UNICA, PACIENTE PERSISTE CON SIGNOS DE SIRS PENDIENTE REPORTE DE **Registro Profesional** : 765636

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA



## Historia Clínica General

**Fecha** : 27.06.2013 **Hora** : 09:10

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA CON DX: 1. SEPSIS SEVERA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO

**Objetivo** : PA 107/55 PAM 71 FC 90 PVC 7 VM PC SO2 98% FIO2 35% PEEP 6 PAFI 488 PAFI 291 PIFR ANICTERICA HIPOVENTILACION BIBASAL RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON FISTULA ENTEROCUTANEA PRODUCIENDO 710 CC DE LIQ INTESTINAL EN 24 HORAS GU DIURESIS 4.4 CC/KG/H SNC SEDADA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON SIRS ACTIVO ... LEUCOCITOSIS NEUTROFILIA FEBRIL, SIN ACIDOSIS METABOLICA SIN HIPOXEMIA, RX DE TORAX CON RADIODENSIDAD BASAL IZQDA, NO DERRAMES PLEURALES NI CONSOLIDACIONES, ECO DE ABDOMEN TOTAL (23/06/2013): NO DILATACION DE LA VIA BILIAR COLEDOCO DE 5.1 MM, LIQ ASCITICO EN ESCASA CANTIDAD EN GOTERAS PARIETOLICAS, NO SE OBSERVAN COLECCIONES INTRABDOMINALES. PCTE CONTINUA CRITICA POR SEPSIS POLIMICROBIANA. FISTULA CONTINUA CON ALTO PRODUCCION, SE CONTINUA MANEJO POR TEO Y TPN.

**Plan** : CONTINUAR SOPORTE EN UCI

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 27.06.2013 **Hora** : 12:30

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI DIA DR. SOTO CIRUJANO INTENSIVISTA/ DRA. GIRALDO MD GENERAL MELISSA GALLEGU 25 AÑOS REINGRESO 20 06 2013 DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO

**Objetivo** : y 142 ( en las últimas 12 horas menores a 100lpm), con temperatura hasta de 39.3C, conectada a ventilación mecánica en modo PC con PEEP 6 Y FIO2 35% , recibiendo por vía central lactato ringer 60cc hora, fentanilo 100mcg hora, midazolam 8mg hora, TPN a 69cc hora; realizó diuresis a 4.4 cc kg hora, glucometrías 104/119/123/122. Pupilas isocóricas, mucosas húmedas, conjuntivas pálidas, murmullo en ambos campos disminuido en el izquierdo, ruidos cardiacos ritmicos, abdomen fajado, edema grado 1. BALANCE: Administrados 4688cc eliminados 5765cc balance -1077cc produjo por fistula 710cc acumulado 2.3L - SOPORTES: VM PARACLINICOS: Hb 10 Hto 30% leucocitos 14920 Neutrofilos 90% plaquetas 300000 PT 13 PTT 48.3 Na 130 K 4.4 Cl 97 CR 0.2 BUN 12.3 pH 7.42 pCO2 33 PO2 102 HCO3 21.7 PAFI 488 BR - 2.6 PCR 292 ECO ABDOMINAL: NO cambios que sugieran colangitis, liquido ascitico en pequeña cantidad en goteras parietolicas un poco mayor en el lado derecho

**Análisis** : PROBLEMAS: - VM - SIRS - Na 130 ANALISIS: Paciente de 25 años de edad, sin antecedentes de relevancia, a quien el día 23 04 2013 llevan a coelap programada por coelitis, posteriormente el día 28 04 2013 reconsulta por dolor abdominal encontrándose con abdomen agudo por lo cual deciden realizar laparotomia encontrando con apendicitis + peritonitis, paciente que requirió múltiples lavados desarrollando fistula enterocutanea en ileo, ultima intervención el 31 05 2013 dirigir fistula y cerrar cavidad. Inicialmente manejada en UCI a finales de mayo a donde se remitió por sepsis de origen abdominal, estabilizada y enviada a piso en donde permaneció estable bajo vigilancia por cirugía, sin embargo es necesaria reingresarla a UCI hace 7 días por dificultad respiratoria progresiva, asociada a hallazgos en ECO que reportan vegetación en vena cava superior con hallazgos radiológicos de neumonia multilobar además de aislamiento de múltiples germenés ya descritos en sangre, CVC y orina. Paciente que entro en falla ventilatoria fue intubada hace 6 días. Recibe, por recomendaciones de infectología, daptomicina, linezolid desde el 24 06 y cefepime desde el 20 06 2013, para ser llevados a 4 a 6 semanas, hace 2 días con inicio de anidolofungina con candida score de 4. Paciente con cultivos de control que van negativos, sin hallazgos de colecciones ni colangitis en eco abdominal, persiste febril con FC elevadas.

**Plan** : PLAN: En criticas condiciones, igual manejo. **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 27.06.2013 **Hora** : 21:34

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DIAGNOSTICOS 1. Tromboflebitis infecciosa de vena cava inferior con sospecha de embolismo septico pulmonar 2. Bacteremia por S. warneri/ haemolyticus/ Enterobacter cloacae 3. Infeccion de vias urinarias nosocomial por Enterobacter cloacae y Enterobacter aerogenes 4. Ictericia colestasica por sepsis 5. POP colecistectomia

## Historia Clínica General

laparoscópica e 23/04/ 2013 6. POP laparotomía exploratoria apendicectomía mas drenaje de peritonitis 7. POP múltiples lavados quirúrgicos 8. Fístula enterocutánea \* SOPORTES ventilación mecánica invasiva Sedoanalgesia Nutrición parenteral Lactato ringer 60 cc / hora \* PROBLEMAS Requerimiento de soporte ventilatorio mecánico SIRS activo

**Objetivo** : TA 171/80 TAM 106 FC 88 XMINT T 37,5 °C PVC 11 CMH20 LA 2419 LE 1420 ( DIURESIS 1160 , FISTULA 260) GU 2,2 CC/KG/HORA GLUCOMETRIA 132 MG/ DL

**Análisis** : Paciente con indicación de manejo en unidad de cuidados intensivos por requerimiento de soporte ventilatorio mecánico invasivo en el contexto de tromboflebitis infecciosa y sospecha de embolismo séptico pulmonar, modulando SIRS, último pico febril hace 12 horas, hemocultivos de control hasta el momento negativos. Durante el día con cifras tensionales elevadas, sin taquicardia, adecuado gasto urinario, no disglucemias. Continúa manejo instaurado, pendiente ecocardiograma TE.

**Plan** : Se solicitan paraclínicos de control **Registro Profesional** : 631490

**Responsable** : OSUNA PEREZ, MÓNICA

**Fecha** : 28.06.2013 **Hora** : 12:47

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI DIA DR. CASTILLO EMERGENCIOLOGO INTENSIVISTA/ DRA. GIRALDO MD GENERAL MELISSA GALLEGU 25 AÑOS REINGRESO 20 06 2013 DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO SUBJETIVO: Paciente da a conocer que se siente bien.

**Objetivo** : HALLAZGOS: Paciente en las últimas horas ha tenido PAM entre 71 y 112, FC entre 80 y 121, con temperatura hasta de 38.4C pero solo durante 2 horas, conectada a ventilación mecánica en modo PC con PEEP 6 Y FIO2 35% , recibiendo por vía central lactato ringer 60cc hora, fentanilo 100mcg hora, midazolam 8mg hora, TPN a 69cc hora; realizó diuresis a 2 cc kg hora, glucometrías 132/118/144/159. Pupilas isocóricas, mucosas húmedas, conjuntivas pálidas, murmullo en ambos campos, ruidos cardíacos rítmicos, abdomen fajado, edema grado 1, paciente despertable, pupilas reactivas isocóricas, no focalización RASS 0 BALANCE: Administrados 4898cc eliminados 2720cc balance -2178cc acumulado - 4L SOPORTES: VM PARACLINICOS: Hb 8.8 Hto 26% leucocitos 13020 Neutrófilos 88% Linfocitos 5% plaquetas 379000 Na 134 K 3.6 Cl 101 Mg 1.8 PCR 239 CR 0.2 BUN 10 glicemia 142 pH 7.42 pCO2 36 pO2 149 BE -1.2 PAFI 418

**Análisis** : PROBLEMAS: - VM - descondicionada Paciente que hoy se nota con mejoría, ha disminuido frecuencia de episodios febriles, con leucocitosis estable, se muestra descondicionada. Hoy completa 8 días de estancia en UCI, recibiendo daptomicina, linezolid desde el 24 06 y cefepime desde el 20 06 2013, para ser llevados a 4 a 6 semanas, anidulofungina desde el 25 06 2013 con cultivos para hongos negativos hasta el momento, se llevará esta hasta el 04 07 2013.

**Plan** : 1. Acetaminofen 500mg 1 tab cada 6 horas vía enteral 2. Suspende midazolam 3. Dejar fentanilo a 50mcg hora 4. Realizar controles para mañana de CPK, pruebas hepáticas, P y Mg 5. Si presentase temperatura mayor a 38.3C policultivar 6. pendiente eco trasesofágico **Registro Profesional** : 76-2865

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 29.06.2013 **Hora** : 01:47

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : DR SALAS INTERNISTA 7 DR JARAMILLO MEDICO GENERAL UCI NOCHE DX; 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO PROBLEMAS VENTILACION MECANICA HIPERTENSION DESACONDICIONAMIENTO FISICO ANTIBIOTICOS DAPTOMICINA-LINEZOLID DIA 5 CEFEPIME DIA 9 ANIDULOFUNGINA DIA 4

**Objetivo** : NEUROLOGICO: ALERTA, ANSIOSA, NO FOCALIZADA, PUPILAS ISOCORICAS FOTOREACTIVAS 3 MM C/V: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS CON TA 159/78 TAM 99 FC 77 PVC 14 RESPIRATORIO: MURMULLO VESICULAR PRESENTE DISMINUIDO, SIN SOBREGREGADOS CON VENTILACION DURANTE 10 H CON CPAP PEEP 5 AHORA EN MODO VCRP CON PEEP 5 VT 360 PRESION PICO 25 SO2 95% FR 19 GASES ARTERIALES PH 7,42 PO2 149 PCO2 35 HCO3 23 PAO2FIO2 425 RX TORAX CON INFILTRADOS INTESTICIALES, SIN DERRAME PLEURAL, SIN SIGNOS E ATRAPAMIENTO DE AIRE GASTROINTESTINAL: PLANO BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO PERISTALTISMO PRESENTE CON FISTULA PRODUCCION 500 CC EN 12 H GLUCOMETRIA 141/146 RENAL: LA 1855 LE 2450 BALANCE NEGATIVO 595 DIURESIS 3,7 CC K H BUN 10 CR 0,23 CALCIO 8,9 NA 134 K 3,6 CL 101 MG 1,8 INFECCIOSO PCR 239 CH LEU 13 NEU 88 HB 8,8 PLT 379 T 37 HEMATOLOGICO PT 12 PTT 43 INR 1,2

**Análisis** : PACIENTE CRITICA EN EL MOMENTO CON EVOLUCION HACIA LA MEJORIA MODULANDO SIRS SIN PICOS

## Historia Clínica General

FEBRILES POR 12H EN MANEJO ANTIBIOTICO Y ANTIFUNGICO HASTA EL MOMENTO CULTIVOS PARA HONGOS NEGATIVOS SE CONTINUA IGUAL SOPORTE. SE HALLA DESANCIONADA POR LO QUE SE ORDENA 2 VECES AL DIA TERAPIA FISICA. SE HALLA MEJORIA VENTILATORIA CON RX TORAX CON DISMINUCION DE TAMAÑO DE INFILTRADO SIN DERRAME PLEURAL EN EL MOMENTO ACOPLADA A VENTILADOR CON GASES ARTERIALES NORMALES POR LO QUE DEBERA DE INICIARSE PLAN DE EXTUBACION. SE HALLA CON BUENAS PRESIONES DE LLENADO, PERO TAM ALTAS SE CONDIERA POR ANSIEDAD, BUENA DIURESIS SIN TRASTORNO HIDROELECTROLITICO. FISTULA CON DISMINUCION DE PRODUCCION SE ORENA PERFIL LIPIDICO Y CPK SE CONTINUA MANEJO EN UCI REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECANICA

**Plan** : EVOLUCION

**Registro Profesional** : 765636

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

**Fecha** : 29.06.2013 **Hora** : 11:51

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO

**Objetivo** : PA 224/99 PAM 125 FC 79 PVC 18 VCRP SO2 97% PAFI 360 PIFR ANICTERICA MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO FISTULA PRODUCE 800 CC EN 24 HORAS DIURESIS 3.81 CC/KG/H EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE EN DESTETE VENTILATORIO LLAMA LA ATENCION HIPERTENSION SOSTENIDA NO SIRS FISTULA CONTINUA CON ALTO PRODUCIDO AHORA CON REPOSICION DE K POR HIPOKALEMIA, POR PARTE DE CX GRAL SE CONTINUA SOPORTE DE UCI, MANEJO POR TEO Y SOPORTE NUTRICIONAL

**Plan** : CONTINUAR SOPORTE DE UCI

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 29.06.2013 **Hora** : 13:20

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI DIA DRA URIBE INTERNISTA DRA LIAN MONTES MED DE UCI DX; 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO 8. POSTEXTUBACION INMEDIATA PROBLEMAS -POST EXTUBACION INMEDIATA -MODULANDO SIRS -HIPOKALEMICA -ALTA PRODUCCION POR LA FISTULA -HIPERTENSA -PVC ELEVADA

**Objetivo** : HEMODINAMICO PACIENTE SIN SOPORTE VASOACTIVO CON SIGNOS VITALES FC 75 XMIN TA 209/92 TAM 121 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS RESPIRATORIO PACIENTE EN POSTEXTUBACION INMEDIATA CON FR 22 XMIN SATO2 98% RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTE SIN SOBREGREGADOS SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA INFECCIOSO PACIENTE SIN NUEVOS PICOS FEBRILES LEUCOSITOSIS EN DECSSENDO SIN SIGNOS DE SIRS METABOLICO GLUCOMETRIA 126 RENAL GU 2.4 CC KG HORA AZOADOS DENTRO DE LIMITES NORMALES NEUROLOGICO PACIENTE CONSCIENTE ALERTA SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSOS SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL FUSTULA PRODUCIENDO 200 CC EN 6 HORAS ALTO GASTO PARACLINICOS LEUCOS DE 12300 N 82 HB 8.5 HTO 26.2 PLT 395 BUN 9.7 CR 0.21 VA 8.6 P 3.5 NA 134 K 2.9 CL 99 MG 2.3 GASES ARTERIALES PH 7.46 PACO2 90.2 PACO2 33.6 SATO2 97% HCO3 23.7 PAFI 360 BE -0.1

**Análisis** : PACIENTE DE 25 AÑOS CON DX DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL Y TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE CAVA INFERIOR ACTUALMENTE MODULANDO SIRS LEUCOS EN DECSSENDO SIN PICOS FEBRILES, PACIENTE QUE SE EXTUVO EN HORAS DE LA MAÑANA CON BUENA TOLERANCIA SIN DETERIORO RESPIRATORIO, PACIENTE ACTUALMENTE CON CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS CON PVC ELEVADAS, CON FISTULA DE ALTO GASTO VALORADA HOY POR DRA HORMIGA QUIEN CONSIDERA QUE LA PACIENTE PRESENTA EVISCERACION POR LO CUAL PODRIA REQUERIR NUEVA INTERVENCION QUIRURGICA, SIN EMBARGO TENIENDO EN CUENTA SU SEPSIS ACTIVA SE DEFINIRA POSTERIOR A CULMINACION DEL TRATAMIENTO.

**Plan** : PACIENTE VALORADA EN REVISTA CON DRA URIBE INTERNISTA QUIEN CONSIDERA CONTINUAR VIGILANCIA RESPIRATORIA, IGUAL MANEJO ATB SE DECIDE SUSPENDER HIDROCORTISONA YA QUE LA SEPSIS SE ENCUENTRA EN RESOLUCION, SE DECIDE INICIAR MANEJO ANTIHIPERTENSIVO Y EVALUAR TAM

**Registro Profesional** : 1871

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

**Fecha** : 29.06.2013 **Hora** : 17:34

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA DE TURNO

**Análisis** : PACIENTE ACTUALMENTE TOLERANDO ADECUADAMENTE LA EXTUBACION SIN DETERIORO RESPIRATORIO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CONTINUA CON TAM ELEVADAS SIN SIGNOS DE SIRS NIEGA DOLOR NIEGA OTRO SINTOMA, CONTINUA VIGILANCIA DE PATRON RESPIRATORIO Y MONITOREO ESTRICTO DE CIFRAS TENSIONALES

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 1871

## Historia Clínica General

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

**Fecha** : 29.06.2013 **Hora** : 23:08

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : DR CASTILLO INTENSIVISTA/ DR JARAMILLO MEDICO GENERAL UCI NOCHE DX:1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO PROBLEMAS -POST EXTUBACION -HIPOKALEMIA -ALTA PRODUCCION POR LA FISTULA -HTA -PVC ELEVADA ANTIBIOTICOS DAPTOMICINA-LINEZOLID DIA 6 CEFEPIME DIA 10 ANIDALOFUNGINA DIA 5  
**Objetivo** : NEUROLOGICO: ALERTA, ANSIOSA, NO FOCALIZADA, PUPILAS ISOCORICAS FOTOREACTIVAS 3 MM C/V: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS CON TA 191/91 TAM 122 FC 68 PVC 13 RESPIRATORIO: MURMULLO VESICULAR PRESENTE DISMINUIDO, SIN SOBREGREGADOS CON VENTILACION POR CANULA NASAL FR 24 SO2 99% FIO2 28% GASES ARTERIALES PH 7,46 PO2 90 PACO2 33 HCO3 23 PAO2FIO2 360 RX TORAX CON INFILTRADOS INTESTICIALES, SIN DERRAME PLEURAL, SIN SIGNOS E ATRAPAMIENTO DE AIRE GASTROINTESTINAL: PLANO BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO PERISTALTISMO PRESENTE CON FISTULA PRODUCCION 650 CC EN 12 H GLUCOMETRIA 131 RENAL: LA 2108 LE 1800 BALANCE POSITIVO 308 DIURESIS 2,9 CC K H BUN9,7 CR 0,21 CALCIO 8,6 FOSFORO 3,6 NA 134 K 2,9 CL 99 MG 2,3 INFECCIOSO T 36,7 CH LEU 12 NEU 82 HB 8,5 HCTOO 26 PLT 395 000

**Análisis** : PACIENTE CRITICA EN EL MOMENTO CON BUENA EVOLUCION MODULANDO SIRS DISMINUCION DE LEUCOCITOSIS SIN FIEBRE SIN TAQUICARDIA EL DIA DE HOY SE EXTUBO CON BUENA EVOLUCION NO BRONCOESPASMO, NO ESTRIDOR AUNQUE REFIERE ODINOFAGIA, SE HALLAN GASES ARTERIALES SIN TRASTORNO DE LA OXIGENACION NI ACIDO BASE, CON RX TORAX CON MEJORIA DE CAMBIOS PARENQUIMATOSIS EN COMPARACION A ANTERIORES SE CONTINUA APOYO TERAPIA RESPIRATORIA. SE HALLA HIPERTENSA POR LO QUE SE INICIO LOSARTAN SE ADICIONA AMLODIPINO 5 MG C12H Y SE ESPERA RESPUESTA. BUENA DIURESIS CON HIPOKALEMIA DEFICIT DEL 10% SE CONTINUA REPOSICION SE SOLICITA ELECTROLITOS. FUE VALROADA POR CIRUGIA GENERAL QUIEN INDICA CONTINUAR MANEJO DE FISTULA INSTAURADO Y MANEJO EN CONJUNTO CON TERAPIA ENTEROSTOMAL SE CONTINUA MANEJO EN UCI RIESGO DE FALLA VENTILATORIA MANEJO DEL PACIENTE SEPTICO

**Plan** : EVOLUCION

**Registro Profesional** : 765636

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

**Fecha** : 30.06.2013 **Hora** : 11:40

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI DIA DRA OSUNA INTERNISTA DRA LINA MONTES MED DE UCI DX:1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO PROBLEMAS -CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS -HIPONATREMIA -HIPOKALEMIA RESUELTA

**Objetivo** : HEMODINAMICO PACIENTE SIN SOPORTE VASOACTIVO CON SIGNOS VITALES FC 81 XMIN TA 199/89 TAM 118 PVC 11 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS RESPIRATORIO PACIENTE SIN VENTILACION MECANICA INVASIVA CON FR 20 XMIN SATO2 96% RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTE SIN SOBREGREGADOS NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NO REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECANICA AUN NO HA CUMPLIDO 24 HORAS POSTEXTUBACION INFECCIOSO PACIENTES SIN PICOS FEBRILES SIN SIGNOS DE SIRS CON LEVE LEUCOSITOSIS SIN ACIDOSIS METABOLICA METABOLICO GLUCOMETRIA DE 116 HIPONATREMIA HIPOKALEMIA RESUELTA RENAL GU 3.5 CC KG HORA AZOADOS DENTRO DE LIMITES NORMALES NEUROLOGICO PACIENTE CONSCIENTE ALERTA SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO PARACLINICOS CH LEUCOS 12400 N 82% HB 8.6 HTO 26 PLT 430 NA 129 K 3.9 PCR 120 CR 0.1 BUN 9.4 MG 2.0

**Análisis** : PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD CON DX DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL LA CUAL SE ENCUENTRA EN RESOLUCION ACTUALMENTE SIN SIGNOS DE SIRS TOLERO ADECUADAMENTE LA EXTUBACION SIN ACIDOSIS METABOLICA CON BUENA FUNCION RENAL, PACIENTE CON CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS CON TRASTORNOS HIDROELECTROLITICOS TIPO HIPONATREMIA HIPOKALEMIA YA RESUELTA. FISTULA PRODUCIENDO MAS O MENOS 650 EN 24 HORAS ALTO GASTO

**Plan** : SE COMENTA PACIENTE CON DRA OSUNA INTERNISTA QUIEN CONSIDERA CONTINUAR IGUAL MANEJO ATB, SUSPENDER FENATNYL Y RETIRO DE Sonda OROGASTRICA, CONTINUA MANEJO CONJUNTO CON CIRUGIA GENERAL CONTINUA EN UCI HASTA COMPLETAR 24 HORAS POSTEXTUBACION

**Registro Profesional** : 1871

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

## Historia Clínica General

**Fecha** : 30.06.2013 **Hora** : 17:22  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA TARDE  
**Objetivo** : Paciente en estables condiciones, con PA con tendencia a disminución, sin oxígeno suplementario, con diuresis conservada, glucometrías aceptables.  
**Análisis** : Igual manejo  
**Plan** : Igual manejo pendiente ECO TE **Registro Profesional** : 76-2865  
**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 30.06.2013 **Hora** : 20:51  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : EVOLUCION UCI NOCHE DRA. OSUNA INTERNISTA/ DRA. GIRALDO MD GENERAL MELISSA GALLEGU 25 AÑOS REINGRESO 20 06 2013 DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO SUBJETIVO: Refiere sentirse bien.  
**Objetivo** : HALLAZGOS: Paciente hoy ha tenido PAM entre 104 y 119, FC entre 87 y 104, afebril con temperatura hasta de 37.1C sin oxígeno suplementario, recibiendo por vía central lactato ringer 20cc hora, reposición central de potasio a 4meq/hora, TPN a 69cc hora; diuresis a 4.4 cc kg hora, glucometrías 85/115. Paciente alerta, activa, con pupilas isocóricas y fotoreactivas, mucosas húmedas, conjuntivas pálidas, murmullo en ambos campos, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen fajado, edema grado 1. BALANCE: Administrados 1963cc eliminados 2750cc fistula 500cc balance - 787cc acumulado - 5.4L SOPORTES: Ninguno  
**Análisis** : PROBLEMAS: - Presiones arteriales elevadas ANALISIS: Paciente estable, sin requerimiento de vasoactivos, ni de ventilación mecánica, con diuresis conservada, en corrección de trastornos hidroelectrolíticos, con PA aún elevadas sin manifestaciones de compromiso de organo blanco secundario.  
**Plan** : PLAN: - losartan tab 50mg 2 tab cada 12 horas **Registro Profesional** : 76-2865  
**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 01.07.2013 **Hora** : 12:34  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : UCI DIA ////////// DR CASTILLO INTENSIVISTA DR CORAL ASISTENCIAL UCI DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO PROBLEMAS/// EVENTRACION DE FISTULA ALTO PRODUCIDO DE FISTULA  
**Objetivo** : PACIENTE EN UCI EN REGULARES CONDICIONES REFIERE SENTIRSE MEJOR, HALLAZGOS AL EF/// HEMODINAMICO/// SIN SOPORTE VASOPRESOR MEDIAS DE 100- 113 FC 85 SINUSIAL PVC DE 9/// RESPIRATORIO///SIN SOPORTE FIO2 21% AMBIENTE FR 18 SAT 96 GASES SIN TRASTORNO ACIDO BASE NI DE OXIGENACION PAFI 387 HCO3 DE 20/// GASTRO/// NUTRICION POR TPN 69 CC HORA, ABDOMEN CERRADO CON FISTULA DIRIGIDA A HIPOGASTRIO QUE MUESTRA SX DE EVENTRACION LEVE PERO SIN SX DE INFECCION O INFLAMACION/// RENAL/// DIURESIS 4,6 CC K HORA CR 0,18 BUN 10,2 NA 127 CL 96 K 3,5 P 2,8 MG 2.1/// HEMATOINFECCIOSO/// MODULA SIRS AFEBRIL HOY LEUCOS DE 8560 NT 86% PCR 88 SIN EVIDENCIA DE SANGRADOS HB 9,4 PLT 438000/// NEURO/// GCS DE 15/15 SIN DEFICIT  
**Análisis** : PACIENTE E MANEJO SE TROMBOFLBITIS SEPTICA CON ATB DE AMPLIO ESPECTRO CON BUENA EVOLUCION DE SU PARTE INFECCIOSA AHORA AFEBRIL SIN SX DE SIRS CLINICO, CONTINUA PRODUCIENTO ABUNDANTE POR LA FISTULA POR LO QUE SE DEJA APOORTE HIDRICO IGUAL Y POASIO A INFUCION BAJA, EN GENENERAL EVOLUCION A LA MEJORIA PERO CONTINUA EN ESTADO CRITICO, EN REVISTA MEDICA DE DECIDE OPTIMIZAR AMLODIPINO POR TENDENCIA A HTA Y DISMINUCION GRADUAL DE ESTEROIDE SISTEMICO  
**Plan** : AMLODIPINO 10 MG VO CADA 12 HORAS HIDROCORTISONA DISMINUIR A 50 MG IV CADA 12 HORAS RESTO IGUAL **Registro Profesional** : 520160  
**Responsable** : ERAZO CORAL, JORGE ARTURO

**Fecha** : 02.07.2013 **Hora** : 01:11

## Historia Clínica General

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI NOCHE DR URREGO ESPECIALISTA DRA LINA MONTES MED DE UCI DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO PROBLEMAS -PICO FEBRILES -HIPONATREMIA

**Objetivo** : HEMODINAMICO PACIENTE SIN SOPORTE VASOACTIVO CON SIGNOS VITALES FC 76 XMIN TA 160/84 TAM 109 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS RESPIRATORIO PACIENTE SIN VENTILACION MECANICA INVASIVA CON FR 20 XMIN SATO2 96 % RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTE SIN SOBREGREGADOS INFECCIOSO PACIENTE CON PICO FEBRIL AISLADO DE 38.°C SIN OTRO SIGNOS DE SIRS SIN LEUCOSITOSIS SIN TAQUICARDIA METABOLICA GLUCOMETRIA 116 HIPONATREMIA RENAL GU 1.8 CC KG HORA AZOADOS DENTRO DE LIMITES NORMALES NEUROLOGICO SIN DEFICIT PACIENTE CON FISTULA PRODUCIENDO 200 CC NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

**Análisis** : PACIENTE DE 25 AÑOS CON DX DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL, CON FISTULA DE ALTO GASTO LA CUAL HA DISMINUIDO SU PRODUCCION, CON PICO FEBRIL AISLADO SIN OTRO SIGNOS DE SIRS, EN MANEJO ATB ACTUAL CON HIPONATREMIA SIN SOPORTE VASOACTIVO SIN VMI. PACIENTE QUIEN EN LOS ULTIMOS DIAS HA PRESENTADO EVOLUCION CLINICA HACIA LA MEJORIA SIN SIGNOS DE SIRS

**Plan** : PACIENTE QUIEN SE CONSIDERA QUE POR LA PRESENCIA DE PICOS FEBRILES AISLADOS Y TENIENDO EN CUENTA PATOLOGIA ACTUAL SE DECIDE SOLICITAR HEMOCULTIVOS NUEVAMENTE CONTINUA EN UCI MANEJO CONJUNTO CON CIRUGIA

**Registro Profesional** : 1871

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

**Fecha** : 02.07.2013 **Hora** : 15:35

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO

**Objetivo** : PA 153/84 PAM 110 FC 97 FR 21 FIO221% SO2 95% PAFI 365 PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON FISTULA ENTEROCUTANEA DE ALTO GASTO 1000 CC EN 24 HORAS GU DIURESIS 5.52 CC/KG/H SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CONTINUA CFEBRIL A PESAR DE TTO ATB DE AMPLIO ESPECTRO Y DESCENSO DE REACTANTES DE FASE AGUDA, ECO CARDIOGRAMA MUESTRA DISMINUCION DEL TAMAÑO DE LA VEGETACION, HAY DERRAME PKLEURAL IZQDO PDTE DEFINIR SI ESTA TABICADO

**Plan** : CONTINUAR SOPORTE UCI SOPORTE NUTRICIONAL POR 24 HORAS

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 02.07.2013 **Hora** : 16:42

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI DIA DR. CASTILLO EMERGENCIOLOGO INTENSIVISTA/ DRA. GIRALDO MD GENERAL MELISSA GALLEGU 25 AÑOS REINGRESO 20 06 2013 DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESINAL PROTRUIDA **SUBJETIVO**: Refiere sentirse bien.

**Objetivo** : HALLAZGOS: Paciente quien en las últimas horas ha tenido PAM entre 99 y 119, FC entre 71 y 99, nuevamente febril con temperaturas hasta de 38.4C, con PVC entre 4 y 11, sin oxígeno suplementario, recibiendo por vía central lactato ringer 20cc hora, reposición central de potasio a 2meq/hora, TPN a 69cc hora; diuresis a 3.6 cc kg hora, glucometrías 101/116/107/99. Paciente alerta, activa, con pupilas isocóricas y fotoreactivas, mucosas húmedas, conjuntivas pálidas, murmullo en ambos campos, ruidos cardiacos ritmicos, no sobreagregados, abdomen fajado, sin dolor, no signos de irritación peritoneal, no sangrados externos, no deficit neurológico, edema grado 1. **BALANCE**: Administrados 5244cc eliminados 4900cc fistula 1000cc balance + 384cc acumulado -3.9L **SOPORTES**: TPN **PARACLINICOS**: Hb 9.2 Hto 27% leucocitos 7330 Neutrofilos 78% plaquetas 396000 Na 127 K 3.9 Cl 96 CR 0.2 BUN 12.2 PCR 39 pH 7.47 pCO2 27 pO2 76 HCO3 19 PAFI 375 **RAYOS X DE TORAX**: Presencia de derrame pleural izquierdo **ECO TORAX** 02 07 2013: LIQUIDO PLEURAL IZQUIERDO CON CAMBIOS CONSOLIDATIVOS DE LA BASE PULMONAR VECINA. 170cc **ESPLENOMEGALIA**. EL RESTO SATISFACTORIO. **ECOCARDIOGRAMA** TE 02 07 2013: VI de tamaño normal con contractilidad conservada, FE 60%, insuficiencia tricuspidea leve, cavidades derechas levemente dilatadas, masa de 7mm en vena cava superior, derrame pleural pequeño con restos de fibrina **TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO**: - cefepime 23 06 2013 hasta el 08 07 2013 - daptomicina 24 06 2013 por 4 a 6 semanas - linezolid 24 06 2013 por 4 a 6 semanas - anidulofungina 25 06 2013 hasta el 04 07 2013

## Historia Clínica General

**Análisis** : PROBLEMAS: - SIRS - hiponatremia ANALISIS: Paciente quien hoy completa 12 días de estancia en la unidad, había evolucionado satisfactoriamente desde la parte infecciosa sin embargo ayer nuevamente febril, se tomaron policultivos, continua con igual manejo antibiotico a la espera de reportes de cultivos, llama la atención descenso en PCR y disminución de leucocitos. Paciente sin VM, sin vasoactivos, con función renal conservada. Presenta hiponatremia con infusión de SSN. Hoy se tomó ecocardiograma TE que mostró disminución de vegetación ( de 15mm a 7mm), con eco torax que demuestra pequeño derrame pleural izquierdo de 170cc aproximadamente.

**Plan** : PLAN: 1. preparación para cambio de CVC 2. tomar cultivo de barrido y de punta de CVC 3. pendiente reporte cultivos de ayer

**Registro Profesional** : 76-2865

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 03.07.2013 **Hora** : 02:03

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UCI NOCHE DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA S/ REGISTRO DE PICOS FEBRILES, DIURESIS POR Sonda SIN HEMATURIA NI SEDIMENTO, COLOSTOMIA PERMEABLE NO MELENAS.

**Objetivo** : CONCIENT EORIENTADA HIDRATADA AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RSPIRATORIA ANICTERICA SIN EDEMA SV: T 37.8 TA 147/76 PAM 97 FC 99 FR 22 SATO2 95% G/U 2.0 CC/KG /H C/C MUCOSA ORAL HUMEDA ESCLEROTICA ANICTERICA NO INGURGITACION YUGULATR TORAX RSCS RITMICS NO SOPLOS RSRS NSOBREAGREGADOS BIEN VENTILADOS ABDOMEN: COPLOSTOMIA NORMOFUNCIONANTE EXTREMIDADES NOEDEMA, LLENADO CAPIALR 3 SEG NEUROLOGICO NO DEFICIT APARENTE

**Análisis** : PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES CON EVOLUCION ESTACIONARIA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN RSQRIMIENTO DE SOPORTE VASOPRESOR. CON PICOS FEBRILES SIN OTRO SIGNO DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA SE CONTINAUR MONIOTRIA Y SE JAUSTARA ANTIBIOTICOTERAPIA SEGUN REPORTE DE CULTIVOS QUE SE ENCUTRAN EN PROCESAMIENTO. NO SIGNOS DE SOBRECARGA HIDIRCA CON AZOADOS DENTRO DE PARAMETROS NORMLAES. SE DECIDE PASO DE CATETER VENOSSO CENTRAL YUGULAR PARA CONTINUAR CON SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL.

**Plan** : CONTINAUER IGUAL AMANEJO PENDIENTE REPORTE DE CULTIVOS

**Registro Profesional** : 30305-2004

**Responsable** : SALAS CUESTAS, FABIAN ALEXANDER

**Fecha** : 03.07.2013 **Hora** : 13:20

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA UCI REVISTA DIA

**Análisis** : Se pasa revista con el Dr. Castillo intensivista, paciente persiste febril, con altos producidos por fistula, hoy con hiponatremia, hipomagnesemia e hipokalemia, con derrame pleural izquierdo persistente, PA y FC elevadas, además con asa protruida por fistula lo que dificulta recolección de producción y su cuantificación. A pesar de que presenta fiebre llama la atención de que los leucocitos y la PCR baja disminuyendo. Se paso CVC subclavio izquierdo.

**Plan** : 1. TAC torax \* considera por radiología drenaje \* 2. reposición de K a 4meq/ hora 3. reposición de Mg 3 amp + 90cc a 5cc ora 4. suspender hidrocortisona 5. metoprolol 25mg cada 12 horas via enteral 6. loperamida 2mg cada 4 horas via enteral 7. retirar SV 8. Tomar PT PTT 9. Control por infectología 10. Pendiente reporte de cultivos del 01 y 02 de julio 11. rayos x de torax pos colocación de CVC

**Registro Profesional** : 76-2865

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 03.07.2013 **Hora** : 13:21

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : INTERCONSULTA INFECTOLOGIA

**Objetivo** : x

**Análisis** : Se revisa paciente con el Dr. Segura infectologo 1. Considera continuar con igual manejo antibiotico con los esquemas ya propuestos 2. Es necesario descartar que el derrame pleural no sea foco persistente de infección 3. Reconsultar con reporte de nuevos cultivos

**Plan** : x

**Registro Profesional** : 76-2865

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 03.07.2013 **Hora** : 13:24

**Tipo** : Evolución

## Historia Clínica General

**Subjetivo** : NOTA PROCEDIMIENTO CVC

**Objetivo** : x

**Análisis** : 1. Previa asepsia y antisepsia 2. Ubicación de punto a puncionar 3. Se administran 5mg EV de midazolam \* no hubo deterioro hemodinámico ni respiratorio \* 4. Aplicación de xilocaína local sin epinefrina al 2% 5. Punción inicial exitosa con cateterismo de vena subclavia, se pasa guía y al pasar cateter no pasa 6. Se repite procedimiento esta vez exitoso 7. Se prueban retornos por ambas vías 8. Se hace fijación en 4 puntos con seda 000 9. Solicitud de placa de torax pos

**Plan** : x

**Registro Profesional** : 76-2865

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 03.07.2013 **Hora** : 16:14

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : DR CASTILLO INTENSIVISTA/ DR JARAMILLO MEDICO GENERAL UCIN DIA DX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA PROBLEMAS SIRS ALTO PRODUCIDO POR FISTULA ENTEROCUTANEA ANTIBIOTICOS CEFEPIME DIA 10 DAPTOMICINA DIA 9 LINEZOLID DIA 9

**Objetivo** : NEUROLOGICO: ALERTA, TRANQUILA, UBICADA EN SUS TRES ESFERAS, NO FOCALIZADA C/V: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS CON TA 138/73 TAM 92 FC 103 CVC SUBCLAVIO IZQ RESPIRATORIO: MURMULLO VESICULAR PRESENTE DISMINUIDO NO SOBREAgregados CON VENTILACION POR AIRE AMBIENTE CON SO2 98% FR 20 GASTROINTESTINAL: PLANO CON FISTULA CON PRODUCCION 50 CC EN 6H CON ASA VISIBLE ROSADA CON GLUCOMETRIA 81 CON TPN A 69 CC H RENAL:LA 314 LE 500 BALANCE NEGATIVO 186 DIURESIS 1,6 CC K H NA 124 K 3,2 CL 93 CALCIO 8,8 MG 1,9 BUN 10 CR 0,26 INFECCIOSO T 35,7 CH LEU 5,9 NEU 71 HB 10 HCTO 30 PLT 383 000

**Análisis** : PACIENTE EN EL MOMENTO CON PERSISTENCIA DE SIRS PICOS FEBRILES REPORTADOS EN SABANA DE EL DIA DE AYER, NO HA REQUERIDO MANEJO VASOACTIVO, BUENAS TAM, BUENA DIURESIS CON HIPONATREMIA POR LO QUE SE INICIA REPOSICION LEV ISOTONICOS A 60 CC H SE ESTAN PENDIENTES ELECTROLITOS DE CONTROL, A NIVEL VENTILATORIO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. FUE VALORADO POR INFECTOLOGIA EL CUAL CONSIDERA QUE PACIENTE DEBE DE SUSPENDERSE ANIDALOFUNGINA Y CONTINUAR CRESCO DE MANEJO ANTIBIOTICO IGUAL E INTERCONSULTAR CON RESULTADO DE CULTIVOS. FISTULA PRESENTA ALTO GASTO EL DIA DE HOY SE ORDENO AJUSTAR DOSIS DE LOPERAMIDA EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION SE HALLA EN RX TORAX DE HACE 2 DIAS DERRAME PLEURAL IZQ QUIEN SE ESTUDIARA CON TAC DE TORAX Y EN CASO DE QUE SE HALLEN SIGNOS DE TABICACION SE DEBERA REALIZAR EN ESTE MISMO ACTO TOMA DE MUESTRAS Y DRENAJE DE LIQUIDO PLEURAL SE TIENE PENDIENTE TOMAR RX TORAX POS PASO DE CVC SUBCLAVIO IZQ. SE CONTINUA MANEJO EN UCIN RIESGO DE FALLA VENTILATORIA MANEJO DE EL PACIENTE SEPTICO

**Plan** : EVOLUCION

**Registro Profesional** : 765636

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

**Fecha** : 04.07.2013 **Hora** : 01:19

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI NOCHE DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS RESUELTA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA

**Objetivo** : ENCUENTRO PACIENTE DESPIERTA EN CAMA TRANQUILA, SIN SOPORTE INOTROPICO NI VASOACTIVO, SIN SEDACION GLASGOW: 15/15 HIDRATADA HOY FEBRIL 39.1°C SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ANICTERICA SIN EDEMA SV: TA 141/76 PAM 99 FC 101MIN FR 21MIN SATO2 96% RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES, SIN SOBREAgregados BIEN VENTILADOS, ABDOMEN: COLOSTOMIA NORMOFUNCIONANTE, FISTULA DRENA 300CC, PARED TORACICA: 90CC TORACENTESIS:100CC, EXTREMIDADES NO EDEMAS, LLENO CAPIALAR 3 SEG, NEUROLOGICO NO DEFICIT APARENTE, GLUCOMETRIA: 91MG

**Análisis** : PACIENTE EN ESTABLE CONDICION GENERAL, NUEVAMENTE FEBRIL, COMENTADO CON INFECTOLOGIA QUIEN NO MODIFICA MANEJO, YA QUE LA RESPUESTA INFLAMATORIA A DISMINUIDO, CONTINUA SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL. SOLICITAMOS PARACLINICOS DE CONTROL.

**Plan** : SS: POTASIO, SODIO. RESTO DE MANEJO IGUAL

**Registro Profesional** : 761541

**Responsable** : CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO



## Historia Clínica General

**Fecha** : 04.07.2013 **Hora** : 06:13  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : ....  
**Objetivo** : ....  
**Análisis** : ...  
**Plan** : se realiza CTC de barrera de colostomía y b...  
**Responsable** : CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO

Registro Profesional : 1100761541

**Fecha** : 04.07.2013 **Hora** : 17:51  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : DR CASTILLO INTENSIVISTA/ DR JARAMILLO MEDICO GENERAL UCIN DIA DX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA PROBLEMAS SIRS ALTO PRODUCIDO POR FISTULA ENTEROCUTANEA ANTIBIOTICOS CEFEPIME DIA 11 DAPTOMICINA DIA 11 LINEZOLID DIA 10  
**Objetivo** : NEUROLOGICO: ALERTA, TRANQUILA, UBICADA EN SUS TRES ESFERAS, NO FOCALIZADA C/V: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS CON TA 137/66 TAM 88 FC 117 RESPIRATORIO: MURMULLO VESICULAR PRESENTE DISMINUIDO NO SOBREGREGADOS CON VENTILACION POR AIRE AMBIENTE CON SO2 95% FR 22 CON RX TORAX CON HALLAZGO DE DERRAME PLEURAL IZQ NO OTROS HALLAZGOS EN PARENQUIMA PULMONAR GASTROINTESTINAL: PLANO CON FISTULA CON PRODUCCION 30 CC EN 6H CON ASA VISIBLE ROSADA CON GLUCOMETRIA 81 CON TPN A 69 CC H RENAL: BUN 10 CR 0,2 FOSFORO 2,3 MG 2,1 NA 124 K 3,7 INFECCIOSO T 38,4 CH LEU 4 NEU 78 HB 10 HCTO 30 PLT 248 000  
**Análisis** : ACIENTE EN EL MOMENTO CON PERSISTENCIA DE SIRS FEBRIL TAQUICARDICA SIN EMBARGO SIN REQUEURIMIENTOS DE VASOPRESORES, CON RESULTADO DE CULTIVOS HASTA EL MOMENTO NEGATIVOS A LAS 24 H, PERO HALLAZGO EN MUESTRA DE LIQUIDO PLEURAL CON CITOQUIMICO PARA EXUDADO CON GRAM Y BK NEGATIVOS EN QUIEN SE CONSIDERA CONTINUAR CON ESTUDIO DE DERRAME PLEURAL IZQ SOLICITAR DE NUEVO TAC DE TORAX SE ESPERA RESULTADO, SE CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO IGUAL. SE HALLA FISTULA CON DISMINUCION DE PRODUCCION SIN EMBARGO SE CONSIDERA QUE ANTE PERSISTENCIA DE SIRS Y EVENTRACCION AUNQUE CON ABDOMEN SIN SIGNOS E IRRITACION EPITONEAL SE SOLICITA TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO COMO ESTUDIO DE SIRS ACTIVO DESCARTAR FOCO ABDOMINAL. SE HALLA CON HIPONATEMIA NO SINTOMATICA E HIPOFATEMIA SE INICIA MANEJO PARA ESTAS. SE HALLA RESOLUCION DE HIPOKALEMIA SE ORDENA SUSPENDER ESTA. SE CONTINUA MANEJO EN UCIN RIESGO DE FALLA VENTILATORIA MANEJO DE EL PACIENTE SEPTICO  
**Plan** : EVOLUCION  
**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

Registro Profesional : 765636

**Fecha** : 05.07.2013 **Hora** : 00:31  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : DR UMAÑA INTENSIVISTA/ DR JARAMILLO MEDICO GENERAL UCIN NOCHE DX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA NOSOCOMIAL TARDIA 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 8. DERRAME PLEURAL IZQ TIPO EXUDADO A, NEUMONIA NOSOCOMIAL PROBLEMAS SIRS ANTIBIOTICOS CEFEPIME DIA 11 DAPTOMICINA DIA 11 LINEZOLID DIA 10  
**Objetivo** : NEUROLOGICO: ALERTA, TRANQUILA, UBICADA EN SUS TRES ESFERAS, NO FOCALIZADA C/V: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS CON TA 118/74 TAM 89 FC 126 RESPIRATORIO: MURMULLO VESICULAR PRESENTE DISMINUIDO NO SOBREGREGADOS CON VENTILACION POR AIRE AMBIENTE CON SO2 95% FR 22 CON RX TORAX CON HALLAZGO DE DERRAME PLEURAL IZQ NO OTROS HALLAZGOS EN PARENQUIMA PULMONAR GASTROINTESTINAL: PLANO CON FISTULA CON PRODUCCION 30 CC EN 6H CON ASA VISIBLE ROSADA CON GLUCOMETRIA 81 CON TPN A 69 CC H Y TOLERANCIA A DIETA LIQUIDA CLARA, NO DOLOROSO, PERISTALTISMO PRESENTE, SIN DEPOSICIONES RENAL: BUN 10 CR 0,2 FOSFORO 2,3 MG 2,1 NA 124 K 3,7 LA 2858 LE 2380 BALANCE POSITIVO 478 INFECCIOSO T 38 CH LEU 4 NEU 78 HB 10 HCTO 30 PLT 248 000  
**Análisis** : PACIENTE EN CON PERSISTENCIA DE SIRS FEBRIL CON LEUCOCITOSIS EN QUIEN SE HALLAN HASTA EL MOMENTO CULTIVOS NEGATIVOS A LAS 24 H EN QUIEN SE ORDENO TOMAR TAC TORAX POR HALLAZGO DE DERRAME PLEURAL

## Historia Clínica General

IZQ TIPO EXUDADO SEDUNDADIO A NEUMONIA NOSOCOMIAL, EN ESTE SE EVIDENICA CONSOLIDACION BASAL IZQ CON BRONCOGRAMA AEREO, ATELECTASIA BIBASAL, DERRAME PLEURAL NO TABICADO SE TIENE PENDIENTE LECTURA FICIAL, SE TOMO TAC ABDOMEN CONTRASTADO CON EVIDENICA DE HEPATO Y ESPLENOMEGALIA, HIDRONEFROSIS IZQ FISTULA ORIENTADA A PARED ABDOMINAL SIN LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL SE TIENE PENDIENTE RESULTADO OFICIAL, POR TALES HALLAZGOS SE SOLICITA PARCIAL DE ORINA, Y DEBERA DE DISCUTIRSE POSIBILIDAD DE ENFERMEDAD INMUNOLOGICA. EL DIA DE HOY TOLERO VIA ORAL, SE HALLA CON CONTROL DE SUS CIFRAS TENSIONALES, BUENA DIURESIS PERO CON HIPONATREMIA E HIPOFOSFATEMIA EN MANEJO SE SOLICITAN ELECTROLITOS DE CONTROL SE CONTINUA MANEJO EN UCIN RIESGO DE FALLA VENTILATORIA MANEJO DE EL PACIENTE SEPTICO

**Plan** : EVOLUCION

**Registro Profesional** : 765636

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

**Fecha** : 05.07.2013 **Hora** : 10:24

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL DX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS

WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA

**Objetivo** : PA 147/80 PAM 99 FC 123 FR 22 FIO2 21% SO2 97% PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO CON FISTULA DE INTESTINO DELGADO CON ASA EN GALLETA DE COLOSTOMIA PRODUCIENDO 500 CC DE LIQ INTESTINAL EN 24 HORAS GU DIURESIS 100 CC HORA ESPONTANEA SNC ALERTA ORIENTADA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SOPORTE VENTILATORIO NI VASOACTIVO CONTINUA TAQUICARDICA FEBRIL AUNQUE CON DESCENSO PAULATINO DE REACTANTES DE FASE AGUDA, AYER SE TOMO TAC TORACOABDOMINA REPORTE OFICIAL INFORMA TROMBO DE 1.3 CM DE LONGITUD CON 0.5 CM DE DIAMETRO EN RAMA DE LOB INF IZQDO DE LA ARTERIA PULMONAR QUE PERMITE PASO DE MEDIO DE CONTRASTE, CONSOLIDACION BASAL IZQDA CON BRONCOGRAMA AEREO, DERRAME PLEURAL IZQDO ASOCIADO A ATELECTASIA PASIVA, NEUMOTORAX MENOR AL 5 %, SEG POST DE LOB SUP DERECHO IMAGEN DENSA IRREGULAR POSIBLE FOCO INFECCIOSOS, HEPATO Y ESPLENOMEGALIA, ASA INTESTINAL ABOCADAAL EXTERIOR, ASAS DELGADAS Y GRUESAS DE DISTRIBUCION NORMAL NO HAY LIQ LIBRE EN CAVIDAD NI COLECCIONES. POR PARTE DE CX GRAL SE CONSIDERA MANEJO DE FOCOS INFECCIOSOS Y SOPORTE NUTRICIONAL PARA POSTERIOR CIERRE QCO DE FISTULA CUNADO LAS CONDICIONES DE LA PCTE SENA OPTIMAS, SE EXPLICA A MADRE DE LA PCTE Y A PCTE.

**Plan** : CONTINUAR MANEJO INSTAURADO.

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 05.07.2013 **Hora** : 19:44

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : DR SALAS INTERNISTA/ DR JARAMILLO MEDICO GENERAL UCIN NOCHE DX: 1. SEPSIS SEVERA EN

RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA SUPERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR APICAL Y BASAL IZQ 4. INFECCION URINARIA RESUELTO 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 8. DERRAME PLEURAL IZQ 9. TEP RIESGO INTERMEDIO CRITERIOS DE WHEELS 3 PROBLEMAS SIRS TEP ANTIBIOTICOS CEFEPIME DIA 11 DAPTOMICINA DIA 10 LINEZOLID DIA 10

**Objetivo** : NEUROLOGICO: ALERTA, TRANQUILA, UBICADA EN SUS TRES ESFERAS, NO FOCALIZADA C/V: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS CON TA 120/64 TAM 81 FC 99 CVC SUBCLAVIO IZQ SIN CAMBIOS INFLAMATORIOS A NIVEL DE SU INSERCCION RESPIRATORIO: MURMULLO VESICULAR PRESENTE DISMINUIDO EN CAMPO PULMONAR IZQ NO SOBREGREGADOS CON VENTILACION POR AIRE AMBIENTE CON SO2 98% FR 20 GASES ARTERIALES PH 7,42 PO2 91 PACO2 29 HCO3 18 PAO2FIO2 433 BE - 5,3 GASTROINTESTINAL: PLANO CON FISTULA CON PRODUCCION 470 CC EN 12H CON ASA VISIBLE ROSADA CON GLUCOMETRIA 107 CON TPN A 69 CC H, TOLERA VIA ORAL LIQUIDOS CLAROS RENAL: LA 1926 LE 1570 BALANCE POSITIVO 356 CC DIURESIS 2 CC K H NA 125 K 4,3 MG 2,1 BUN 13 CR 0,26 INFECCIOSO T 37,2 CH LEU 4,3 NEU 76HG 10 HCTO 30 PLT 271 000

**Análisis** : PACIENTE EL MOMENTO CON EVOLUCION LENTA PERO HACIA LA MEJORIA NO HA REALIZADO FIEBRE POR 18 H AUN TAQUICARDICA SIN LEUCOCITOSIS, CON BUENAS TAM, SIN SOPORTE VASOACTIVO EN EL MOMENTO CULTIVOS NEGATIVOS, PERO CON ANALISIS DE LIQUIDO PLEURAL IZQ DE TIPO EXUDADO POR LO QUE SE TOMO TAC DE TORAX CON EVIDENICA DE EL TRONCO DE LA PULMONAR, LAS ARTERIAS PULMONARES PRINCIPALES SE ENCUENTRAN PERMEABLES. UNA DE

## Historia Clínica General

LAS RAMIFICACIONES HACIA EL LÓBULO INFERIOR Y IZQUIERDO DE LA ARTERIA PULMONAR MUESTRA UN DEFECTO DE LLENADO PARCIAL EN EL INTERIOR PERMITIENDO EL PASO DEL CONTRASTE POR LA PORCIÓN PERIFÉRICA, SUGIRIENDO QUE SE TRATA DE UN TROMBO QUE TIENE UNA LONGITUD APROXIMADA DE 1.3 CM Y UN DIÁMETRO DE 0.5 CM, EL PARÉNQUIMA PULMONAR EXISTE AUMENTO DEL INTERSTICIO FORMA DIFUSA CON UNA ZONA Densa MAL DEFINIDA, CON BRONCOGRAMA AÉREO QUE REALZA POCO CON LA APLICACIÓN DEL CONTRASTE Y COMPROMETE EN EL SEGMENTO ANTERIOR DEL LÓBULO BASAL IZQUIERDO, TRATÁNDOSE UNA ZONA DE CONSOLIDACIÓN, DERRAME PLEURAL IZQUIERDO ASOCIADO A ATELECTASIA PASIVA ADYACENTE. POR LO QUE SE CONSIDERA QUE TRAS CRITERIOS DE WELLS PROBABILIDAD INTERMEDIA SE CONSIDERA INICIO DE ANTICOAGULACION CON ENOXAPARINA AMP 40 MG SC C 12H. SE CONTINUA ESQUEMA ANTIBIOTICO INSTAURADO, FISTULA HA DISMINUIDO SU PRODUCCION, EN EL MOMENTO TOLERANDO VIA ORAL SE CONSIDERA PASO A DIETA LIQUIDA ESPESA PRESENTA BUENA DIURESIS AUN CON HIPONATREMIA NO SINTOMATICA SE CONTINUA REPOSICION CON SSN 0,9% SE SOLICITA ELECTROLITOS SE CONTINUA MANEJO EN UCI

**Plan** : EVOLUCION

**Registro Profesional** : 765636

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

**Fecha** : 06.07.2013 **Hora** : 14:52

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI DIA DX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA

**Objetivo** : PACIENTE EN CAMA DESPIERTA TRANQUILA, SIN SOPORTE INOTROPICO NI VASOACTIVO, SIN SEDACION GLASGOW:15/15 PA 126/70 PAM 86 FC 110MIN FR:22MIN FIO2 21% SO2 97% MUCOSAS ROSADAS, HIDRATADA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONAR BIEN VENTILADO SIN AGREGADOS, ABDOMEN: BLANDO NO DOLOROSO CON FISTULA DE INTESTINO DELGADO CON ASA EN GALLETA DE COLOSTOMIA PRIDUCIENDO 870 CC DE LIQUIDO INTESTINAL EN 24 HORAS, G/U: DIURESIS 2.3CC/KG/HR BALANCE: + 571CC SNC ALERTA ORIENTADA NO DEFICIT PARA CLINICOS: HB: 9,5 HTC: 28 LEUCOS: 3,9 N:68% PLAQ:232 SODIO:123 POTASIO: 4 CLORO:98 CREATININA:0,2 BUN: 13 CALCIO:8,5 FOSFORO:3,4 MG: 2,1 PCR: 34

**Análisis** : PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE EN MANEJO MEDICO, CON EVOLUCION HACIA LA MEJORIA, AUN ALTA PRODUCCION POR FISTULA, EN AISLAMIENTO POR ENTEROCOCO RESISTENTE. SIN TRASTORNO ELECTROLITICO, NI DE AZOADOS, CONTINUA IGUAL MANEJO ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCION PARA DEFINIR CONDUCTAS ADICIONALES.

**Plan** : MANEJO MEDICO IGUAL.

**Registro Profesional** : 761541

**Responsable** : CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO

**Fecha** : 06.07.2013 **Hora** : 17:33

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA

**Objetivo** : PTE CON TOS PRODUCTIVA ANSIEDAD QUE LE OCASIONA DESCOMPENSACION DE ESTADO GENRAL

**Análisis** : PACIENTE CON TOS PRODUCTIVA MUCOIDE SE ORDENA INICIO DE HIDERAX JBE 10CC CADA 8 HRS ADICIONAL AL MANEJO INSTAURADO.

**Plan** : HIDROXICINA (HIDERAX JBE) 10CC CADA 8 HRS

**Registro Profesional** : 761541

**Responsable** : CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO

**Fecha** : 07.07.2013 **Hora** : 01:15

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO EVOLUCION UCIN NOCHE. 25 AÑOS. FECHA DE INGRESO:2013-06-20.

DR.SOTO INTENSIVISTA/DR.RUMBO MD ASISTENCIAL UCI. DX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA. 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 6. POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05, 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA

**Objetivo** : PACIENTE SIN SOPORTE INOTROPICO NI VASOACTIVO, SIN SEDACION, CON PICOS FEBRILES DURANTE EL DIA HASTA DE 39°, TAQUICARDICA. PA:93/74., PAM:82., FC:115. C/P:RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN

## Historia Clínica General

VENTILADOS SIN AGREGADOS, AL AIRE AMBIENTE SAT:97%, FR:20, FIO2:21%. G/I:ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO CON FISTULA DE INTESTINO DELGADO CON ASA EN GALLETA DE COLOSTOMIA PRODUCIENDO 1900 CC DE LIQUIDO INTESTINAL EN 12 HORAS. G/U:DIURESIS DE 5.5CC/KG/HR, CON BALANCE: + 90CC. SNC:ALERTA ORIENTADA NO DEFICIT

**Análisis** : PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE, CON EVOLUCION HACIA LA MEJORIA, AUN ALTA PRODUCCION POR FISTULA, EN AISLAMIENTO POR ENTEROCOCO RESISTENTE, HOY CON PICOS FEBRILES, SIN TRASTORNO ELECTROLITICO, EN REVISTA CON EL DR. SOTO SE SUGIERE CONTINUAR CON IGUAL MANEJO MEDICO EN ESPERA DE EVOLUCION.

**Plan** : LABORATORIOS DE CONTROL, RESTO DE MANEJO MEDICO. **Registro Profesional** : 761541

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Fecha** : 07.07.2013 **Hora** : 14:49

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI DIA DR URREGO ANESTESIOLOGO - DR CALDERON ASISTENCIAL. DX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILobar 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA

**Objetivo** : PACIENTE EN CAMA DESPIERTA TRANQUILA, SIN SOPORTE INOTROPICO NI VASOACTIVO, SIN SEDACION GLASGOW:15/15 PA 137/61 PAM 97 FC 97MIN FR:22MIN FIO2 21% SO2 93% MUCOSAS ROSADAS, HIDRATADA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONAR BIEN VENTILADO SIN AGREGADOS, MOVILIZA SECRECIONES TOS PRODUCTIVA, ABDOMEN:BLANDO NO DOLOROSO CON FISTULA DE INTESTINO DELGADO CON ASA EN GALLETA DE COLOSTOMIA PRODUCIENDO 580CC DE LIQUIDO INTESTINAL EN 24 HORAS, G/U: DIURESIS 2.35CC/KG/HR BALANCE: + 750CC SNC ALERTA ORIENTADA, NO DEFICIT, GLUCOMETRIA: 105MG PARACLINICOS: HB: 8,8 HTC: 25 LEUCOS: 3,4 N:58% PLAQ:205 SODIO:123 POTASIO:3,7 CLORO:108 CREATININA:0,3 BUN: 13 PCR: 27

**Análisis** : PACIENTE ESTABLE EN MANEJO MEDICO, MENOR PRODUCCION POR FISTULA, SIN TRASTORNO ACIDOBASICO, CON MEJORIA DE PAROXISMOS DE TOS, CON PICOS FEBRILES Y TENDENCIA A LA LEUCOPENIA NO DESCARTAMOS INFECCION POR GRAM NEGATIVO, VIGILAREMOS SIRS SEGUN EVOLUCION TOMAREMOS CONDUCTAS ADICIONALES.

**Plan** : IGUAL MANEJO ANTIBIOTICO. **Registro Profesional** : 761541

**Responsable** : CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO

**Fecha** : 07.07.2013 **Hora** : 23:21

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI NOCHE DR URREGO ANESTESIOLOGO - DR SIERRA ASISTENCIAL. DX: 1. SEPSIS SEVERA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILobar 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA

**Objetivo** : PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN SOPORTE DE OXIGENO SV TA: 150/62 TAM: 73-92 FC 100-125 LPM, C/C: ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS ROSADAS MUCOSAS HUMEDAS, C/R: RSCRS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREGREGADOS ABD: CUBIERTO, BLANDO DEPRESIBLE SIN IRRITACION PERITONEAL, FISTULA PRODUCIENDO 270 CC HASTA EL MOMENTO, METABOLICO: GLUCOMETRIAS 107-113 mg/dl, INFECCIOSO: FEBRIL POR MAS DE 3 HR, TENDENCIA A LA LEUCOPENIA, TAQUICARDICA, PERMANENTEMENTE, HEMATOLOGICO: SIN SANGRADO ACTIVO. DIURESIS: 3.3 CC/KG/H

**Análisis** : PACIENTE CON HCX CONOCIDA EN EL MOMENTO EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, PERSISTE FEBRIL A PESAR DE MANEJO ANTIBIOTICO CON DAPTOMICINA, LINEZOLID POR 15 DIAS, YA CUMPLIO ESQUEMA CON ANIDULAFUNGINA, TENDENCIA A LA LEUCOPENIA CON HEMOCULTIVOS #1-2 NEGATIVOS A LOS 5 DIAS (02-07-2013), SOLICITO UROANALISIS + GRAM + UROCULTIVO, VIGILAR SIRS, CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO.

**Plan** : SS: UROCULTIVO, UROANALISIS+ GRAM SS: PARACLINICOS DE Rutina UCIN DIPIRONA AMP 1 G EV C/6H EV DILUIDA LENTA SOLO SI ACETAMINOFEN Y MEDIOS FISICOS NO **Registro Profesional** : 761541

**Responsable** : SIERRA, NICOLAS ANDRES

**Fecha** : 08.07.2013 **Hora** : 08:48

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENRAL DX: 1. SEPSIS SEVERA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO

## Historia Clínica General

CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA

**Objetivo** : PA 117/52 PAM 72 FC 129 FR 18 FIO2 21% SO2 96% PAFI 410 PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON FISTULA PRODUCIENDO LIQ INTESTINAL 520 CC EN 24 HROAS GU DIUTREIS 2.2 CC/KG/H SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SOPORTE VENTILATORIO CON BUEN AOXIGENACION CONTINUA CON FIEBRE A PESAR DE TENER PCR NORMAL SIN NUEVOS FOCOS INFECCIOSOS IDENTIFICADOS, HA TOLERADO BIEN LA VO, SE CONTINUA SOPORTE NUTRICIONAL Y MANEJO POR TEO, NO DESEQUILIBRIO ACIDO BASE, HOY CON HIPONATREMIA E HIPOKALEMIA

**Plan** : CONTINUAR IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 08.07.2013 **Hora** : 18:08

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI DIA DR UMAÑA INTENSIVISTA - DR CALDERON ASISTENCIAL. DX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARIA 5. ICTERICIA COLESTASICA 6. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA

**Objetivo** : PACIENTE EN CAMA DESPIERTA TRANQUILA, SIN SOPORTE INOTROPICO NI VASOACTIVO, SIN SEDACION GLASGOW:15/15 PA 117/52 PAM 72 FC 129MIN FR:19MIN FIO2 21% SO2 96% MUCOSAS ROSADAS, HIDRATADA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONAR BIEN VENTILADO SIN AGREGADOS, MOVILIZA SECRECIONES, MEJORIA DE TOS, ABDOMEN:BLANDO NO DOLOROSO CON FISTULA DE INTESTINO DELGADO CON ASA EN GALLETA DE COLOSTOMIA PRODUCIENDO 520CC DE LIQUIDO INTESTINAL EN 24 HORAS, G/U: DIURESIS 2.2CC/KG/HR BALANCE: + 1555CC SNC ALERTA ORIENTADA, NO DEFICIT, GLUCOMETRIA: 167MG PARACLINICOS: HB: 8,0 HTC:24 LEUCOS: 3,4 N:34% PLAQ:203 SODIO:126 POTASIO:3,3 CLORO:105 CREATININA:0,23 BUN: 13,7 PCR: 35.3 PT:12,3 PTT:39

**Análisis** : PACIENTE CON LEUCOPENIA, ANEMIA, CON PICOS FEBRILES, HIPOCALEMICA, CON SOSPECHA DE INFECCION POR HONGOS O GRAM NEGATIVOS, CAMBIAMOS REPOSICION DE POTASIO POR ION K ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCION PARA DEFINIR CONDUCTAS ADICIONALES. SEGUN EVOLUCION DEFINIR CONDUCTAS ADICIONALES.

**Plan** : ION K 15CC CADA 8 HRS. SUSPENDER REPUESTO DE POTASIO PERIFERICO.

**Responsable** : CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO

**Fecha** : 08.07.2013 **Hora** : 19:35

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA DE INTERCONSULTA CON INFECTOLOGIA

**Objetivo** : .

**Análisis** : PACIENTE BAJO EL CONTEXTO DE LEUCOPENIA Y FIEBRE SIN SIRS ACTIVO, CON MEJORIA DE ESTADO GENERAL A QUIEN LA VEJETACION DE LA CAVA PRESENTA MEJORIA AHORA DE 7MM LA INICIAL DE 15 MM, CON HEMOCULTIVOS DEFINITIVOS A LOS 5 DIAS NEGATIVOS, CON UROCULTIVO Y DE SOT A LAS 48 HRS NEGATIVOS, SIN SOPORTE VENTILATORIO, NI INOTROPICO NI VASOACTIVO, EN MANEJO CON CEFEPIME Y LINEZOLID QUE REFIERE EL DR MARTINEZ INFECTOLOGO QUE SON LA PROBABLE CAUSA DE LA FIEBRE Y LA LEUCOPENIA RAZON POR LA CUAL LOS SUSPENDE Y DEJA SOLAMENTE DAPTOMICINA PARA TERMINAR LAS 6 SEMANAS Y EN CASO TAL DE NUVOS PICOS FEBRILES HEMOCULTIVAR.

**Plan** : SUSPENDER LINEZOLID Y CEFEPIME CONTINUAR DAPTOMICINA EN CASO DE CONTINUAR CON FIEBRE HEMOCULTIVAR DENUOVO.

**Registro Profesional** : 761541

**Responsable** : CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO

**Fecha** : 09.07.2013 **Hora** : 01:01

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO EVOLUCION UCI NOCHE. 25 AÑOS. FECHA DE INGRESO:2013-06-20.

DR.UMAÑA INTENSIVISTA/DR.RUMBO MD ASISTENCIAL UCI. DX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN

## Historia Clínica General

SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA. 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR 4. INFECCION URINARI 6. POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05, 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA

**Objetivo** : PACIENTE SIN SOPORTE INOTROPICO NI VASOACTIVO, SIN SEDACION, CON PICOS FEBRILES DURANTE EL DIA HASTA DE 39.6°, TAQUICARDICA. PA:135/60., PAM:87., FC:142. C/P:RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS, AL AIRE AMBIENTE SAT:95%., FR:20, FIO2:21%. G/I:ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO CON FISTULA DE INTESTINO DELGADO CON ASA EN GALLETA DE COLOSTOMIA PRODUCIENDO 900 CC DE LIQUIDO INTESTINAL EN 12 HORAS. G/U:DIURESIS DE 1.8CC/KG/HR, CON BALANCE: + 835CC. SNC:ALERTA ORIENTADA NO DEFICIT

**Análisis** : PACIENTE CON LEUCOPENIA, ANEMIA, PICOS FEBRILES, HIPOCALEMICA, CON SOSPECHA DE INFECCION POR HONGOS O GRAM NEGATIVOS, EN LA TARDE SE COMENTO Y REVISO CON INFECTOLOGIA DR. MARTINEZ QUIEN SUGIRIO SUSPENDER CEFEPIME Y LINEZOLID, CONTINUAR CON DAPTOMICINA Y TOMAR HEMOCULTIVOS SI PERSISTIA CON PICOS FEBRILES, EN REVISTA CON EL DR. UMAÑA SE SUGIRIO DEJAR IGUAL MANEJO MEDICO EN ESPERA DE EVOLUCION.

**Plan** : LABORATORIOS DE CONTROL, TOMAR HEMOCULTIVOS Y REVISAR MANEJO MEDICO IGUAL.

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Fecha** : 09.07.2013 **Hora** : 13:33

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI DIA - 09.07.2013 NOMBRE: MELISSA GALLEGU QUINCHIA EDAD: 25 AÑOS

DIAGNOSTICOS: SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO NEUMONIA MULTILOBAR INFECCION URINARIA ICTERICIA COLESTASICA POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO ASA INTESTINAL PROTRUIDA PROBLEMAS: FISTULA DE ALTO GASTO FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO LEUCOPENIA NEUTROPENIA HIPONATREMIA ANEMIA JUSTIFICACION MANEJO EN UCI: SE TRATA DE UNA PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA, CON HOSPITALIZACION PROLONGADA, CON TROMBO FLEBITIS SEPTICA DE VENA CAVA QUE LA LLEVOA A NEUMONIA MULTILOBAR; DE NUEVO FIEBRE ALTA, COLECCION EN PULMON IZQUIERDO DRENADA PARCIALMENTE, AHORA NECESITANDO AISLAMIENTO PROTECTOR. NECESITA CUIDADOS DE ENFERMERIA EN UCI Y TERAPIA RESPIRATORIA INTENSIVA. PARACLINICOS RECIENTES: HB 7,8 HCTO 23 WBC 1970 NE 10% PLAQ 187.000 PT 13 PTT 42 INR 1,3 NA 122 K 4,7 CL 99 CREAT 0,3 BUN 11 CA 7.9 MG 1,8 ABG PH 7,4 PCO2 28 PO2 82 BE -3,6 PAFI 394 HCO3 19 EXAMEN FISICO: PACIENTE EN CAMA, CRITICAMENTE ENFERMA, DESPIERTA, CON TAQUIPNEA Y PATRON RESPIRATORIO SUPERFICIAL. CARDIOVASCULAR: RITMO TAQUICARDIA SINUSAL, SIN SOPORTE VASOACTIVO RESPIRATORIO: PATRON RESPIRATORIO RAPIDO Y SUPERFICIAL, CON HIPOVENTILACION EN AMBAS BASES PULMONARES RENAL: DIURESIS 2 CC/KG/H , PARA UN BALANCE NEUTRO METABOLICO Y GASTROINTESTINAL: NUTRICION: TPN 69 CC/H. ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE, SIN DEFENSA AL PALPAR, ABDOMEN FAJADO CON FISTULA QUE PRODUJO 800 CC/24H. GLUCOMETRIAS: 82-97 MG/DL HEMATOLOGICO E INFECCIOSO: SIN EVIDENCIA FRANCA DE SANGRADO ACTIVO CON FIEBRE EN EL TRANSURSO DEL DIA DE AYER MAXIMA 39,9 C, AHORA 39,6C ANTIBIOTICOS ACTUALES: DAPTOMICINA (AYER SE SUSPENDIO LINEZOLID + CEFEPIME) CULTIVOS RECIENTES: AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA NEUROLOGICO: ECG 15/15 (AO 4 RV 5 RM 6) PUPILAS 3 MM REDONDAS Y REACTIVAS A LA LUZ SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

**Objetivo** : PARA CLINICOS RECIENTES: HB 7,8 HCTO 23 WBC 1970 NE 10% PLAQ 187.000 PT 13 PTT 42 INR 1,3 NA 122 K 4,7 CL 99 CREAT 0,3 BUN 11 CA 7.9 MG 1,8 ABG PH 7,4 PCO2 28 PO2 82 BE -3,6 PAFI 394 HCO3 19 EXAMEN FISICO: PACIENTE EN CAMA, CRITICAMENTE ENFERMA, DESPIERTA, CON TAQUIPNEA Y PATRON RESPIRATORIO SUPERFICIAL. CARDIOVASCULAR: RITMO TAQUICARDIA SINUSAL, SIN SOPORTE VASOACTIVO RESPIRATORIO: PATRON RESPIRATORIO RAPIDO Y SUPERFICIAL, CON HIPOVENTILACION EN AMBAS BASES PULMONARES RENAL: DIURESIS 2 CC/KG/H , PARA UN BALANCE NEUTRO METABOLICO Y GASTROINTESTINAL: NUTRICION: TPN 69 CC/H. ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE, SIN DEFENSA AL PALPAR, ABDOMEN FAJADO CON FISTULA QUE PRODUJO 800 CC/24H. GLUCOMETRIAS: 82-97 MG/DL HEMATOLOGICO E INFECCIOSO: SIN EVIDENCIA FRANCA DE SANGRADO ACTIVO CON FIEBRE EN EL TRANSURSO DEL DIA DE AYER MAXIMA 39,9 C, AHORA 39,6C ANTIBIOTICOS ACTUALES: DAPTOMICINA (AYER SE SUSPENDIO LINEZOLID + CEFEPIME) CULTIVOS RECIENTES: AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA NEUROLOGICO: ECG 15/15 (AO 4 RV 5 RM 6) PUPILAS 3 MM REDONDAS Y REACTIVAS A LA LUZ SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

**Análisis** : ANALISIS Y PLAN: SE TRATA DE UNA PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA, CON HOSPITALIZACION PROLONGADA EN UCI EN EL CONTEXTO INICIAL DE UN POP DE COLECISTECTOMIA + APENDICECTOMIA (EXTRA CLINICA AMIGA), CON POSTERIOR FISTULA DE ALTO GASTO, COMO COMPLICACION DESNUTRICION LUEGO BACTEREMIA ASOCIADA AL CATETER + TROMBO FLEBITIS SEPTICA DE VENA CAVA SUPERIOR Y NEUMONIA MULTILOBAR MUY PROBABLEMENTE 2RO A EMBOLOS SEPTICOS. IREGULA REVOLUCION EN SUS COMIENZOS, MEJORIA TEMPORAL LUEGO E ADICIONAR ANTI FUNGICO, PERO ULTIMA SEMANA CON PICOS DE TEMPERATURA CERCANOS A 40 CENTIGRADOS. HOY AMANECE LEUCOPENICA + NEUTROPENICA. AYER POR CONCEPTO DE INFECTOLOGIA SE SUSPENDIERON LINEZOLID + CEFEPIME (YA SE HABIA SUSPENDIDO ANIDALOFUNGINA) Y

## Historia Clínica General

QUEDO SOO CON DAPTOMICINA. REVISO CASO COND R SOTO, PENSAMOS EN UNA EVOLUCION IRREGULAR, AUNQUE YA SE PUNCIONO DERRAME PLEURAL PERSISTE OPACIDAD BASAL IZQUIERDA PENSAMOS PUEDE SER UNA COLECCION LOCULADA Y PRO ELLO PEDIMOS CONCEPTO CE QX DE TORAX: HABLAMOS CON DR ZAMARRIEGO Y RECOMIENDA FB + LBA Y QUE VALORARA EN LA TARDE. PRO OTRO ALDO Y DEBIDOA LA EVOLUCION TORPIDA Y BICITOPENIA PEDIMOS EL CONCURSO DE HEMATOLOGIA, COEMNTAMOS CON DR URIBE RECOMIENDA EXAMENES ADICIONALES Y VALORARA LUEGO. PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA, REQUIERE MANEJO MEDICO Y MONITORIA EN LA UCI. SE SOLICITAN PARACLINICOS CONTROL. JL CASTILLO G., MD

**Plan** : ANALISIS Y PLAN: SE TRATA DE UNA PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA, CON HOSPITALIZACION PROLONGADA EN UCI EN EL CONTEXTO INICIAL DE UN POP DE COLECISTECTOMIA + APENDICECTOMIA (EXTRA CLINICA AMIGA), CON POSTERIOR FISTULA DE ALTO GASTO, COMO COMPLICACION DESNUTRICION LUEGO BACTEREMIA ASOCIADA AL CATETER + TROMBO FLEBITIS SEPTICA DE VENA CAVA SUPERIOR Y NEUMONIA MULTILOBAR MUY PROBABLEMENTE 2RO A EMBOLOS SEPTICOS. IREGULA REVOLUCION EN SUS COMIENZOS, MEJORIA TEMPORAL LUEGO E ADICIONAR ANTI FUNGICO, PERO ULTIMA SEMANA CON PICOS DE TEMPERATURA CERCANOS A 40 CENTIGRADOS. HOY AMANECE LEUCOPENICA + NEUTROPENICA. AYER POR CONCEPTO DE INFECTOLOGIA SE SUSPENDIERON LINEZOLID + CEFEPIME (YA SE HABIA SUSPENDIDO ANIDALOFUNGINA) Y QUEDO SOO CON DAPTOMICINA. REVISO CASO COND R SOTO, PENSAMOS EN UNA EVOLUCION IRREGULAR, AUNQUE YA SE PUNCIONO DERRAME PLEURAL PERSISTE OPACIDAD BASAL IZQUIERDA PENSAMOS PUEDE SER UNA COLECCION LOCULADA Y PRO ELLO PEDIMOS CONCEPTO CE QX DE TORAX: HABLAMOS CON DR ZAMARRIEGO Y RECOMIENDA FB + LBA Y QUE VALORARA EN LA TARDE. PRO OTRO ALDO Y DEBIDOA LA EVOLUCION TORPIDA Y BICITOPENIA PEDIMOS EL CONCURSO DE HEMATOLOGIA, COEMNTAMOS CON DR URIBE RECOMIENDA EXAMENES ADICIONALES Y VALORARA LUEGO. PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA, REQUIERE MANEJO MEDICO Y MONITORIA EN LA UCI. SE SOLICITAN PARACLINICOS CONTROL. JL CASTILLO G., MD

**Responsable** : CASTILLO, JOSE LUIS

**Fecha** : 09.07.2013 **Hora** : 14:38

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : NEUMOLOGIA - DR. RICARDO MOSQUERA

**Objetivo** : PACIENTE MUEJR DE 25 AÑOS CON DX: SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION CON AISLAMIENTO DE

STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC, AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE, AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO. NEUMONIA MULTILOBAR. INFECCION URINARIA. POST-OPERATORIA DE: COLELAP 23 04 2013, LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013, PERITONITIS. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05, 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013). CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO. ASA INTESTINAL PROTRUIDA. AHORA CON FIEBRE PERSISTENTE CON SOSPECHA DE INFECCION RESPIRATORIA. POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION Y LAVADO BRONCOALVEOLAR POR FIBROBRONCOSCOPIA. NOTO QUE LA RADIOGRAFIA DE TORAX DEL 05/07/2013 Y TAC DE TORAX DE 05/07/2013 NO HAN VARIADO CON CONDENSACION EN SEGMENTO ANTERIOR DEL LOBULO INFERIOR IZQUIERDO, SIN EMBRAGO EN CONCENSO CON GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE CUIDADO INTENSIVO, INFECTOLOGIA Y CIRUGIA DE TORAX SE DECIDE LLEVAR A ESTA PACIENTE A PROCEDIMIENTO. SE BENEFICIARIA DE CAPA GRUESA DE LEUCOCITOS, CULTIVO DE MEDULA OSEA PARA HONGOS Y MYCOBACTERIAS.

**Plan** : SE SOLICITA CONCENTIMIENTO INFORMADO **Registro Profesional** : 763708

**Responsable** : MOSQUERA CHONILLO, RICARDO PABLO

**Fecha** : 09.07.2013 **Hora** : 16:25

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : SE HACE CTC SOLICITUD GEN XPERT PCR MYCOBACTERIUM TBC

**Análisis** : PACIENTE MUEJR DE 25 AÑOS CON DX: SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION CON AISLAMIENTO DE

STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC, AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE, AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO. NEUMONIA MULTILOBAR. INFECCION URINARIA. POST-OPERATORIA DE: COLELAP 23 04 2013, LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013, PERITONITIS. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05, 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013). CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO. ASA INTESTINAL PROTRUIDA. AHORA CON FIEBRE PERSISTENTE CON SOSPECHA DE INFECCION RESPIRATORIA. POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION Y LAVADO BRONCOALVEOLAR POR FIBROBRONCOSCOPIA. NOTO QUE LA RADIOGRAFIA DE TORAX DEL 05/07/2013 Y TAC DE TORAX DE 05/07/2013 NO HAN VARIADO CON CONDENSACION EN SEGMENTO ANTERIOR DEL LOBULO INFERIOR IZQUIERDO, SIN EMBRAGO EN CONCENSO CON GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE CUIDADO INTENSIVO, INFECTOLOGIA Y CIRUGIA DE TORAX SE DECIDE LLEVAR A ESTA PACIENTE A PROCEDIMIENTO

**Plan** : NO POS

**Registro Profesional** : 76-2865

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 10.07.2013 **Hora** : 00:59

## Historia Clínica General

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UCIN NOCHE DIAGNOSTICOS: SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO NEUMONIA MULTILOBAR INFECCION URINARIA ICTERICIA COLESTASICA POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO ASA INTESTINAL PROTRUIDA SOPORTES: NUTRICION PARENTERAL TOTAL Y VIA ORAL PROBLEMAS SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA ( FIEBRE, TAQUICARDIA, LEUCOPENIA) NEUTROPENIA ABSOLUTA HIPONATREMIA MODERADA S/ ALERTA, NO CONVULSIONES, PERSISTEN PICOS FEBRILES, COLOSTOMIA FUNCIONANTE.

**Objetivo** : ALERTABLE AL LLAMADO, HIDRATADA A FEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ANICTERICA SIN EDEMA SV: T 37.3 TA 118.47 PAM 67 FC 123 FR 22 SATO2 100% C/C MUCOSA ORAL HUMEDA, ESCLEROTICA ANICTETRICA, NO INGURGITACION YUGULAR TORAX; CATETER VENOSO VENTRL SUBCLAVIO IZQUIERDO SIN SIGNO INFLAMATORIOS LOCALES NI SIGNOS DE SANGRADO. RSCS RITMICOS TAQUICARDICOS NO SOPLOS, RSRS NOSOBREAGREGADOS ABDOMEN CUBIERTO CON VENDAJE, FISTULA ENTEROCUTANEA EXTREMIDADES: NO EDEMA, LLENAQDO CAPILAR 3 SEG, NO LESIONES NE PIE NNEUROLOGICO CONCIENTE ORIENTDA, LENGUAJE COHERENTE PENSAMIENTO LOGICO NOMINA, REPITA, CALCULA, SIMETRIA FASCIAL, PARES CRANEANOS SIN DEFICIT APARENTES, ROT NORMALES.

**Análisis** : PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES CON EVOLUCION DESFAVORABLE. NO DETERIORO NEUROLOGICO NI RESPIRATORIO PERO CON SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SITEMICA SIN FOCO APARENTE ASOCIADO AHORA A NEUTROPENIA POR PROBABLE COMPROMISO MEDULAR. PENDIENTE VALORACION POR HEMATOLOGIA PARA ESTUDIOS EN MEDULA OSEA; INFECTOLOGIA CONCEPTUO PROBABLE FIEBRE DE ORIGEN MEDICAMENTOSO SINEMABRGO SE COMENTARA EN REVISTA PARA CONSIDERAR INICIO DE TERAPIA EMPIRICA CONTRA ASPERGILOSIS POR NEUTROPENIA FEBRIL E INICIO DE FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS GRANULOCITICAS FILGASTRIM. PENDIENTE REPORTE DEFINITIVO DE CULTIVOS. POR AHORA TOLERANDO LA VIA ORAL CONTINUAR IGUAL. REPOSICINO DE SODIO IV.

**Plan** : CONTINUAR IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 730305-2004

**Responsable** : SALAS CUESTAS, FABIAN ALEXANDER

**Fecha** : 10.07.2013 **Hora** : 11:48

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO NEUMONIA MULTILOBAR INFECCION URINARIA ICTERICIA COLESTASICA POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO ASA INTESTINAL PROTRUIDA

**Objetivo** : PA 153/81 PAM 86 FC 154 FR 26 SO2 96% PAFI 495 FIO2 28% PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NI SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA INTESTINAL PRODUCIENDO 750 CC EN 24 HORAS GU 1.8 CC/KG/H SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE ESTABLE TOLERANDO ADECUADAMENTE LA VO, REFIERE HIPOREXIA, CON LEUCOPENIA EN DESCENSO Y AL PARECER NEUTROFILIA FEBRIL, NO SE HA DOCUMENTADO FOCO INFECCIOSO, ESTA PDTE VAL POR HEMATOLOGIA Y RTDO DE PBAS INMUNIOLOGICAS, LBA EN LIMITES NORMALES.

**Plan** : CONTINUAR IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 10.07.2013 **Hora** : 13:05

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : REVISTA INFECTO/ NOTA UCI DIA

**Análisis** : Se comenta paciente al Dr. Martinez infectologo con el Dr. Soto intensivista Problemas principales de Melissa: Febril, bicitopenia Consideran: 1. Fiebre posiblemente de origen no infeccioso, cultivos de control negativos, posiblemente medicamentosa, se suspender omeprazol, hidroxicina, losartan ( PA mejor controladas) 2. Pruebas inmunologicas en proceso por posibilidad de patología inmunologica 3. Paciente que fue transfundida, se solicitan pruebas para hepatitis A, B, C, CMV, Epstein Barr 4. Aumentar aportes VO para considerar disminución y progresivo retiro de TPN 5. Continúa con cohortización por antecedente de e. aerogenes resistente a carbapenemicos, no por neutropenia febril pues no es indicacion esta de cohortización 6. Se solicita procalcitonina para criterios paraclínicos de infeccion, se deberá hacer seguimiento de este 7. Valoración por hematología para posible aspirado de medula

**Plan** : 1- Hepatitis A, B, C, CMV E. BARR 2- Suspender losartan, omeprazol, hidroxicina 3- Acetaminofen tab 500mg 1 tab en caso de fiebre, no superar mas de 3g día 4- Dieta semiblanda 5- Reposicion de Mg 3 amp + 90 cc a 5cc hora 6- Procalcitonina si es necesario tomar controles

**Registro Profesional** : 76-2865

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 10.07.2013 **Hora** : 14:46

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : .



## Historia Clínica General

**Objetivo** : .

**Análisis** : SE TRATA DE UNA PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA, CON HOSPITALIZACION PROLONGADA EN UCI EN EL CONTEXTO INICIAL DE UN POP DE COLECISTECTOMIA + APENDICECTOMIA (EXTRA CLINICA AMIGA), CON POSTERIOR FISTULA DE ALTO GASTO, COMO COMPLICACION DESNUTRICION LUEGO BACTEREMIA ASOCIADA AL CATETER + TROMBO FLEBITIS SEPTICA DE VENA CAVA SUPERIOR Y NEUMONIA MULTILOBAR MUY PROBABLEMENTE 2RIO A EMBOLOS SEPTICOS. IREGULA REVOLUCION EN SUS COMIENZOS, MEJORIA TEMPORAL LUEGO D E ADICONAR ANTI FUNGICO, PERO ULTIMA SEMANA CON PICOS DE TEMPERATURA CERCANOS A 40 CENTIGRADOS. HOY AMANECE LEUCOPENICA + NEUTROPENICA. AYER POR CONCEPTO DE INFECTOLOGIA SE SUSPENDIERON LINEZOLID + CEFEPIME (YA SE HABIA SUSPENDIDO ANIDALOFUNGINA) Y QUEDO SOO CON DAPTOMICINA. REVISO CASO COND R SOTO, PENSAMOS EN UNA EVOLUCION IRREGULAR, AUNQUE YA SE PUNCIONO DERRAME PLEURAL PERSISTE OPACIDAD BASAL IZQUIERDA PENSAMOS PUEDE SER UNA COLECCION LOCULADA Y PRO ELLO PEDIMOS CONCEPTO CE QX DE TORAX: HABLAMOS CON DR ZAMARRIEGO Y RECOMIENDA FB + LBA Y QUE VALORARA EN LA TARDE. PRO OTRO ALDO Y DEBIDOA LA EVOLUCION TORPIDA Y BICITOPENIA PEDIMOS EL CONCURSO DE HEMATOLOGIA, COEMNTAMOS CON DR URIBE HEMATOLOGO QUIEN CONSIDERA REALIZAR ASPIRADO DE MEDULA OSEA PARA DEFINIR SI ORIFEN DE FIEBRE ESTA SIENDO DESENCADENADA POR PROCESO INFILTRATIVO DE MEDULA OSEA

**Plan** : AGUJA PARA ASPIRADO DE MEDULA OSEA/Registro Profesional : 765636

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

**Fecha** : 10.07.2013 **Hora** : 21:28

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : CX TORAX ROMAN ZAMARRIEGO

**Objetivo** : Enterados de historia clinica, cuadro febril en estudio, tac de troax opacidad parenquimatosa en segmento superior de lingula y en segemtno apical de lobulo inferior izquierdo, derrame pleural adyacente con atelectasia secundaria,hepatoesplenomegalia, enterados de reporte de fibrobroncoscopia, con estudios de lavado broncoalveolar pendiente, ecografia toracica con hallazgo de 170 cc de liquido pleural, con exudado linfocitario.cultivos negativos.

**Análisis** : Por el momento no hay indicacion de intervencion quirurgica a nivel toracico, pendiente estudios solicitados por infectologia, neumologia y hematologia.

**Plan** : . Registro Profesional : 760647

**Responsable** : ZAMARRIEGO PUENTES, ROMAN JOSE

**Fecha** : 11.07.2013 **Hora** : 02:06

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI NOCHE DR UMAÑA INTENSIVISTA DRA LINA MONTES MED DE UCI SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO NEUMONIA MULTILOBAR INFECCION URINARIA ICTERICIA COLESTASICA POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO ASA INTESTINAL PROTRUIDA PROBLEMAS FEBRIL TAQUICARDIA LEUCOPENIA HIPONATREMIA

**Objetivo** : HEMODINAMICO PACIENTE SIN SOPORTE VASOACTIVO CON SIGNOS VITALES FC 133 XMIN TA 106/53 TAM 70 RUIDOS CARDIACOS TAQUICARDICOS NO SOPLOS RESPIRATORIO PACIENTE SIN VM CON FR 23 XMIN SATO2 100 % RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS EN BASE PULMONAR ISQUIERDA NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA INFECCIOSO PACIENTE CON PICOS FEBRILES DE 39°C TAQUICARDICA LEUCOPENIA METABOLICO GLUCOMETRIA DE 110 HIPONATREMIA RENAL GU 1.6 CC KG HORA AZOADOS DENTRO DE LIMITES NORMALES NEUROLOGICO PACIENTE CONSCIENTE ALERTA OBEDECE ORDENES SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE FISTULA CON 300 CC DE PRODUCIDO

**Análisis** : PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESO INICIALMENTE CON SEPSIS DE ORIGEN ABODMINAL SECUNDARIO A PERITONITIS CON POP DE APENDICECTOMIA Y COLECISTECTOMIA, QUIEN POSTERIOR HACE FISTULA EDE ALTO GASTO Y BACTEREMIA Y TROMBOFLEBITIS SEPTICA EN VENA CAVA SUPERIOR, CON CUBRIMEINTO ATB DE AMPLIO ESPECTRO, PACIENTE QUIEN ADEMAS DE ESTO PRESENTA NEUMONIA MULTILOBAR LA CUAL SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO. PACIENTE QUIEN PRESENTO DETERIORO INFECCIOSO CON PICOS FEBRILES TAQUICARDICA Y SIGNSO DE SIRS POR LO CUAL SE LE REALIZA FIBROBRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONCOALVEOLAR EL CUAL ES NEGATIVO, SE REALIZA CULTIVOS LOS CUALES SONNEGATIVOS, ACTUALMENTE SIN FOCO SEPTICO CLARO COMO UNICO FOCO PROBABLE ES LA TROMBOFLEBITIS DE VENACAVA SUPERIOR A PESAR DE TRATAMIENTO INSTAURADO. ES VALORADA POR DR SAMARRIEGO QUIEN CONSIDERA QUE LA PARTE PULMONAR POR AHORA NO ES DE MANEJO QUIRURGICO, SE SOLICITARON ESTUDIOS ADICIONALES POR LEUTOPENIA IMPORTANTE ASPIRADO DE MEDULA OSEA

**Plan** : PACIENTE COMENTADA CON DR UMAÑA INTENSIVISTA QUIEN CONSIDERA CONTINUAR ESTUDIOS YA SOLICITADOS ASPIRADO DE MEDULA OSEA, SE CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO POR PARTE DE INFECTOLOGIA Y SE CONSIDERA MANEJO DE TROMBOFLEBITIS POR PARTE DE CIRUGIA/Registro Profesional : 765636

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

**Fecha** : 11.07.2013 **Hora** : 14:53

## Historia Clínica General

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI DIA DR. CASTILLO INTENSIVISTA - CALDERON ASISTENCIAL. DX: SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO NEUMONIA MULTILOBAR TRATADA INFECCION URINARIA TRATADA ICTERICIA COLESTASICA POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO ASA INTESTINAL PROTRUIDA PROBLEMAS: - FIEBRE - LEUCOPENIA - ALTA PRODUCCION POR FISTULA - TAQUICARDIA

**Objetivo** : PACIENTE EN CAMA DESPIERTA TRANQUILA CON DETERIORO DE ESTADO GENERAL FEBRIL, DIAFORETICA, PALIDA, SIN SOPORTE INOTROPICO NI VASOACTIVO, SIN SEDACION GLASGOW: 15/15 TA: 112/49 PAM: 68 FC: 111 MIN RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONAR: FR:25MIN, FIO2: 28% SATO2: 100% MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, MOVILIZA SECRECIONES ESCASAS, ABDOMEN: PERISTALTISMO PRESENTE, FISTULA PRODUCE: 760CC DIA, NO DOLOROSO, G/U: DIURESIS: 1.5CC/KG/HR BALANCE: + 741CC EXTREMIDADES: SIN EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES, SNC: GLASGOW: 15/15 GLUCOMETRIA:103MG PARACLINICOS: HB: 6.6 HTC: 20,1 LEUCOS:1,19 N:02% PLAQ: 161 SODIO:124 POTASIO:3,5 CLORO:85 CREATININA:0,21 BUN: 11,5 GASES ARTERIALES: PH: 7,42 PCO2:34 PO2:144 HCO3:21.7 P/FI:473 PCR:172 PROCALCITONINA:2,3 CULTIVO DE LAVADO BRONCOALVEOLAR: CRECIENDO PSEUDOMONA SENSIBLE Y OTRO GRAM NEGATIVO AUN NO TIFICADO.

**Análisis** : PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA QUIEN AHORA CURSA CON BICITOPENIA IMPORTANTE CON CULTIVOS POSITIVOS PARA GRAM NEGATIVOS, CON DETERIORO CLINICO Y DE ESTADO GENERAL, CON ALTA PRODUCCION POR FISTULA, SE AJUSTA DIETA Y TPN (PENDIENTE DE RETIDO PERO POR HIPOREXIA SE CONTINUA AUN), PARA CUBRIR GERMINES DE CULTIVO ALVEOLAR SE DECIDE DEJAR AMIKACINA 1 GR DIA Y DORIPENEM 1 GR CADA 8 HRS.

**Plan** : DORIPENEM 1 GR CADA 8 HRS AMIKACINA 1 GR DIA SUSPENDER ACETAMINOFEN CON HORARIO EN CASO DE FIEBRE AVISAR PARA TRATAR DIETA A TOLERANCIA.

**Registro Profesional** : 761541

**Responsable** : CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO

**Fecha** : 11.07.2013 **Hora** : 18:54

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA DE HEMATOLOGIA:DR. LUIS FERNANDO URIBE PACIENTE CON HISTORIA CLINICA DE CUADROS INFECCIOSOS REPETITIVOS DESDE ABRIL DE 2013 DESPUES DE COLELAP, SINDROME FEBRIL, OPINION DE APENDICEDCTOMIA SE LLEVA ACIRUGIA Y LE ENCUENTRAN UNA FISTULA YEYUNAL LA CUAL LE MANEJAN Y POSTERIORMENTE PRESENTA NUEVAMENTE CUADRO SEPTICO. LOS DIFERENTES CULTIVOS HAN MOSTRADO SEPSIS HEMOCULTIVOS POSITIVOS PARA POR GRAM NEGATIVOS( ENTEROBACTER CLOACAE) Y GRAM POSITIVOS (STAFILOCOCCO GUARNIERI). EL ULTIMOS CULTIVO DE LAVADO ALVEOLAR AISLO PSEUDOMONA. ADEMAS EN ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO SE ENCUENTRA UNA VEGETACION ADHERIDA EN VEN CAVA SUPERIOR QUE HA DISMINUIDO DE TAMAÑO PERO PERSISTE AUN. ACTUALMENTE LA CAUSA DE IC A HEMATOLOGIA ES QUE VIENE PRESENTANDO PANCITOPENIA QUE PROGRESIVAMENTE EN ESTA SEMANA LLEGA A NEUTROPENIA ABSOLUTA, SU CUADRO LEUCOCITARIO ES DE 1.190 LEUCOCITOS CON 0.2 % DE NEUTROFILOS 0.2% LINFOCITOS 42 % PLAQUETAS VIENEN DE 397.000 HACE 12 DIAS Y AHORA 161.000 P.C.R. VIENE EN AUMENTO HOY 172.0 VIH NEGATIVO. EL TAC DE TORAX Y ABDOMEN CONTRASTADO DEL 5 DE JULIO DE 2013 MUESTRA TROMBO PULMONAR EN RAMA DE ARTERIA PULMONAR LOBULO INFERIOR IZQUIERDO Y MOSTRO ESPLENOMEGALIA MODERADA Y HEPATOMEGALIA DIFUSA SIN DILATACION DE VIA BILIAR. DX. HEMATOLOGICO: SINDROME DE SUPRESION MEDULAR DE ETIOLOGIA A DEFINIR: PUEDE SER POR SEPSIS PERSISTENTE CON FOCO PRIMARIO OCULTO, O PUEDE SER POR MALIGNIDAD. EN AMBOS CASOS SUBYACE UN CUADRO DE INMUNOSUPRESION SEVERO. SE PROCEDE A TOMAR MUESTRA DE MEDULA OSEA PARA ESTUDIO COMPLETO: ASPIRADO DE MEDULA OSEA PARA INMUNOFENOTIPIFICACION, CARIOTIPO, MIELOCULTIVOS PARA BACTERIAS, HONGOS Y BAAR. SE TOMA CILINDRO OSEO PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO POR PATOLOGIA A FIN DE DETERMINAR PROCESO MALIGNO (LEUCEMIA/LINFOMA Y MIELOMA) DESCARTAR PRESENCIA DE GRANULOMAS, VERIFICAR PRESENCIA DE HISTOPLASMA CAPSULATUM, INFECCION POR BACTERIAS PRINCIPALMENTE GRAMNEGATIVOS. SALMONELLA SHIGELLA DESCARTAR CITOMEGALOVIRUS, EPSTEIN BARR, TOXOPLASMA.HONGOS Y PROCESO DE APLASIA MEDULAR EN CURSO. EN SANGRE PERIFERICA DEBE DETERMINARSE ELECTROFORESIS DE PROTEINAS, INMUNOGLOBULINAS A, G, M. Y CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA EN SUERO Y ORINA, ASI COMO BETA 2 MICROGLOBULINA RECUENTO LINFOCITARIO CD3/CD4/CD8 DESDE EL PUNTO DE VISTA DE HEMATOLOGIA SE ORDENA FILGRASTIN AMP. X 300 MCGR CADA 12 HORAS S.C.O E.V. Y ESPERAR RESPUESTA DE NEUTROFILOS EN 2 A 5 DIAS. CON RESULTADOS DE LO SOLICITADO SE VOLVERA A EVOLUCIONAR POR HEMATOLOGIA PARA DEFINIR NUEVAS CONDUCTAS SI ES DEL CASO. PRONOSTICO RESERVADO.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 761541

**Responsable** : CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO

**Fecha** : 12.07.2013 **Hora** : 00:21

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UNIDAD CUIDADO INTENSIVO. EVOLUCION UCI NOCHE. 25 AÑOS. FECHA DE INGRESO:2013-06-20.

DRA.URIBE INTERNISTA/DR.RUMBO MED ASISTENCIAL. DIAGNOSTICOS: -SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION -TROMBOFLEBITIS

## Historia Clínica General

INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR -SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO -NEUMONIA MULTILOBAR -INFECCION URINARIA -ICTERICIA COLESTASICA -POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 -FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO -ASA INTESTINAL PROTRUIDA PROBLEMAS -FEBRIL -TAQUICARDICA -LEUCOPENIA -HIPONATREMIA

**Objetivo** : PACIENTE CONTINUA FEBRIL HASTA 39°, TAQUICARDICA, SIN SOPORTE VASOACTIVO NI INOTROPICO, LEUCOPENICA. PA:151/59., PAM:83., FC:139. C/P:RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, TAQUICARDICOS, CON HIPOVENTILACION BASAL EN CAMPO PULMONAR IZQUIERDO, SIN VM OXIGENO POR CN SAT:95%., FR:22., FIO2:24%. G/I:ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON FISTULA QUE PRODUCE 380CC EN 12 HORAS. G/U:DIURESIS DE 1 CC/K/HORA, CON BALANCE + DE 338 CC. METABOLICO: GLUCOMETRIA DE 89 MG/DL. NEUROLOGICO: PACIENTE CONSCIENTE ALERTA OBEDECE ORDENES SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

**Análisis** : PACIENTE EN CONDICIONES CRITICAS, PERSISTE FEBRIL CON T° HASTA (39°), QUIEN AHORA CURSA CON BICITOPENIA IMPORTANTE CON CULTIVOS POSITIVOS PARA GRAM NEGATIVOS, CON DETERIORO DE SU ESTADO GENERAL, CON ALTA PRODUCCION POR FISTULA, SE AJUSTAN DIETA Y TPN, VALORADA HOY EN LA TARDE POR HEMATOLOGIA DR. URIBE COCK, QUIEN REALIZA ASPIRADO DE MEDULA OSEA Y ORDENA LABORATORIOS ESPECIFICOS PARA ESTUDIOS DE INMUNOTIPIFICACION, CARIOTIPO, MIELOCULTIVOS PARA BACTERIAS, HONGOS Y BAAR, ADEMAS ESTUDIOS EN SANGRE PERIFERICA, EN REVISTA CON LA DRA. URIBE INTERNISTA SE SUGIERE CONTINUAR CON IGUAL MANEJO MEDICO Y DE ANTIBIOTICOS EN ESPERA DE EVOLUCION, AMIKACINA 1 GR DIA, DORIPENEM 1 GR CADA 8 HRS, Y DAPTOMICINA IGUAL.

**Plan** : LABORATORIOS DE CONTROL Y LABORATORIOS ORDENADOS POR HEMATOLOGIA, INICIAR FILGASTRIN AMP, 300 MCGR EV CADA 12 HORAS, EN ESPERA DE RESPUESTA DE NEUTROFILOS. **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Fecha** : 12.07.2013 **Hora** : 11:25

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FMENINA DE 25 AÑOS CON DX DE: -SINDROME DE SUPRESION MEDULAR -FOCO SEPTICO OCULTO -TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR -SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO -NEUMONIA MULTILOBAR -INFECCION URINARIA -ICTERICIA COLESTASICA -POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 -FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO -ASA INTESTINAL PROTRUIDA

**Objetivo** : PA 123/61 PAM 81 FC 145 FR 30 FIO2 24% SO2 95% PAFI 459 PIFR MUCOSAS PALIDAS HIPOVENTILACION BIBASL RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 830 CC D LIQ INTESTINAL EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE EN ESTDO CRITIC CONTINUA CON FIERBE Y TAQUICARDIA ACOMPAÑADO D PANCITOPENI EVALUADA POR HEMATOLOGIA QUIEN CONSIDERA SINDROME DE SUPRESION MEDULAR, TOMA ASPIRADO DE MO Y PBAS HEMATOLOGICAS, PDTE RTDOS, TOLERA VO, FISTULA HA AUMENTADO PRODUCIDO, POR PARTE DE CX SE CONTINUA MANEJO EXPECTANTE SE EXPLICA A MADRE DE LA PCTE

**Plan** : CONTINUAR TTO MEDICO PROPUESTO **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 12.07.2013 **Hora** : 14:55

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI DIA DR UMAÑA INTENSIVISTA DRA LINA MONTES MED DE UCI DIAGNOSTICOS: -SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION -TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR -SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO -NEUMONIA MULTILOBAR -INFECCION URINARIA -ICTERICIA COLESTASICA -POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 -FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO -ASA INTESTINAL PROTRUIDA PROBLEMAS -FEBRIL -TAQUICARDICA -LEUCOPENIA -HIPONATREMIA

**Objetivo** : HEMODINAMICO PACIENTE SIN SOPORTE VASOACTIVO CON SIGNSO VITALES FC 132 XMIN TA 107/59 TAM 74 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS TAQUICARDICOS RESPIRATORIO PACIENTE SIN VENTILACION MECANICA CON FR 22 XMIN SATO2 99% RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTE SIN SOBREGARGADOS SIN SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA INFECCIOSO PACIENTE FEBRIL DE 39.2°C TAQUICARDICA CON LEUCOPENIA IMPORTANTE METABOLICO HIPONATREMIA GLUCOEMTRIA 95 RENAL GU 2.2 CC KG HORA AZOADOS DENTRO DE LIMITES NORMALES PARACLINICOS CH LEUCOS DE 1140 N 4% HB 6.4 HTO 18.8 PLT 149 PT 12.3 PTT 40 INR 1.2 BUN 10.1 CR 0.2 CA 7.9 P 2.9 GLICEMIA 121 NA 125 K 5.0 CL 91 MG 1.7 PCR 143 GASES ARTERIALES PH 7.44 PCIO2 30 PO2 110 HCO3 20 SO2 98 LACTATO DE 1.8

**Análisis** : PACIENTE DE 25 AÑOS QUIEN INGRESO POR SEPSIS DE ORIGEN ABODMINAL SECUNDARIA A APENDICISTIS Y PERITONITIS SECUNDARIA QUIEN POSTERIOR HACE FISTUKLA DE ALTO GASTO, ACTUALMENTE CURSANDO CON SIGNOS DE SIRS FEBRIL LEUCOPENICA, VALORADA POR HEMATOLOGIA QUIEN REALIZO ESTUDIOS PARA DESCARTAR PATOLOGIA IMNOLOGICA, PACIENTE A QUIENS E LE AISLO EN PSEUDOMONA SENSIBLE EN LBA, SE LE INICIO EL DIA DE AYER DORIPENE AMIKACINA Y DAPTOMICINA. PACIENTE EN CONDICIONES CRITICAS

**Plan** : PACIENTE VALORADO EN REVISTA CON DR UMAÑA QUIEN CONSIDERA CONTINUAR IGUAL MANEJO ATB PENDIENTE REPORTE DE ESTUDIOS INMUNOLOGICOS CONTINUA **Registro Profesional** : 1871

**Historia Clínica General****Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA**Fecha** : 12.07.2013 **Hora** : 19:23**Tipo** : Evolución**Subjetivo** : NOTA DE INFECTOLOGIA**Análisis** : PACIENTE VALORADO EN REVISTA CON INFECTOLOGIA EN QUIEN CONSIDERA CONTINUAR IGUAL CUBRIMIENTO ATB POR 48 HORAS Y EVALUAR RESPUESTA CLINICA TENIENDO EN CUENTA QUE PODRIA TRATARSE DE CLOSTRIDIUM**Plan** : EVALUAR EN 48 HORAS RESPUESTA A MANEJO ATB **Registro Profesional** : 1871**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA**Fecha** : 12.07.2013 **Hora** : 23:32**Tipo** : Evolución**Subjetivo** : UNIDAD CUIDADO INTENSIVO. EVOLUCION UCI NOCHE. 25 AÑOS. FECHA DE INGRESO:2013-06-20.

DR.SALAS INTERNISTA/DR.RUMBO MED ASISTENCIAL. DIAGNOSTICOS: -SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION -TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR -SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO -NEUMONIA MULTILOBAR -INFECCION URINARIA -ICTERICIA COLESTASICA -POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 -FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO -ASA INTESTINAL PROTRUIDA. -SX ANEMICO. PROBLEMAS -FEBRIL -TAQUICARDICA -LEUCOPENIA -HIPONATREMIA

**Objetivo** : PACIENTE CONTINUA FEBRIL HASTA 39°3, TAQUICARDICA, SIN SOPORTE VASOACTIVO NI INOTROPICO, LEUCOPENICA (1140). PA:134/54., PAM:79., FC:128. C/P:RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, TAQUICARDICOS, CON HIPOVENTILACION BASAL EN CAMPO PULMONAR IZQUIERDO, SIN VM OXIGENO POR CN SAT:97%., FR:24., FIO2:24%. G/I:ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON FISTULA QUE PRODUCE 500CC EN 12 HORAS. G/U:DIURESIS DE 2.7 CC/K/HORA, CON BALANCE - DE 227 CC. METABOLICO: GLUCOMETRIA DE 101 MG/DL. NEUROLOGICO:PACIENTE CONSCIENTE ALERTA OBEDECE ORDENES SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.**Análisis** : PACIENTE CONTINUA EN CONDICIONES CRITICAS, PERSISTE FEBRIL CON T° HASTA (39°3, CON BICITOPENIA IMPORTANTE CON CULTIVOS POSITIVOS PARA GRAM NEGATIVOS, CON ALTA PRODUCCION POR FISTULA, SE AJUSTAN DIETA Y TPN, AYER VALORADA POR HEMATOLOGIA DR. URIBE COCK, PENDIENTE RESULTADOS DE EXAMENES TOMADOS, EN REVISTA CON EL DR. SALAS SE SUGIERE CONTINUAR CON IGUAL MANEJO MEDICO EN ESPERA DE EVOLUCION.**Plan** : LABORATORIOS DE CONTROL, EN ESPERA DE RESULTADOS DE ESTUDIO DE HEMATOLOGIA, RESTO DE MANEJO MEDICO IGUAL. **Registro Profesional** : 17505**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO**Fecha** : 13.07.2013 **Hora** : 14:57**Tipo** : Evolución**Subjetivo** : EVOLUCION UCI DIA DR CASTILLO ESPECIALISTA DRA LINA MONTES MED DE UCI DIAGNOSTICOS: -SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION -TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR -SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO -NEUMONIA MULTILOBAR -INFECCION URINARIA -ICTERICIA COLESTASICA -POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 -FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO -ASA INTESTINAL PROTRUIDA. -SX ANEMICO. PROBLEMAS -FEBRIL -TAQUICARDICA -LEUCOPENIA EN ACSENSE -HIPONATREMIA -ANEMIA**Objetivo** : HEMODINAMICO PACIENTE SIN SOPORTE VASOACTIVO CON SIGNOS VITALES CON FC DE 144 XMIN TAAQUICARDICA ANEMIA SIN SANGRADO ACTIVO RESPIRATORIO PACIENTE SIN VENTILACION MECANICA INVASIVA CON FR 156 XMIN SATO2 98% RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTE DISMINUIDOS EN BASE PULMONAR IZQUIERDA NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA INFECCIOSO PACIENTE CON FEBRIL DE 38.4°C LEUCOPENIA EN ACSENSE METABOLICO GLUCOMETRIA DE 97 HIPONATREMIA RENAL GU 2 CC KG HORA AZOADOS DENTRO DE LIMITES NORMALES NEUROLOGICO CONSCIENTE ALERTA SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO PARA CLINICOS CH LEUCOS DE 4200 N 62% HB 6.7 HTO 19.8 PLT 170 BANDAS 6% BUN 10.6 CREATININA 0.23 NA 128 K 3.6 CL 94 MG 1.9 PH 7.36 PCO2 37.3 PO2 136 HCO3 20.4 BE -4.2**Análisis** : PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD CON DX DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL LA CUAL SE ENCUENTRA RESUELTA, ACTUALMENTE SIN VMI SIN SOPORTE VASOACTIVO SIN DETERIORO HEMODINAMICO, CON PERSISTENCIA DE FEBRIL Y LEUCOPENIA LA CUAL SE ENCUENTRA EN ACSENSE. EL DIA DE AYER VALORADA POR INFECTOLOGIA QUIEN CONSIDERO CONTINUAR MANEJO ATB CON DORIPENE DAPTOMICINA Y HOY ULTIMA DOSIS DE AMIKACINA CON VIGILANCIA DE SIGNOS DE SIRS POR 48 HORAS**Plan** : PACIENTE COMENTADA EN REVISTA CON DR CASTILLO QUIEN CONSIDERO CONTINUAR IGUAL MANEJO INSTAURADO VIGILANCIA DE SIRS CONTINUA EN UCI PENDIENTE RESULTADOS DE EXAMENES CLINICOS Y NEUROLOGICOS **Registro Profesional** : 1871**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA**Fecha** : 13.07.2013 **Hora** : 23:39

## Historia Clínica General

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO: EVOLUCION NOCHE: DX: -SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION

-TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR -SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO -NEUMONIA MULTILOBAR -INFECCION URINARIA -ICTERICIA COLESTASICA -POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 -FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO -ASA INTESTINAL PROTRUIDA. -SX ANEMICO. PROBLEMAS: -FEBRICULA. -TAQUICARDICA. -HIPONATREMIA. -ANEMIA.

**Objetivo** : ENCUENTRO PACIENTE ALERTA, OBEDECE ORDENES, CON SOPORTE DE OXIGENO POR CANULA NASAL, CON FIO2: 24%, SATO2: 99%, TAM: 83, FC: 144, FR: 31, T: 38.7, MUCOSAS HUMEDAS, ESCLERAS ANICTERICAS, CABEZA: NORMOCEFALO, CUELLO: NO ADENOPATIAS, C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, AMBOS CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, NO RUIDOS SOBREGREGADOS, ABDOMEN: FAJADO, NO DOLOROSO, CON FISTULA QUE DRENA 490 CC DE LIQUIDO INTESTINAL EN 12 HORAS, EXT: NO EDEMAS, PULSOS POSITIVOS, SNC: ALERTA, OBEDECE ORDENES. GLUCOMETRIA: 99. DIURESIS: 1.78 CC KG HORA.

**Análisis** : ENCUENTRO PACIENTE ALERTA, OBEDECE ORDENES, PACIENTE CONTINUA CON PICOS FEBRILES, SE CONTINUA CON SEGUIMIENTO DE SIRS, SE CONTINUA CON IGUAL MANEJO MEDICO, SE SOLICITA LABORATORIOS DE CONTROL, SE COMENTA CON EL DR CASTILLO MEDICO ESPECIALISTA DE LA UCI.

**Plan** : - SS LABORATORIOS DE CONTROL.

**Registro Profesional** : 761012

**Responsable** : LENIS OREJUELA, JOHANA LIZBETH

**Fecha** : 14.07.2013 **Hora** : 11:46

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL CIRUGIA GENERAL PCTE FMENINA DE 25 AÑOS CON DX DE: -SINDROME DE SUPRESION MEDULAR -FOCO SEPTICO OCULTO -TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR -SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO -NEUMONIA MULTILOBAR -INFECCION URINARIA -ICTERICIA COLESTASICA -POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 -FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO -ASA INTESTINAL PROTRUIDA

**Objetivo** : PA 113/56 PAM 72 FC 120 FR 24 SO2 96% FIO2 24% PIFR MUCOSAS PALIDAS HIPOVENTILACION BIBASAL RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON FISTULA ENTEROCUTANEA PRODUCIENDO 690 CC DE LIQ INTSTINAL EN 24 HORAS GU DIURESIS ESPONTANEA EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON BUENA TOLERANCIA A LA VO, MEJORIA DE LA LEUCOPENIA AAHORA ANEMICA CON COMMBS DIRECTO POSITIVO, PDTE DESCARTAR HEMOLISIS, SE CONTINUA TTO MEDICO IGUAL

**Plan** : MANEJO POR TEO Y SOPORTE NUTRICIONAL

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 14.07.2013 **Hora** : 14:20

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCIN DIA DRA URIBE INETRNISTA DRA LINA MONTES MED DE UCI DX: -SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION -TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR -SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO -NEUMONIA MULTILOBAR -INFECCION URINARIA -ICTERICIA COLESTASICA -POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 -FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO -ASA INTESTINAL PROTRUIDA. -SX ANEMICO EN ESTUDIO DISCRASIA SANGUINIA VRS PATOLOGIA AUTOINMUNE A DESCARTAR PROBLEMAS: -LEUCOPENIA EN RESOLUCION -FEBRICULA. -TAQUICARDICA. -HIPONATREMIA. -ANEMIA.

**Objetivo** : HEMODINAMICO PACIENTE SIN SOPORTE VASOACTIVO CON SIGNOS VITALES FC 135 XMIN TA 141/40 TAM 73 RUIDOS CARDIACOS TAQUICARDICOS ANEMIA IMPORTANTE RESPIRATORIO PACIENTE SIN VENTILACION MECANICA CON FR 21 XMIN SATO2 95% RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTE SIN SOBREGREGADOS NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA INFECCIOSO PACIENTE CON PICOS FEBRILES EN HORAS DE LA MADRUGADA DE 39°C TAQUICARDICA LEUCOS EN ACSENSE PCR EN DECSSENSE METABOLICO GLUCOMETRIA DE 101 HIPONATREMIA RENAL GU 1.7 CC KG HORA AZOADOS DENTRO DE LIMITES NORMALES NEUROLOGICO PACIENTE COSNCIENTE ALERTA SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO PARACLINICOS CH LEUCOS DE 9800 N 74% PLT 165 HB 6.2 HTO 18.5 NA 126 K 3.4 CL 92 CR 0.24 BUN 10.1 ANAS NEGATIVO BK ENMEDULA OSEA NEGATIVO BUILIRRUBINA TOTAL 0.78 BD 0.60 BI 0.18 LDH 750 RETICULOSITOS 1.7

**Análisis** : PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD CON DX DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL EN RESOLUCION ACTUALMENTE SIN VMI SIN SOPORTE VASOACTIVO SIN EMBARGO PERSISTE FEBRIL Y TAQUICARDICA CON SIGNOS DE SIRS LEUCOPENIA EN RESOLUCION, PACIENTE COMO UNICO FOCO PROBABLE ES EN LAVADO BRONCOALVEOLAR POSITIVO PARA PSEUDOMONA LA CUAL SE ENCUENTRA EN MANEJO ATB DE AMPLIO ESPECTRO, PACIENTE CON ANEMIA IMPORTANTE Y DECSSENSE DE HB CON BILIRRUBINAS RETICULOSITOS Y LDH NORMAL POR LO CUAL SE DESCARTA HEMOLISIS, SE SOSPECHA DISCRASIA SANGUINEA VRS ENFERMEDAD AUTOINMUNE POR LO CUAL FUE VALORADA POR HEMATOLOGIA Y SE ENCUENTRAN PENDIENTE PRUEBAS ESPECIALES

## Historia Clínica General

**Plan** : PACIENTE COMENTADA EN REVISTA CON DRA URIBE INTERNISTA QUIEN CONSIDERO SOLICITAR PTT CORREGIDO Y HAPTOGLOBINA, SE DECIDE TRANSFUNDIR 2 UNIDADES DE GR TENIENDO EN CUENTA QUE NO SE ENCUENTRA HEMOLIZANDO CONTINUU EN UCIN

**Registro Profesional** : 1871

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

**Fecha** : 14.07.2013 **Hora** : 16:16

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA DE TURNO

**Análisis** : SE REVISTA REPORTE DE LABORATORIO EN DONDE SE EVIDENCIA IGG E IGM PARA CITOMEGALOVIRUS REACTIVO IGM: 14.3 (REACTIVO MAYOR A 6 ) IGG: 16.7 (REACTIVO MAYOR A 1 ). PACIENTE ACTUALMENTE CON PERSISTENCIA DE FIEBRE Y TAQUICARDIA ANEMIA IMPORTANTE, PACIENTE CON PRUEBAS POSITIVA PARA CMV EN SANGRE DEL 10/07 2013

**Plan** : SE COMENTA REPORTES CON LA DRA URIBE QUIEN COSNIDERA INICIAR MANEJO PARA CMV TENIENDO EN CUENTA IGM REACTIVO Y SINTOMATOLOGIA DE LA PACIENTE, SIN EMBARGO NO SE DESCARTAR APTOLOGIA AUTOINMUNE O DISCRASIA SANGUINEA SE SOLICITA PROTEINA C Y S. Y SE SOLICITA A BANCO DE SANGRE PRUEBAS CRUZADAS ABIERTAS Y IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS

**Registro Profesional** : 1871

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

**Fecha** : 14.07.2013 **Hora** : 23:24

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : MEDICINA INTERNA- UCI DX 1. NEUTROPENIA FEBRIL EN RESOLUCION A. INFECCIOSA (INFECCION POR CMV) B. TUMORAL? 2. NEUMONIA NOSOCOMIAL POR PSEUDOMONA RESISTENTE A PIPERACILINA TAZOBACTAN EN TRATAMIENTO 3. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. BACTEREMIA POR SAMS B. IVU POR E. CLOACAE Y E. AEROGENES MR 4. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA VENA CAVA INFERIOR A. SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO A PULMON 5. NEUMONIA MULTILobar RESUELTA 6. POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA. 8. ANEMIA NORMOCITICA NORMOCROMICA EN ESTUDIO 9. DISCRASIA SANGUINIA VS PATOLOGIA AUTOINMUNE A DESCARTAR A. PRESENCIA DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE (PRUEBA DE MEZCLAS 14/07) 10. TEP DE BAJO RIESGO PACIENTE CON INDICACION DE MANEJO EN UCI POR REQUERIR VIGILANCIA HEMODIANMICA, RIESGO DE DETERIORO INFECCIOSO, RESPIRATORIO, SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL, CUBRIMIENTO ANTIMICROBIANO. \*\*\*ANTIMICROBIANOS\*\*\* GANCICLOVIR 14/07 DORIPENEM 11/07 AMIKACINA 11/07-13/07 ANIDULAFUNGINA 25/06-03/07 LINEZOLID 24/06-08/07 CEFEPIME 23/06-08/07 DAPTOMICINA 24/06 VANCOMICINA 20/06-24/06 FILGASTRIM 12/07 \*\*\*INFUSIONES\*\*\* SSN 40CC HORA TPN 69CC/H GR 1UD, TRANSFUNDIENDOSE EN EL MOMENTO 1UD PROBLEMAS 1. FIEBRE NOCTURNA ( TUMORAL?- SINTOMAS B) 2. PTT PROLONGADO (ANTICOAGULANTE CIRCULANTE?) 3. BICITOPENIA EN TRATAMIENTO (FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS, SOPORTE TRASFUSIONAL)

**Objetivo** : SV PA 158/68 PAM 98 FC 131 T 39 LA 2045 LE 1475 B + 570 D 2.67CC/KG/H CN FIO2 24% SA02 98% C/C MUCOSAS HUMEDAS, ERITEMA MALAR, CONJUNTIVAS PALIDAS, ANICTERICA SIN INGURGITACION YUGULAR C/P RSCRS TAQUICARDICOS SIN SOPLOS RSRS DISMINUIDOS EN BASES SIN RSA ABD B/D NO SX DE IRRITACION PERITONEAL, EXT NO EDEMAS NO LESIONES

**Análisis** : PACIENTE EN LA 3RA DECADA DE LA VIDA, CON UN POP ABDOMINAL TORPIDO, NO ESPERADO PARA SU EDAD, SIN FACTORES DE RIESGO NI COMORBILIDADES, MULTIPLES INFECCIOSOS POR GERMEENES RESISTENTES, PERSISTENCIA DE FIEBRE APESAR DE MANEJO ANTIMICROBIANO, SOSPECHA DE ENFERMEDAD HEMATOLOGICA, O MENOS PROBABLE REUMATICA. SE REALIZA MIELOGRAMA + BIOSPIA A LA ESPERA DE RESULTADOS DE ESTUDIOS SOLICITADOS. PERSISTE FEBRIL PERO SOLO EN HORAS DE LA NOCHE LO QUE ESTARIA A FAVOR DE TRATARSE DE UNA FIEBRE DE ORIGEN TUMORAL. LLAMA LA ATENCION PTT PERSISTENTEMENTE PROLONGADO SE REALIZO PRUEBA DE MEZCLAS ( PTT CORREGIDO) LOGRANDOSE CORRECCION DE ESTE LO CUAL HACE SOSPECHAR EN LA PRESENCIA DE UN ANTICOAGULANTE CIRCULANTE, SE ENCUENTRA PENDIENTE ESTUDIOS DE HIPERCOAGULABILIDAD ANTE LA PRESENCIA DE UNA TROMBOSIS DE LA VENA CAVA SUPERIOR Y TEP. RESULTADO DE IGM E IGG PARA CMV POSITIVOS RAZON POR LO CUAL SE INDICO MANEJO CON GANCICLOVIR EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDA. EN MANEJO CON FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS CON ADECUADA RESPUESTA COMPLETA MAÑANA 3 DIAS CON CONTEO DE NEUTROFILOS MAYORES DE 1000. PERSISTENCIA DE ANEMIA DE VOLUMENES NORMALES, REVISANDO PARACLINICOS SE ENCUENTRA COOMBS POSITIVO, ANTE LA SOSPECHA DE ANEMIA HEMOLITICA SE SOLICITO PERFIL DE HEMOLISIS INCLUYENDO HAPTOGLOBINA (PERMITE DIFERENCIAR HEMOLISIS INTRAVASCULAR DE EXTRAVASCULAR) LO CUAL ESTA NEGATIVO, PENDIENTE HAPTOGLOBINA, POR ESTA RAZON SE DECIDIO SOPORTE TRASFUSIONAL CON 2UD DE GRE HASTA EL MOMENTO SIN COMPLICACIONES DURANTE LA TRASFUSION. CONTINUAR CUBRIMIENTO ANTIMICROBIANO CON DAPTOMICINA, DORIPENEM SINEMBARGO CONSIDERO QUE LOS ESTUDIOS DE MEDULA OSEA, HEMATOLOGICOS Y AUTOINMUNES AMPLIARAN LAS POSIBILIDADES DX QUE EXPLIQUEN PERSISTENCIA DE FIEBRE Y COMPROMISO INMUNOLOGICO ( SD INMUNODEFICIENCIA PRIMARIO?) PENDIENTE RESULTADOS

**Plan** : SS PARACLINICOS DE CONTROL

**Registro Profesional** : 191463

**Responsable** : URIBE POSSO, LAURA PATRICIA

## Historia Clínica General

**Fecha** : 15.07.2013 **Hora** : 08:42  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA SOLICITUD CTC  
**Objetivo** : x  
**Análisis** : Paciente de 25 años de edad ingresada a UCI hace 25 días, con tromboflebitis séptica, persistentemente febril, en quien se está haciendo intervención tanto por infectología como por múltiples gérmenes además por hematología por síndrome de inmunosupresión severa. Se están haciendo controles de seguimiento con procalcitonina. CTC ya solicitado.  
**Plan** : x **Registro Profesional** : 76-2865  
**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 15.07.2013 **Hora** : 12:58  
**Tipo** : Interconsulta  
**Subjetivo** : REVISTA INFECTOLOGIA  
**Objetivo** : -  
**Análisis** : Se pasa revista con el Dr. Martinez: 1- Considera que la IgM e IgG + para CMV no son suficientes para hacer diagnóstico, requiere de toma de PCR CMV, considera suspender ganciclovir pues hasta ahora no hay compromiso de órgano blanco, ya sin leucopenia, con persistencia de fiebre especialmente en las noches. La clínica de la paciente sí puede corresponder a una infección aguda por CMV, con sd monolike, con leucopenia importante, esplenomegalia e inmunosupresión real.  
**Plan** : 1- Suspender ganciclovir 2 - PCR CMV 3 - Control de laboratorio **Registro Profesional** : 76-2865  
**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 15.07.2013 **Hora** : 13:00  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA REVISTA DR. SOTO INTENSIVISTA  
**Objetivo** : -  
**Análisis** : PROBLEMAS: - Persiste febril - Hiponatremia - Hipokalemia 1. Paciente de 25 años posoperatorio de colecistectomía, apendicectomía y lavados abdominal múltiples, con fístula en íleo que ayer produjo menos de 500cc, ahora en UCI por sepsis por tromboflebitis séptica, paciente en quien se decide en conjunto con cirugía y nutrición iniciar NET para disminuir y poder retirar TPN: alitraq 2. Reposición de K 3. Llevar a cabo indicaciones de infectología  
**Plan** : - **Registro Profesional** : 76-2865  
**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 16.07.2013 **Hora** : 00:27  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : ICU EVOLUCION DIA //////////////// DR SOTO INTENSIVISTA DR CORAL ASISTENCIAL UCI// DX 1. NEUTROPENIA FEBRIL EN RESOLUCION A. INFECCIOSA (INFECCION POR CMV) B. TUMORAL? 2. NEUMONIA NOSOCOMIAL POR PSEUDOMONA RESISTENTE A PIPERACILINA TAZOBACTAM EN TRATAMIENTO 3. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. BACTEREMIA POR SAMS B. IVU POR E. CLOACAE Y E. AEROGENES MR 4. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA VENA CAVA INFERIOR A. SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO A PULMON 5. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 6. POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 7. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA. 8. ANEMIA NORMOCITICA NORMOCROMICA EN ESTUDIO 9. DISCRASIA SANGUINIA VS PATOLOGIA AUTOINMUNE A DESCARTAR A. PRESENCIA DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE (PRUEBA DE MEZCLAS 14/07) 10. TEP DE BAJO RIESGO PROBLEMAS// FEBRICULAS PERSISTENTES HIPOKALEMIA HIPONATREMIA SIRS ACTIVO  
**Objetivo** : PACIENTE EN MANEJO UCIN EN CONDICIONES ESTABLES SENTADA EN SILLA HALLAZGOS// HEMODINAMICO SIN SOPORTE VASOPRESOR MEDIAS ENTRE 80-90 FC 115 TAQUICARDIA SINUSAL// RESPIRATORIO//FIO2 24% POR CANULA NASAL FR 18 SAT 975 SIN SX DE DISTRESS RESPIRATORIO// GASTRO// TOLERA VIA ORAL NUTRICION PARANTERAL 69 CC HORA FISTULA ABDOMINAL PRODUCE APX 400 CC EN 7 HORAS// RENAL// DIURESIS 2,7 CC K HORA BAL 2.5 L NEGATIVO P 4,6 MG 1,3 NA 132 K 3,22 /// HEMATOINFECCIOSO// FEBRICULA DE 37,8 SIRS ACTIVO LEUCOS DE 16800 PCR 38 NT 76% NO SX DE SANGRADO HB 9,0 PLT 163000/// NEURO/// SIN DEFICIT GCS DE 15/15 /// METABOLICO// GLUCOMETRIAS EN METAS  
**Análisis** : Paciente de 25 años posoperatorio de colecistectomía, apendicectomía y lavados abdominal múltiples, con fístula en íleo que ayer produjo menos de 500cc, ahora en UCI por sepsis por tromboflebitis séptica, paciente en quien se decide en conjunto con cirugía y nutrición iniciar NET para disminuir y poder retirar TPN: alitraq 2. Reposición de K 3. Llevar a cabo indicaciones de infectología  
**Plan** : REPOSICION CENTRAL DE POTASIO A 20 CC HORA SUSPENDER GANCICLOVIR SS PCR PARA CITOMEGALOVIRUS RESTO IGUAL. NOTA:EVOLUCION REALIZADA **Registro Profesional** : 76-2865  
**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Fecha** : 16.07.2013 **Hora** : 00:50

## Historia Clínica General

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO. EVOLUCION UCIN NOCHE. 25 AÑOS. FECHA DE INGRESO:2013-06-20.

DR.UMAÑA INTENSIVISTA/DR.RUMBO MD ASISTENCIAL. DX: -SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION -TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR -SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO -NEUMONIA MULTILOBAR -INFECCION URINARIA -ICTERICIA COLESTASICA -POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 -FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO -ASA INTESTINAL PROTRUIDA. -SX ANEMICO EN ESTUDIO DISCRASIA SANGUINIA VS PATOLOGIA AUTOINMUNE A DESCARTAR PROBLEMAS: -LEUCOPENIA EN RESOLUCION -FEBRICULA. -TAQUICARDICA. -HIPONATREMIA. -ANEMIA.

**Objetivo** : PACIENTE CON EVOLUCION HACIA LA MEJORIA, HOY SIN PICOS FEBRILES, SIN SOPORTE VASOACTIVO, SIN SOPORTE VENTILATORIO, TAQUICARDICA. PA:100/71., PAM:83., FC:117. C/P:RUIDOS CARDIACOS TAQUICARDICOS, NO SOPLOS, RESPIRATORIO PACIENTE SIN VENTILACION MECANICA, PULMONES VENTILADOS, SIN AGREGADOS, SAT:96%, FR:24., FIO2:24%. G/I:ABDOMEN BLANDO, PERISTALTISMO + , CON TPN A 69 CC/HORA, Y NET ALITRAQ A 10 CC/HORA, G/U:DIURESIS DE 1.63 CC/K/HORA., CON BALANCE + DE 278 CC. METABOLICO: GLUCOMETRIA DE 103., HIPOCALEMIA EN REPOSICION POR VIA CENTRAL. NEUROLOGICO: PACIENTE COSNCIENTE ALERTA SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

**Análisis** : PACIENTE CON DX DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL EN RESOLUCION, ACTUALMENTE SIN VMI, SIN SOPORTE VASOACTIVO, SIN PICOS FEBRILES EN EL DIA DE HOY, TAQUICARDICA CON SIGNOS DE SIRS LEUCOPENIA EN RESOLUCION, COMO UNICO FOCO PROBABLE LA PRESENCIA EN LAVADO BRONCOALVEOLAR POSITIVO PARA PSEUDOMONA LA CUAL SE ENCUENTRA EN MANEJO CON ATB DE AMPLIO ESPECTRO, SE SOSPECHA DISCRASIA SANGUINEA VS ENFERMEDAD AUTOINMUNE POR LO CUAL FUE VALORADA POR HEMATOLOGIA, PENDIENTE PRUEBAS ESPECIALES, EN REVISTA CON EL DR. UMAÑA SE SUGIERE CONTINUAR CON IGUAL ESQUEMA DE MANEJO MEDICO EN ESPERA DE EVOLUCION.

**Plan** : LABORATORIOS DE CONTROL, RETIRAR CVC Y TOMAR HEMOCULTIVOS PERIFERICOS 2, BARRIDO Y PUNTA DE CATETER, RESTO DE MANEJO MEDICO IGUAL.

**Registro Profesional** : 17505

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Fecha** : 16.07.2013 **Hora** : 08:18

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL DIAGNOSTICO: -SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION -TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V.

CAVA INFERIOR -SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO -NEUMONIA MULTILOBAR -INFECCION URINARIA -ICTERICIA COLESTASICA -POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 -FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO -ASA INTESTINAL PROTRUIDA. -SX ANEMICO EN ESTUDIO DISCRASIA SANGUINIA VS PATOLOGIA AUTOINMUNE A DESCARTAR

**Objetivo** : FC 94 PA 126/66 PAM 94 FR 22 FIO2 24% SO2 98% PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON FISTULA INTESTINAL PRODUCIENDO 1580 CC EN 24 HORAS GU DIURESIS 2.3 CC/KG/H SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTBALE CON MEJORIA DE LA FIEBRE SIN SOPORTE VENTILATORIO PERO CON ALTO PRODUCIDO POR FISTULA ENTEROCUTANEA POR LO QUE PUEDE SER DEBIDO AL ESTIMULO ENTERAL, ES CONVENIENTE RETOMAR TPN Y OCTEOTRIDE.

**Plan** : REINICIAR TPN SUSPENDER VO Y NET

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 16.07.2013 **Hora** : 15:45

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI DIA - 16.07.2013 NOMBRE: MELISSA GALLEGUO QUINCHIA EDAD: 25 AÑOS

DIAGNOSTICOS: SOSPECHA DE NEUMONIA ASOCIADA AL CUIDADO EN SALUD X P AERUGINOSA SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO NEUMONIA MULTILOBAR (R) INFECCION URINARIA (R) ICTERICIA COLESTASICA POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO ASA INTESTINAL PROTRUIDA BICITOPENIA A ESTUDIO DISCRASIA SANGUINIA VS PATOLOGIA AUTOINMUNE A DESCARTAR PROBLEMAS: INCREMENTO DEL PRODUCIDO POR FISTULA ENTERO CUTANEA REQUERIMIENTO DE ESTIMULANTE DE CRECIMIENTO DE COLONIAS TAQUICARDIA HIPOMAGNESEMIA ALZAS TERMICAS PCR ELEVADA (EN DESCENSO) JUSTIFICACION MANEJO EN UCIN: PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA CON HOSPITALIZACION PROLONGADA, REQUIRIENDO TPN LA CAUL SE SUSPENDIO AYER PARA INICIAR NET + VO PERO EL PRODUCIDOD E FISTUAL AUMENTO. POR OTRO LADO CON PERIODOS DE ALZAS TERMICAS DE ORIGEN NO CLARO. EN FIN ES UNA PACIENTE BASTANTE COMPLEJA CON REQUERIMIENTOS ALTOS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA Y TERAPIA RESPIRATORIA.

**Objetivo** : PARACLINICOS RECIENTES: HB 8,3 HCTO 24 WBC 19390 NE 71% PLAQ 157.000 PT 11,5 PTT 28 INR 1,14 NA 128 CL 96 K 4,1 CREAT 0,22 BUN 9,0 CA 8,2 P 2,9 MG 1,8 PCR 28 \*IgA, IgG, IgM, ANTITROMB. III, ANAs, ACA IgG-IgM, COMPLEMENTO: NORMALES ANTICOAGULANTE LUPICO... ALTO... 91 (31-44) SIGNOS VITALES: T 36,9 TA 127/66 TAM 94 MM HG FC 94 X MIN FIO2 0,24 SPO2 98% EXAMEN FISICO: PACIENTE EN SILLA, CRITICAMENTE ENFERMA, DESPIERTA, DICE SENTIRSE



## Historia Clínica General

MEJOR, NO ESCALOFRIO, NO CEFALEA NO DISNEA, NO DOLOR TORACICO CARDIOVASCULAR: RITMO TAQUICARDIA SINUSAL, SIN SOPORTE VASOACTIVO RESPIRATORIO: PATRON RESPIRATORIO ACEPTABLE, CON HIPOVENTILACION EN AMBAS BASES PULMONARES, MAYOR EN EL BASE DERECHA RENAL: DIURESIS 2 CC/KG/H, PARA UN BALANCE (-) 0,4 L METABOLICO Y GASTROINTESTINAL: NUTRICION: TPN HASTA 1 AM + NET ALITRAQ 20 CC/H. AYER RECIBIO VIA ORAL. ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE, SIN DEFENSA AL PALPAR. ABDOMEN CUBIERTO POR FAJA. ULTIMAS 24 HORAS PRODUJO POR FISTULA: 1580 CC GLUCUMETRIAS: 91-103 MG/DL HEMATOLOGICO E INFECCIOSO: SIN EVIDENCIA FRANCA DE SANGRADO ACTIVO SIN FIEBRE EN ULTIMAS 24 HORAS, AHORA 36,9C ANTIBIOTICOS ACTUALES: DORIPENEM + DAPTOMICINA CULTIVOS RECIENTES: 16.07.2013... HEMOCULTIVOS + PTA CATETER 12.07.2013... CULTIVOS DE MEDULA OSEA + BK... NEGATIVOS 09.07.2013... LBA... PSEUDOMONA AERUGINOSA (SENSIBLE) 08.07.2013... URO + HEMOCULTIVOS... NEGATIVOS NEUROLOGICO: ECG 15/15 (AO 4 RV 5 RM 6) PUPILAS 3 MM REDONDAS Y REACTIVAS A LA LUZ SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

**Análisis** : ANALISIS Y PLAN: SE TRATA DE UNA PACIENTE, EN TERCERA DECADA DE LA VIDA, CON UNA LARGA HOSPITALIZACION, INICIALMENTE EN PISO AHORA EN UCI POR INFECCION EN VENA CAVA SUPERIOR TIPO TROMBO FLEBITIS, LUEGO NEUMONIA COMPLICADA CON DERRAME NECESITANDO DRENARSE POR PUNCION. LUEGO DEL MANEJO DETERMINADO POR INFECTOLOGIA, SE ENCONTRO QUE PERSISTIA FEBRIL, SE SUSPENDIERON ANTIBIOTICOS Y SE DEJO DAPTOMICINA PRO COMPROMISO VASCULAR. DADA LA PERSISTENCIA DE FIEBRE Y PROBABLE ORIGEN PULMONAR SE SPUCNIONO DERRAME DEL CUAL NO SE CULTIVO NINGUN GERMEN. SE HIZO IGUALMENTE LBA DE DONDE SE CULTIVARON P AERUGINOSA SENSIBLE. EMPIRICAMENTE SE MANEJO CON DORIPENEM, AMNEJO QUE HA PERSISTIDO. POR OTRO ALDO DADA SU BICITOPENIA SE INETRYCONSULTO A HEMATOLOGIA QUIENES HCIERON BIOPSIA DE MO + MULTIPLES ESTUDISO QUE VAN SALIENDO UNOS Y OTROS AUN PENDIENTES; DE ESTOS CONOCEMOS IG M IG G PARA CMV POR LO CUAL SE INICIO ANTI VIRAL PERO INFECTOLOGIA LO SUSPENDIO Y SOLICITO CARGA VIRAL. DE ESTE PUNTO DE VISTA SABEMOS QUE LAS ULTIMAS 24 HORAS HA ESTADO AFEBRIL Y QUE EL AMNEJO POR ONCOLOGIA RECUEPRO EN CONEO DE WBC. FINALMENTE EL FIN DE SEMANA (HOY ES MARTES) SE TUVO COMO META CAMBIAR DE TPN A NET + VO, AYER SE SUSPENDIO TPN, PERO LAS ULTIMAS 24 HORAS AL PRODUCIDO POR FISTULA HA SIDO MUY ALTO (1500 CC): CON DR SOTO SE DEFINE SUSPENDER VIA ORAL, DEJAR NET Y AJUSTAR DOSIS DE LOPERAMIDA...EVALUAREMOS RESPUESTA PACIENTE CRITICAMENTE ENFERM, REQUIERE MANEJO MEDICO Y MONITORIA EN LA UCI. SE SOLICITAN PARA CLINICOS CONTROL. JL CASTILLO G., MD

**Plan** : ANALISIS Y PLAN: SE TRATA DE UNA PACIENTE, EN TERCERA DECADA DE LA VIDA, CON UNA LARGA HOSPITALIZACION, INICIALMENTE EN PISO AHORA EN UCI POR INFECCION EN VENA CAVA SUPERIOR TIPO TROMBO FLEBITIS, LUEGO NEUMONIA COMPLICADA CON DERRAME NECESITANDO DRENARSE POR PUNCION. LUEGO DEL MANEJO DETERMINADO POR INFECTOLOGIA, SE ENCONTRO QUE PERSISTIA FEBRIL, SE SUSPENDIERON ANTIBIOTICOS Y SE DEJO DAPTOMICINA PRO COMPROMISO VASCULAR. DADA LA PERSISTENCIA DE FIEBRE Y PROBABLE ORIGEN PULMONAR SE SPUCNIONO DERRAME DEL CUAL NO SE CULTIVO NINGUN GERMEN. SE HIZO IGUALMENTE LBA DE DONDE SE CULTIVARON P AERUGINOSA SENSIBLE. EMPIRICAMENTE SE MANEJO CON DORIPENEM, AMNEJO QUE HA PERSISTIDO. POR OTRO ALDO DADA SU BICITOPENIA SE INETRYCONSULTO A HEMATOLOGIA QUIENES HCIERON BIOPSIA DE MO + MULTIPLES ESTUDISO QUE VAN SALIENDO UNOS Y OTROS AUN PENDIENTES; DE ESTOS CONOCEMOS IG M IG G PARA CMV POR LO CUAL SE INICIO ANTI VIRAL PERO INFECTOLOGIA LO SUSPENDIO Y SOLICITO CARGA VIRAL. DE ESTE PUNTO DE VISTA SABEMOS QUE LAS ULTIMAS 24 HORAS HA ESTADO AFEBRIL Y QUE EL AMNEJO POR ONCOLOGIA RECUEPRO EN CONEO DE WBC. FINALMENTE EL FIN DE SEMANA (HOY ES MARTES) SE TUVO COMO META CAMBIAR DE TPN A NET + VO, AYER SE SUSPENDIO TPN, PERO LAS ULTIMAS 24 HORAS AL PRODUCIDO POR FISTULA HA SIDO MUY ALTO (1500 CC): CON DR SOTO SE DEFINE SUSPENDER VIA ORAL, DEJAR NET Y AJUSTAR DOSIS DE LOPERAMIDA...EVALUAREMOS RESPUESTA PACIENTE CRITICAMENTE ENFERM, REQUIERE MANEJO MEDICO Y MONITORIA EN LA UCI. SE SOLICITAN PARA CLINICOS CONTROL. JL CASTILLO G., MD

**Registro Profesional** : 762455

**Responsable** : CASTILLO, JOSE LUIS

**Fecha** : 16.07.2013 **Hora** : 19:27

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : .

**Objetivo** : .

**Análisis** : se realiza ctc glutapar r sobres de 15 grm dar 3 sobres por net. se instaura este por orden de nutricion para lograr mayor aporte a nutricion

**Plan** : -

**Registro Profesional** : 17505

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Fecha** : 16.07.2013 **Hora** : 22:54

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : DR SALAS INTERNISTA/ DR JARAMILLO MEDICO GENERAL UCIN NOCHE DX: SOSPECHA DE NEUMONIA

ASOCIADA AL CUIDADO EN SALUD X P AERUGINOSA SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA V. CAVA INFERIOR SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO NEUMONIA MULTILOBAR (R) INFECCION URINARIA (R) ICTERICIA COLESTASICA POST-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 + PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO ASA INTESTINAL PROTRUIDA BICITOPENIA A ESTUDIO DISCRASIA SANGUINIA VS PATOLOGIA AUTOINMUNE A DESCARTAR PROBLEMAS: INCREMENTO DEL PRODUCIDO POR FISTULA ENTERO CUTANEA TAQUICARDIA

## Historia Clínica General

HIPOMAGNESEMIA ANTIBIOTICOS DORIPENEM DIA 5 DAPTOMICINA DIA 22

**Objetivo** : NEUROLOGICO: ALERTA, TRANQUILA, UBICADA EN SUS TRES ESFERAS, NO FOCALIZADA C/V: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS CON TA 104/55 TAM 70 FC 104 RESPIRATORIO: MURMULLO VESICULAR PRESENTE, SIN SOBREAgregados, CON VENTILACION POR CANULA NASAL FR 24 FIO2 24% SO2 99% GASTROINTESTINAL: PLANO, BLANDO NO DOLOROSO, PERISTALTISMO INCREMENTADO, CON FISTULA ENTEROCUTANEA PRODUCCION 600 CC EN 12H, CON GLUCOMETRIA 97 RENAL: LA 1180 LE 1500 BALANCE NEGATIVO 320 DIURESIS 1,1 CC K H NA 128 K 4,1 CL 96 CALCIO 8,2 MG 1,8 FOSFORO 2,9 BUN 9 CR 0,2 INFECCIOSO T 36,6 CH LEU 19 NEU 71 HB 8,3 HCTO 24 PLT 157 000 HEMATOLOGICO: PT 11 PTT 28 INR 1,14

**Análisis** : PACIENTE EN EL MOMENTO CON MODULACION DE SIRTS NO FIEBRE PERO TAQUICARDIA, LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA PERO ESTA SE CONSIDERA DE POSIBLE ORIGEN POR FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS FILGASTRIM EL CUAL SE SUSEPENDIO EL DIA DE HOY SE ORDENA CH DE CONTROL, SE TIENE PENDIENTE HEMOCULTIVOS. POR INCREMENTO DE PRODUCCION POR FISTULA ENTEROCUTANEA SE AJUSTO DOSIS LOPERAMIDA CON LO QUE HA DISMINUIDO ESTA, FUE VALORADA POR NUTRICION LA CUAL INCREMENTA APOORTE DE FLUTAMINA Y SUSPENDE NET, SE ESPERARA EVOLUCION DE PRODUCCION DE FISTULA. PRESENTA BUENA DIURESS CON HIPONATREMIA NO SINTOMATICA SE ORDENA LEV SSN 0,9% A 60 CC H Y SE SOLICITAN ELECTROLITOS. LLEGAN REPORTES DE PARACLINICOS INMUNOLOGICOS IGM R IGG TOTALES NORMALES C3 Y C4 NORMALES, ANAS NEGATIVOS PERO ANTICOAGULANTE LUPICO POSITIVO SIN EMBARGO SE CONSIDERA QUE ESTE PUEDE ELEVARSE POR SIRTS SE TIENE PENDIENTE RESTO DE PERFIL INMUNOLOGICO, MIELOCULTIVO. SE CONTINUA MANEJO EN UCIN

**Plan** : EVOLUCION

**Registro Profesional** : 17505

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Fecha** : 17.07.2013 **Hora** : 18:07

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCIN DIA DR. SOTO CIRUJANO INTENSIVISTA/ DRA. GIRALDO MD GENERAL MELISSA GALLEGO 25 AÑOS REINGRESO 20 06 2013 DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA **SUBJETIVO**: Refiere sentirse mejor.

**Objetivo** : HALLAZGOS: Paciente quien en las últimas horas ha tenido PAM entre 70 y 91, FC entre 99 y 121, afebril con temperatura máxima de 36.7C, con oxígeno suplementario a 24% de FIO2, recibiendo por vía periférica SSN a 60cc hora con SNY con alitraq a 20cc hora; diuresis a 1.6cc kg hora, glucometrías 86/97/100/94. Paciente alerta, activa, con pupilas isocóricas y fotoreactivas, mucosas húmedas, conjuntivas pálidas, murmullo en ambos campos, ruidos cardiacos rítmicos, no sobreagregados, abdomen fajado, sin dolor, no signos de irritación peritoneal, no sangrados externos, no déficit neurológico, no edemas. **BALANCE**: Administrados 2400cc eliminados 2750cc fistula 1000cc balance - 350cc acumulado -3.2L **SOPORTES**: Ninguno **PARACLINICOS**: Hb 9 Hto 27% leucocitos 21000 Neutrofilos 73% linfocitos 16% plaquetas 170000 Na 131 k 4.2 cL 98 CR 0.3 BUN 9.2 Ca 8.2 Mg 2 PCR 16 **TRATAMIENTO** **ANTIMICROBIANO**: - daptomicina 24 06 2013 - doripenem 11 07 2013 **CULTIVOS** DE 16 07 2013: Hemo 1 y 2 negativos, cultivos CVC negativo a las 24 horas

**Análisis** : **PROBLEMAS**: - Producción elevada por fístula **ANALISIS**: Paciente con buena evolución: 1- Afebril desde el día 14 07 2013 en la noche 2- Mayor control de PA y de FC 3- Ha corregido hipokalemia e hipomagnesemia 4- Recuperación de niveles de leucocitos además de elevación de Hb 5- Procalcitonina negativa con PCR en descenso 6- Se logró ayer suspender TPN continuando con NET

**Plan** : 1. TRASLADO PISO COHORTIZADA ( AEROGENES EN ORINA RESISTENTE A CARBAPENEMS) A CARGO DE CIRUGÍA GENERAL ( DRA. HORMIGA). CONTINUAR EN CONTROLES CON INFECTOLOGÍA ( DR. MARTINEZ) Y DR. URIBE (HEMATOLOGO) 2. NUTRICION: 2.1 NUTRICION ENTERAL POR SNY: ALITRAQ A 20 CC HORA META 40CC HORA 2.2 GLUTAPACK SOBRE 1 CADA 8 HORAS VIA ENTERAL 3. SSN A 60CC HORA 4. ANTIBIOTICOS: 4.1 DAPTOMICINA FRASCO 350MG 1 CADA DIA A LAS 14 HORAS EV ( DESDE EL 24 06 POR 6 SS HASTA EL 04 08) 4.2 DORIPENEM FRASCO 500MG 2 FRASCOS CADA 8 HORAS A LAS 8 - 16- 24 HORAS ( DESDE EL 11 07 HASTA EL 21 07) 5. ENOXAPARINA AMP 40MG 1 CADA 12 HORAS SC 6. OMEPRAZOL CAP 20MG 1 CADA 12 HORAS VIA ENTERAL 7. LOPERAMIDA TAB 2MG 1 CADA 8 HORAS VIA ENTERAL 8. ACETAMINOFEN TAB 500MG 2 TAB SI HAY TEMPERATURA MAYOR A 38.3C O DOLOR 9. TERAPIA ENTEROSTOMAL EN CASO DE NECESIDAD 10. CUANTIFICAR LIQUIDOS ELIMINADOS Y ADMINISTRADOS, CUANTIFICAR PRODUCCIÓN POR FISTULA 11. REALIZAR CONTROLES DE CURVA TERMICA, CONTROLAR PA ( TUVO PA ELEVADAS) 12. GLUCOMETRIAS CADA 12 HORAS 13. PENDIENTE REPORTE DE: B2 MICROGLOBULINA, MIELOCULTIVO PARA HONGOS Y BACTERIAS, ELECTROPORESIS DE PROTEINAS, CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA EN ORINA Y SANGRE, CARIOTIPO EXTENDIDO, INMUNOFENOTIPIFICACIÓN POR CITOMETRIA DE FLUJO ( TOMADOS DEL 11 07 2013 EN AMO), PROTEINAS C Y S DE LA COAGULACIÓN Y HAPToglobina 8 TOMADOS EL 15 07), PCR PARA CMV ( TOMADO EL 15 07). 14. CUIDADOS DE PIEL

**Registro Profesional** : 76-2865

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

## Historia Clínica General

**Fecha** : 18.07.2013 **Hora** : 01:17

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCIN NOCHE DR UMAÑA INTENSIVISTA DRA LINA MONTES MED DE UCI DIAGNOSTICOS: 1.

SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PROBLEMAS -PRODUCCION ELEVADA DE LA FISTULA -TAQUICARDIA

**Objetivo** : HEMODINAMICO PACIENTE SIN SOPORTE VASOACTIVO CON SIGNOS VITALES FC 116 XMIN TA 88/ 62 TAM 75 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TAQUICARDICOS RESPIRATORIO PACIENTE SIN VMI CON FR 20 XMIN SATO2 96% RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTE SIN SOBREAERGADO NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA INFECCIOSO CON LEUCOSITOSIS SIN PICOS FEBRILES METABOLICO GLUCOMETRIA DE 103 HIPONATREMIA RENAL 1.3 CC KG HORA AZOADOS DENTRO DE LIMITES NORMALES NEUROLOGICO PACIENTE CONSCIENTE ALERTA SIN DEFICIT

**Análisis** : PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD CON DX DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL EN RESOLUCION EN CONDICIONES ESTABLES CON MEJORIA CLINICA CON FISTULA DE ALTO GASTO, SIN DOLOR ABDOMINAL, PACIENTE CONMEJORIA CLINICA.

**Plan** : SE COMENTA PACIENTE CON DR UMAÑA QUIEN CONSIDERA COTNINUAR IGUAL MANEJO INSTAURADO PENDIENTE TRASLADO A PISO

**Registro Profesional** : 1871

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

**Fecha** : 18.07.2013 **Hora** : 13:54

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO

**Objetivo** : PA 88/60 FR 22 FC 112 AFEBRIL PIFR MUCOSAS PALIDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON FISTULA PRODUCIENDO 750 CC DE 24 HORAS DIURESIS NORMAL SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION ADECUADA FISTULA ENTRAL CON DISMINUCION DEL PRODUCIDO PCON EL INICIO DE LA LOPERMAIDA, NO HA VUELTO A HACER FIEBRE NIEGA DOLRO ABDOMINAL, NO VOMITO, TOLERA BIEN LA NET.

**Plan** : PDTE RASLADO A PISO CONTINAUR IGUAL **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 18.07.2013 **Hora** : 17:12

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCIN DIA DR CASTILLO INTENSIVISTA DR CALDERON ASISTENCIAL DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PROBLEMAS -PRODUCCION ELEVADA DE LA FISTULA -TAQUICARDIA

**Objetivo** : ENCUENTRO PACIENTE EN SILLA DESPIERTA TRANQUILA, SIN SOPORTE INOTROPICO NI VASOACTIVO, SIN SEDACION, TOLERANDO LA VIA ORAL, CON NET, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE FC:101MIN, TA: 95/68 TAM 76 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TAQUICARDICOS, SIN SOPLOS, PULMONAR: FR 20MIN FIO2: 24% SATO2 100% MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAERGADOS NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN: PERISTALTISMO LENTO BLANDO, FISTULA AYER 720CC G/U: DIURESIS:16CC/KG/HR BALANCE: + 450CC EXTREMIDADES: SIN EDEMAS PULSOS PRESENTES, LLENO CAPILAR NORMAL, SNC: GLASGOW: 15/15 GLUCOMETRIA: 100MG. PARACLINICOS: HB: 8,8 HTC:27 LEUCOS: 15,3 N:59% PLAQ:168 BANDAS:03 CREATININA:027 BUN:13 SODIO:133 POTASIO:3,9 CLORO:99 PCR:10,4 RX DE TORAX: INFILTRADOS DIFUSOS, BORRAMIENTO DE ANGULO COSTOFRENICO IZQUIERDO SIN CONSOLIDACIONES.

**Análisis** : PACIENTE CON EVOLUCION TORPIDA QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE SIN SIRS ACTIVO, SIN NUEVOS PICOS FEBRILES EN MANEJO MEDICO DE FISTULA INTESTINAL DE ALTO GASTO A QUIEN SE CONSIDERA PUEDE SER MANEJADA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION A CARGO DE CIRUGIA GERNERAL.

**Plan** : TRASLADO A HOSPITALIZACION. **Registro Profesional** : 761541

## Historia Clínica General

**Responsable** : CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO

**Fecha** : 19.07.2013 **Hora** : 00:50

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO. EVOLUCION UCIN NOCHE. 25 AÑOS. FECHA DE INGRESO:2013-06-20.

DRA.URIBE INTERNISTA/DR.RUMBO MD ASISTENCIAL UCI. DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA. D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POS-OPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013, PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA PROBLEMAS -PRODUCCION ELEVADA DE LA FISTULA -TAQUICARDIA

**Objetivo** : PACIENTE CON EVOLUCION ESTABLE, SIN SOPORTE VASOACTIVO, AFEBRIL. PA:104/75., PAM:85., FC:98.

C/P:RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, PULMONES VENTILADOS, SIN AGREGADOS, OXIGENO POR CN SAT:99%., FR:24., FIO2:24%. G/I:ABDOMEN BLANDO, PRODUCIDO POR FISTULA 600 CC EN 12 HORAS. G/U:DIURESIS DE 4.5 CC/K/HORA., CON BALANCE + DE 660 CC. METABOLICO:GLUCOMETRIA DE 108 MG/DL. NEUROLOGICO:PACIENTE CONSCIENTE ALERTA SIN DEFICIT.

**Análisis** : PACIENTE CON DX DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL EN RESOLUCION EN CONDICIONES ESTABLES, CON MEJORIA CLINICA DE SU ESTADO GENERAL, CON FISTULA DE ALTO GASTO, SIN DOLOR ABDOMINAL, EN REVISTA CON LA DRA. URIBE SE SUGIERE CONTINUAR CON IGUAL MANEJO MEDICO EN ESPERA DE EVOLUCION.

**Plan** : PENDIENTE TRASLADO A HOSPITALIZACION MAÑANA CUANDO LE ASIGNEN HABITACION, RESTO DE MANEJO MEDICO IGUAL.

**Registro Profesional** : 17505

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Fecha** : 19.07.2013 **Hora** : 08:01

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA CON DX ANOTADO

**Objetivo** : FC 90 FR 20 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS HUMEDAS PULMONES BINE VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 600 CC EN 24 HORAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON GRAN MEJORIA CLINICA, TOLERANDO NET CON DISMINUCION DEL PRODUCIDO POR LA FISTULA INTESTINAL. SE CONTINUA IGUAL MANEJO

**Plan** : TRASLADO A PISO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 19.07.2013 **Hora** : 13:13

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCIN DIA DR. CASTILLO EMERGENCIOLOGO INTENSIVISTA/ DRA. GIRALDO MD GENERAL

MELISSA GALLEGU 25 AÑOS REINGRESO 20 06 2013 DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA **SUBJETIVO**: Refiere sentirse bien.

**Objetivo** : HALLAZGOS: Paciente quien en las últimas horas ha tenido PAM entre 78 y 95, FC entre 97 y 114, afebril con temperatura máxima de 36.8C, con oxígeno suplementario a 24% de FIO2, recibiendo por vía periférica SSN a 60cc hora con SNY con alitraq a 40cc hora; diuresis a 1.6cc kg hora, glucometrías 98/108/89. Paciente alerta, activa, con pupilas isocóricas y fotoreactivas, mucosas húmedas, conjuntivas pálidas, murmullo en ambos campos, ruidos cardíacos rítmicos, no sobreagregados, abdomen fajado, sin dolor, no signos de irritación peritoneal, no sangrados externos, no déficit neurológico, no edemas. **BALANCE**: Administrados 3110cc eliminados 2200cc fistula 600cc balance + 910cc acumulado3.6L+ **SOPORTES**: Ninguno **TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO**: - daptomicina 24 06 2013 - doripenem 11 07 2013 **CULTIVOS** DE 16 07 2013: Hemo 1 y 2 negativos, cultivos CVC negativo a las 24 horas

**Análisis** : **PROBLEMAS**: - Epstein Barr + **ANALISIS**: Paciente quien hoy completa 29 días de estancia en UCI, con buena evolución, afebril desde hace 5 días, con normalización de PA y FC, fistula con disminución progresiva de producido, tolerando NET, con recuperación de leucocitos y neutrofilos. Tiene reporte de E. Barr + ayer.

**Plan** : **PLAN**: 1. SSN 50cc hora 2. Alitraq 50cc hora 3. IC a infectología 4. IC a hematología para comentario sobre resultado de p. hematologicos

**Registro Profesional** : 76-2865

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

## Historia Clínica General

**Fecha** : 19.07.2013 **Hora** : 13:18  
**Tipo** : Interconsulta  
**Subjetivo** : INTERCONSULTA INFECTOLOGIA  
**Objetivo** : x  
**Análisis** : Se comenta paciente con el Dr. Martinez quien considera: 1. Buena evolucion, afebril, sin elevación de leucocitos ni leucopenia, continuar antibioticoterapia y finalizar. Controlar niveles de albumina. 2. En cuanto a paraclínicos + para E. Barr y CMV ( de este ultimo pendiente PCR que reportaran el 25 07) posiblemente sean por transfusiones, considera que ahora no requieren de intervención, IC a oftalmología.  
**Plan** : 1. IC oftalmología 2. Controlar albumina **Registro Profesional** : 76-2865  
**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 19.07.2013 **Hora** : 18:08  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA DE TURNO  
**Análisis** : PACIENTE DE 25 AÑOS CON DX DE SEPSIS DE ORIGEN ABODMINAL SECUNDARIO A PERITONITIS, PACIENTE ACTUALMENTE EN CONDICIONES ESTABLES CON EVOLUCION CLINICA HACIA LA MEJORIA SIN DOLOR ABDOMINAL, CON FISTULA DE ALTO GASTO SIN DESCOMPENSACION HEMODINAMICA SIN SOPORTE VENTILATORIO, LLEGA REPORTE DE ALBUMINA LA CUAL SE ENCUENTRA EN 3 EN ACSENSO. SE COMENTA CON OFTALMOLOGIA POR IGG E IGM POSITIVO PARA CMV SIN SINTOMAS VISUALES DR GIRALDO QUIEN CONSIDERA QUE EN ESTE MOMENTO LA VALORACION POR OFTALMOLOGIA NO ES URGENTE TENIENDO EN CUENTA QUE LA PACIENTE SE ENCUENTRA ASINTOMATICA Y CON EVOLUCION ADECUADA POR LO CUAL SERA VALORADA CUANDO SEA TRASLADADA A PISO. LLEGAN REPORTES DE PRUEBAS HEMATOLOGICAS E INMUNOLOGICAS COMO UNICO HALLAZGO POSITIVO EN ANTICOAGULANTE LUPICO POSITIVO SIN OTRO HALLAZGO SE LLAMA A HEMATLOGIA DR URIBE Y NO FUE POSIBLE COMUNICACION  
**Plan** : SE COMENTA EN REVISTA CON DR CASTILLO QUIEN CONSIDERA CONTINUAR IGUAL MANEJO INSTAURADO TRASLADO A PISO **Registro Profesional** : 1871  
**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

**Fecha** : 19.07.2013 **Hora** : 23:29  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : EVOLUCION UCIN NOCHE DR. SALAS INTERNISTA / DRA. GIRALDO MD GENERAL MELISSA GALLEGO 25 AÑOS REINGRESO 20 06 2013 DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA  
**Objetivo** : HALLAZGOS: Paciente quien hoy ha tenido PAM entre 83 y 97, FC entre 90 y 113, afebril con temperatura máxima de 36.6C, sin oxígeno suplementario, recibiendo por vía periférica SSN a 40cc hora con SNY con alitraq a 50cc hora; diuresis a 2.2cc kg hora, glucometrías 110/101. Paciente dormida, reactiva al llamado, con pupilas isocóricas y fotoreactivas, mucosas húmedas, conjuntivas pálidas, murmullo en ambos campos, ruidos cardiacos rítmicos, no sobreagregados, abdomen fajado, sin dolor, no signos de irritación peritoneal, no sangrados externos, no déficit neurológico, no edemas. No sangrados externos. BALANCE: Administrados 1590cc eliminados 1350cc fistula 450cc balance + 240cc acumulado 3.8L+ SOPORTES: Ninguno TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO: - daptomicina 24 06 2013 - doripenem 11 07 2013  
**Análisis** : ANALISIS: Paciente estable, buena evolución, afebril, sin VM, sin vasoactivos, con función renal conservada, tolerando NET con disminución de producción por fistula, PCR en disminución, no deficit neurologico.  
**Plan** : PLAN: 1. Igual manejo 2. Paraclínicos de con **Registro Profesional** : 76-2865  
**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 20.07.2013 **Hora** : 13:24  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO  
**Objetivo** : PA 120/70 FC 80 FR 16 PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONSE BIEN VENTILADOS RS CS RÍTMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 1000 CC EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA  
**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS AUMENTO DE PRODUCIDO DE FISTULA ENTEROCUTANEA A PESAR DE OCTEOTRIDE Y LOPERAMIDA, SE INSISTE EN QUE ESTAS FISTULAS DE ALTO GASTO DEBEN SER MANEJADAS CON TPN Y

## Historia Clínica General

OCTEOTRIDE, SE VA A OBSERVAR 24 HORAS MAS SI NO DISMINUYE PRODUCIDO SE COLOCARA CVC Y REINICIO DE TPN

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 20.07.2013 **Hora** : 14:12

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI DIA DR SOTO CX GENERAL/DR SIERRA MD ASISTENCIAL MELISSA GALLEGU 25 AÑOS REINGRESO 20 06 2013 DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOSPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA

**Objetivo** : PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN SOPORTE DE OXIGENO AFEBRIL SV: TA: 110/75 TAM: 82 (82-88) FC: 87 RITMO SINUSAL, AFEBRIL C/C: ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS ROSADAS MUCOSAS HUMEDAS C/R: RSCRS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS ABD: FAJADO, BLANDO NO DOLOROSO, FISTULA PRODUCIENDO 1050 CC, CON NET ALITRAC. EXT: MOVILES NO EDEMA LLENADO CAPILAR NORMAL METABOLICO:110-101-130-121 mg/dl DIURESIS: 1.9 CC/KG/H TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO: - daptomicina 24 06 2013 - doripenem 11 07 2013 REPORTE DE PARACLINICOS CH LEU 6780% 49 HB 8.7 HTO 87 PLT 181.000 NA+ 133 K+ 3.6 CL- 100 CR 0.23 BUN 12 \*\*\*\*\*BETA 2 MICROGLOBULINA\*\*\*\*\* 2.8 ( + ) (0.8-2.2)

**Análisis** : PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL SIN SIRS, CON AUMENTO DE PRODUCCION POR FISTULA ABDOMINAL, SE TITULARA NET, VIGILANCIA DE FISTULA, TIENE PENDIENTE TRASLADO A PISO A CARGO DE CX GENERAL Y TERMINAR ESQUEMA ANTIBIOTICO. CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO.

**Plan** : P// TRASLADO A PISO

**Registro Profesional** : 76-1740

**Responsable** : SIERRA, NICOLAS ANDRES

**Fecha** : 21.07.2013 **Hora** : 00:27

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCIN NOCHE DRA OSUNA INTERNISTA/DR SIERRA MD ASISTENCIAL MELISSA GALLEGU 25 AÑOS REINGRESO (20/06/2013) DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOSPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA

**Objetivo** : PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN SOPORTE DE OXIGENO AFEBRIL SV: TA: 112/76 TAM: 91 (76-102) FC: 98 RITMO SINUSAL, AFEBRIL C/C: ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS ROSADAS MUCOSAS HUMEDAS C/R: RSCRS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS ABD: FAJADO, BLANDO NO DOLOROSO, FISTULA PRODUCIENDO 310 CC, CON NET ALITRAC. EXT: MOVILES NO EDEMA LLENADO CAPILAR NORMAL METABOLICO:113-109 mg/dl DIURESIS: 2.59 CC/KG/H TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO: - daptomicina 24 06 2013 - doripenem 11 07 2013

**Análisis** : PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON SOPORTE DE OXIGENO POR CN, SIN DOLOR ABDOMINAL, CON DISMINUCION DEL PRODUCIDO DE LA FISTULA EN COMPARACION AL DIA DE AYER, QUEDA PENDIENTE CONSEGUIR HABITACION CON AISLAMIENTO EN HOSPITALIZACION A CARGO DE CX GENERAL.

**Plan** : P// TRASLADO A PISO

**Registro Profesional** : 76-1740

**Responsable** : SIERRA, NICOLAS ANDRES

**Fecha** : 21.07.2013 **Hora** : 11:13

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO TOLERA NET NO FIEBRE

**Objetivo** : FC 78 FR 18 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS ANCITERICA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO FISTULA PRODUCIENDO 560CC EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION FAVORABLE DISMINUCION PRODUCIDO DE FISTULA ENTERAL, SE CONTINUA NET IGUAL

**Historia Clínica General**

**Plan** : TRASLADO A PISO  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Fecha** : 21.07.2013 **Hora** : 11:43

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : 220 - Evolución UCIN 25 años Diagnósticos: Sepsis severa en resolución A. Aislamiento de Staphylococcus Warneri en cultivo CVC B. Aislamiento de S. Warneri/ haemolyticus/ Enterobacter cloacae en Sangre C. Aislamiento de Enterobacter cloacae y Enterobacter aerogenes en orina D. Aislamiento de Pseudomona en BAL Tromboflebitis infecciosa de vena cava inferior con sospecha de Embolismo séptico Neumonía multilobar resuelta Infección urinaria Posoperatoria de: A. Colelap 23 04 2013 B. Laparotomía + apendicectomía mas lavado 28 04 2013 - peritonitis C. Lavados abdominales múltiples (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. Cierre de pared abdominal 31 05 2013 Fístula enterocutánea de intestino delgado de alto gasto Asa intestinal protruida Síndrome de inmunosupresión severa tratado Hepatoesplenomegalia Hidronefrosis izquierda PROBLEMAS Fístula de alto gasto. Antibiótico: Daptomicina 24.06.2013 Doripenem 11.07.2013 Al examen físico: Alerta en silla. FC 75 FR 18 SAO295% TA 128/84 T 36.3 Pupilas de 2 mm simétricas, hiporreactivas. No rigidez de nuca Ingurgitación yugular. Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Hipoventilación generalizada, escasos estertores basales. Abdomen blando depresible, cubierto por faja - producción de 560 ml / 24 horas por fístula. Llenado capilar: 2 Diuresis: 2.5 CC Kg Hora \*\* Paraclínicos: Sin control - hoy. Análisis y plan: Paciente con fístula enterocutánea de alto gasto, en manejo con loperamida. Por producción mayor de 500 ml; se aumenta dosis a 8 mg cada día. Alto riesgo de desequilibrio HE por fístula de intestino delgado. JSMC

**Objetivo** : UCIN

**Análisis** : UCIN

**Plan** : UCIN

**Responsable** : CASTILLO, JOSE LUIS

**Registro Profesional** : 762455

**Fecha** : 21.07.2013 **Hora** : 23:38

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO. EVOLUCION UCIN NOCHE. 25 AÑOS. FECHA DE INGRESO:2013-06-20. DR.MARTINEZ CIRUJANO INTENSIVISTA/DR.RUMBO MD ASISTENCIAL UCI. DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA  
**Objetivo** : PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN SOPORTE VASOACTIVO, AFEBRIL. PA:120/70., PAM.87., FC:93. C/P:RUIDOS RITMICOS, NO SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, SIN AGREGADOS, OXIGENO POR CN SAT:100%, FR:23., FIO2:24%. G/I:ABDOMEN FAJADO, BLANDO NO DOLOROSO, FISTULA PRODUCIENDO 300 CC, CON NET ALITRAC A 50 CC/HORA. G/U:DIURESIS DE 1.4 CC/K/HORA. EXT: MOVILES NO EDEMA LLENADO CAPILAR NORMAL METABOLICO:GLUCOMETRIAS DE 11-123 mg/dl TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO: - daptomicina 24 06 2013 - doripenem 11 07 2013 (HOY ULTIMA DOSIS).

**Análisis** : PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON SOPORTE DE OXIGENO POR CN, SIN DOLOR ABDOMINAL, CON DISMINUCION DEL PRODUCIDO DE LA FISTULA, PENDIENTE TRASLADAR A HOSPITALIZACION PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO POR QX GENERAL, EN REVISTA CON EL DR. MARTINEZ SE SUGIERE CONTINUAR CON IGUAL ESQUEMA DE MANEJO EN ESPERA DE EVOLUCION.

**Plan** : LABORATORIOS DE CONTROL, PENDIENTE TRASLADAR A HOSPITALIZACION CUANDO LE ASIGNEN HABITACION, RESTO DE MANEJO MEDICO IGUAL.

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Registro Profesional** : 17505

**Fecha** : 22.07.2013 **Hora** : 18:16

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : EVOLUCION UCIN DIA DR. SOTO CIRUJANO INTENSIVISTA/ DRA. GIRALDO MD GENERAL MELISSA GALLEGUO 25 AÑOS REINGRESO 20 06 2013 DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA **SUBJETIVO:** Refiere sentirse bien.

**Objetivo** : HALLAZGOS: Paciente quien en las últimas horas ha tenido PAM entre 78 y 96, FC entre 83 y 110, afebril con

## Historia Clínica General

temperatura máxima de 36C, con oxígeno suplementario a 24% de FIO2, recibiendo por vía periférica SSN a 40cc hora con SNY con alitrac a 50cc hora; diuresis a 2.2cc kg hora, glucometrías 112. Paciente alerta, activa, con pupilas isocóricas y fotoreactivas, mucosas húmedas, conjuntivas pálidas, murmullo en ambos campos, ruidos cardíacos rítmicos, no sobreagregados, abdomen fajado, sin dolor, no signos de irritación peritoneal, no sangrados externos, no déficit neurológico, no edemas. BALANCE: Administrados 520cc eliminados 900cc fistula 300cc -380cc balance + 3.4L+ SOPORTES: Ninguno TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO: - daptomicina 24 06 2013 - doripenem 11 07 2013 - 21 07 2013 MIELOCULTIVO: Negativo PARACLINICOS: Hb 8.9 Hto 28% leucocitos 47340 Neutrofilos 41% plaquetas 218000 Na 135 k 4.1 Cl 100 cr 0.2 BUN 14

**Análisis** : ANALISIS: Paciente en el momento en estables condiciones, sin fiebre, sin vasoactivos, sin VM, con diuresis conservada, producción por fistula sin aumento, mielocultivo negativo.

**Plan** : PLAN: 1. Alitrac subir hasta 60cc hora 2. Pendiente traslado a PISO 3. IC hematología/ oftalmología ( servicios avisados)

**Registro Profesional** : 76-2865

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Fecha** : 22.07.2013 **Hora** : 22:41

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO. EVOLUCION UCIN NOCHE. 25 AÑOS. FECHA DE INGRESO:2013-06-20.

DR.UMAÑA INTENSIVISTA/DR.RUMBO MD ASISTENCIAL UCI. DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIRONEFROSIS IZQUIERDA

**Objetivo** : PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN SOPORTE VASOACTIVO, AFEBRIL. PA:101/70., PAM.82., FC:92. C/P:RUIDOS RITMICOS, NO SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, SIN AGREGADOS, OXIGENO POR CN SAT:98%., FR:17., FIO2:24%. G/I:ABDOMEN FAJADO, BLANDO NO DOLOROSO, FISTULA PRODUCIENDO 350 CC, CON NET ALITRAC A 50 CC/HORA. G/U:DIURESIS DE 1.7 CC/K/HORA, CON BALANCE - DE 20. EXT: MOVILES NO EDEMA LLENADO CAPILAR NORMAL METABOLICO:GLUCOMETRIAS DE 112-119 mg/dl TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO: - daptomicina 24 06 2013

**Análisis** : PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON SOPORTE DE OXIGENO POR CN, SIN DOLOR ABDOMINAL, CONTINUA CON DISMINUCION DEL PRODUCIDO DE LA FISTULA, PENDIENTE TRASLADAR A HOSPITALIZACION PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO POR QX GENERAL, EN REVISTA CON EL DR.UMAÑA SE SUGIERE CONTINUAR CON IGUAL ESQUEMA DE MANEJO EN ESPERA DE EVOLUCION.

**Plan** : LABORATORIOS DE CONTROL, PENDIENTE VALORACION POR OFTALMOLOGIA Y HEMATOLOGIA, PENDIENTE QUE LE ASIGNEN HABITACION PARA TRASLADO MAÑANA A HOSPITALIZACION PARA MANEJO MEDICO IGUAL.

**Registro Profesional** : 76-2865

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Fecha** : 23.07.2013 **Hora** : 08:00

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : DR CASTILLO INTENSIVISTA/ DR JARAMILLO MEDICO GENERAL UCIN DIA DX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIRONEFROSIS IZQUIERDA CULTIVOS 12/7/13 MIELOCULTIVO NEGATIVO 24 H 12/7/13 BK ASPIRADO MEDULA OSEA NEGATIVO ANTIBIOTICO DAPTOMICINA DIA 29

**Objetivo** : NEUROLOGICO: ALERTA, UBICADA EN SUS TRES ESFERAS, NO FOCALIZADA, TRANQUILA C/V: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS CON TA 119/71 TAM 89 FC 90 RESPIRATORIO: MURMULLO VESICULAR PRESENTE NO SOBREAgregados CON VENTILACION POR CANULA NASAL FR 20 FIO2 24% SO2 98% GASTROINTESTINAL: PLANO, BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, CON FISTULA ENTEROCUTANEA CON PRODUCCION EN 24 H DE 650 CC, GLUCOMETRIA 111 RENAL: LA 2730 LE 2250 BLANCE NEGATIVO 170 DIURESIS 0,21 CC K H, CR 0,2 BUN 13 NA 132 K 3,8 CL 98 INFECCIOSO: T 35,7 CH LEU 4,2 NEU 42 HB 9,3 HCTO 29 PLT 227 000

**Análisis** : PACIENTE CON BUENA EVOLUCION EN EL MOMENTO SIN SIRS ACTIVO, CON RESULTADOS DE CULTIVOS NEGATIVOS, AUN EN MANEJO ANTIBIOTICO, SIN NUEVOS HALLAZGOS DENTRO DE EXAMEN FISICO, CON DISMINUCION DE PRODUCCION DE FISTULA ENTEROCUTANEA TRAS INCREMENTO DE DOSIS DE LOPERAMIDA, CON HIPONATREMIA LEVE CRONICA ISOTINICA, NORMOVOEMICA SIN CAMBIOS NEUROLOGICOS SIN OTROS TRASTORNOS HIDROELECTROLITICOS, BUENA FUNCION RENAL. SE TIENE PENDIENTE VALORACION POR OFTALMOLOGIA YA QUE PACIENTE PRESENTO TITULOS DE ANTICUERPOS DE POSITIVOS PARA CITOMEGALOVIRUS SIN EMBARGO EN EL MOMENTO SIN CAMBIOS A NIVEL OCULAR, NI DE AGUDEZA VISUAL SE TIENE PENDIENTE VALORACION POR HEMATOLOGIA SE CONSIDERA TRASLADO A PISO 420



## Historia Clínica General

Plan : TRASLADO A PISO

Registro Profesional : 17505

Responsable : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

Fecha : 23.07.2013 Hora : 14:50

Tipo : Evolución

**Subjetivo** : INGRESO HOSPITALARIO DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIRONEFROSIS IZQUIERDA PACIENTE CON UNA LARGA HOSPITALIZACION, INICIALMENTE EN PISO DESPUES EN UCI POR INFECCION EN VENA CAVA SUPERIOR TIPO TROMBO FLEBITIS, LUEGO NEUMONIA COMPLICADA CON DERRAME NECESITANDO DRENARSE POR PUNCION. LUEGO DEL MANEJO DETERMINADO POR INFECTOLOGIA, SE ENCONTRO QUE PERSISTIA FEBRIL, SE SUSPENDIERON ANTIBIOTICOS Y SE DEJO DAPTOMICINA PRO COMPROMISO VASCULAR. DADA LA PERSISTENCIA DE FIEBRE Y PROBABLE ORIGEN PULMONAR SE PUNCIONO DERRAME DEL CUAL NO SE CULTIVO NINGUN GERME. SE HIZO IGUALMENTE SE CULTIVARON P AERUGINOSA SENSIBLE. EMPIRICAMENTE SE MANEJO CON DORIPENEM, AMNEJO QUE HA PERSISTIDO. POR OTRO ALDO DADA SU BICITOPENIA SE INTERCONSULTO A HEMATOLOGIA QUIENES HICIERON BIOPSIA DE MO TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO: - daptomicina 24 06 2013 - doripenem 11 07 2013 CULTIVOS DE 16 07 2013: Hemo 1 y 2 negativos, cultivos CVC negativo a las 24 horas SE AISLA AEROGENES EN ORINA RESISTENTE A CARBAPENEMS POR LO CUAL COHORTIZAN E. Barr y CMV ( de este ultimo pendiente PCR que reportaran el 25 07) posiblemente sean por transfusiones, infectologia considera que ahora no requieren de intervencion, IC a oftalmologia. MIELOCULTIVO: Negativo PARACLINICOS: Hb 8.9 Hto 28% leucocitos 47340 Neutrofilos 41% plaquetas 218000 Na 135 k 4.1 Cl 100 cr 0.2 BUN 14

**Objetivo** : FC 72 FR 20 CON Sonda NASO YEYUNAL PERMEABLE, ALERTA N, COLABORADORA, HIDRATADA, AFEBRIL, CARA Y CUELLO NORMAL, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, ABDOMEN FAJADO, FISTULA CANALIZADA, POCO PRODUCIDO EXTREMIDADES SIN EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE

**Análisis** : PACIENTE QUE INGRESA PROCEDENTE DE UCI PARA CONTINUAR MANEJO INTRA HOSPITALARIO

Plan : IGUAL MANEJO TRAZADO POR ESPECIALISTA Registro Profesional : 765612-09

Responsable : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

Fecha : 24.07.2013 Hora : 06:26

Tipo : Evolución

**Subjetivo** : aumento dosis de alitraq 4 sobres cada 12 hrs, porque esta a 65 cc hrs y no alcanzaba la prescripción previa. cambio ademas etc previo que continua vigente.

**Análisis** : . Registro Profesional : 86-0064**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

Fecha : 24.07.2013 Hora : 16:21

Tipo : Evolución

**Subjetivo** : NOTA DE EVOLUCION DE HEMATOLOGIA DR. L.F. URIBE Paciente evolucionando satisfactoriamente. buena respuesta al filgrastin que recibio por 5 dias con lo cual fue trasladada al piso.

**Objetivo** : hemograma hoy: wbc: 4.290 n: 1820 linfos: 1930 hb:9.3 grs% plt: 229.000sinembargo aun faltan los resultados de medula osea principalmente la inmunofenotipificacion, cariotipo y biopsia por patologia con todos los exámenes relativos a infectología la P.C.R. . ha descendido notablemente de 170.0 a menos de 100.0

**Análisis** : la paciente esta evolucionando afebril pero aun esta bajo efecto de terapia antibiotica. es posible que reaparezca la infeccion nuevamente . aconsejable mantener valores mas altos de leucograma con filgrastin a niveles entre 10 y 15.000 leucocitos por lo menos 2 semanas mas titulando el filgrastin. por AHORA PODRIA RECIBIR 1 AMP. S.C. X 300 MGRS DIARIOS Y CUANDO LLEGUE A 15.000 LEUCOCITOS PASAR A 1 AMP. CADA 2 O 3 DIAS.

**Plan** : FILGRASTIN AMP X 300 MGRS 1 AMP. S.C. DIARIA CON CONTROL DE HEMOGRAMA CADA 2 DIAS PARA TITULAR NIVEL DE LEUCOCITOS ENTRE 10.000 Y 15.000 2.- AVISARME CUANDO LLEGUEN RESULTADOS DE MEDULA OSEA SOLICITADOS DESDE EL 10 DE JULIO DE 2013. FAVOR AVERIGUAR CON EL LABORATORIO, DEBEN ESTAR LISTOS. 3.- CONTINUAR IGUAL MANEJO ORDENADO POR EL PISO.

Registro Profesional : 530173

**Responsable** : URIBE COOCK, LUIS FERNANDO

Fecha : 24.07.2013 Hora : 18:26

Tipo : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MEDICO HOSPITALARIO PACIENTE CON HISTORIA DE FISTULA ENTEROCUTANEA, MANEJO MEDICO

**Historia Clínica General**

CON TERAPIA ENTEROSTOMAL. SE SOLICITA STOMAHESIVE PASTA PARA REALIZACION DE CURACION.

**Plan** : STOMAHESIVE PASTA TUBO 56.7 GRAMOS **Registro Profesional** : 151717-11

**Responsable** : PAREDES MARIN, DIANA MARCELA

**Fecha** : 24.07.2013 **Hora** : 21:53

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : INFECTOLOGIA PACIENTE CONOCIDA POR EL SERVICIO, MANEJO CON PAUTAS DE COHORTIZACION POR HALLAZGO DE ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA. BUEN ESTADO GENERAL. TRATAMIENTO INSTAURADO PREVIAMENTE, DAPTOMICINA HASTA COMPLETAR 6 SEMANAS (AGOSTO/04). SE ESPERARA EVOLUCION PARA DETERMINAR POSIBILIDAD DE LEVANTAR COHORTIZACION Y DEJAR CON AISLAMIENTO DE CONTACTO UNICAMENTE. DEBE CONTINUAR MANEJO MULTIDISCIPLINARIO COMO HASTA EL MOMENTO.

**Plan** : CPK SEMANAL PENDIENTE CONCEPTO DE **Registro Profesional** : 151717-11

**Responsable** : PAREDES MARIN, DIANA MARCELA

**Fecha** : 24.07.2013 **Hora** : 22:21

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MEDICO HOSPITALARIO PACIENTE CON DIAGNOSTICO HEMATOLOGICO DE SINDROME DE SUPRESION MEDULAR DE ETIOLOGIA A DEFINIR: PUEDE SER POR SEPSIS PERSISTENTE CON FOCO PRIMARIO OCULTO, O PUEDE SER POR MALIGNIDAD. EN AMBOS CASOS SUBYACE UN CUADRO DE INMUNOSUPRESION SEVERO. MANEJO MEDICO A CARGO DE HEMATOLOGIA, SE ORDENA FILGRASTIN AMP. X 300 MGR CADA 12 HORAS S.C.O E.V. Y ESPERAR RESPUESTA DE NEUTROFILOS EN 2 A 5 DIAS. FILGRASTIN AMP X 300 MGRS 1 AMP. S.C. DIARIA CON CONTROL DE HEMOGRAMA CADA 2 DIAS PARA TITULAR NIVELES DE LEUCOCITOS ENTRE 10.000 Y 15.000 AVISARME CUANDO LLEGUEN RESULTADOS DE MEDULA OSEA SOLICITADOS DESDE EL 10 DE JULIO DE 2013. FAVOR AVERIGUAR CON EL LABORATORIO, DEBEN ESTAR LISTOS.

**Plan** : FILGRASTIN AMP X 300 MGRS 1 AMP. S.C. **Registro Profesional** : 151717-11

**Responsable** : PAREDES MARIN, DIANA MARCELA

**Fecha** : 25.07.2013 **Hora** : 15:28

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA COORTIZADA POR ENTEROBACTER AERÓGENES TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO: - daptomicina 24 06 2013 - doripenem 11 07 2013 CULTIVOS DE 16 07 2013: Hemo 1 y 2 negativos, cultivos CVC negativo a las 24 horas E. Barr y CMV ( de este ultimo pendiente PCR que reportaran el 25 07) posiblemente sean por transfusiones, infectologia considera que ahora no requieren de intervención, IC a oftalmología. MIELOCULTIVO: Negativo

**Objetivo** : TA 100/60 FC 76 FR 20 SAT O2 99 CON Sonda NASO YEYUNAL PERMEABLE, ALERTA, COLABORADORA, HIDRATADA, AFEBRIL, CARA Y CUELLO NORMAL, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, ABDOMEN FAJADO, FISTULA CANALIZADA DRENÒ 480CC EN EL TRANCURSO DE LA MAÑANA, POCO PRODUCIDO EXTREMIDADES SIN EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE

**Análisis** : Paciente clinicamente estable, sin sirs, tolera **Registro Profesional** : 151717-11

**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

**Fecha** : 25.07.2013 **Hora** : 18:55

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL \*\*\* NOTA DIFERIDA... VALORO PCTE 11 AM\*\*\* PCTE CON DX ANOTADO

**Objetivo** : FC 78 AFEBRIL FR 16 PIFR ANICTERICA MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLO ABD CON FISTULA PRODUCIENDO 900 CC DE LIQ INTESTINAL SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE ESTABLE CON FISTULA DE ALTO GASTO A PESAR DE LOPERAMIDA Y NET, SE VIGILARA 24 HORAS MAS EN CASO DE ALTO PRODUCIDO SE SUSPENDERA NET Y REINICIO DE TPN

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 26.07.2013 **Hora** : 12:53

## Historia Clínica General

**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO BUENA TOLERANCIA A LA NET, NO DOLOR ABDOMINAL  
**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS RSCS RITMICOS NO SOPLOS PULMONES BIEN VENTILADOS ABD BLANDO NO DOLOROSA FISTULA PRODUCE 920 CC DE LIQ EN 24 HROAS SNC ALERTA  
**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS SE ORDENA KAOPECTATE 20 CC VO CADA 6 HORAS, CONTINUAR LOPERAMIDA IGUAL  
**Plan** : IGUAL MANEJO **Registro Profesional** : 194723-04A  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 26.07.2013 **Hora** : 18:07  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25 AÑOS DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILobar RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA REFIERE QUE HA ESTADO DESDE HOY CON DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO INTERMITENTE. NO EMESIS. 26/07/13 LEUCO: 9510 N:69,5 HB:10,5 HTO:32,4 PLAQ:314000 PCR:1,8  
**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL TA:120/70 FC:100 FR:20 OXIME:99%. MUCOSA ORAL HUMEDA. RSCSRS SIN SOPLOS. PULMONES LEVE DISMINUCION DEL MURMULLO VESICULAR EN BASES. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, FISTULA ENTEROCUTANEA CON PRODUCIDO DE 500 CC DE MATERIAL AMARILLO OSCURO EN 12 HORAS. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.  
**Análisis** : PCTE ESTABLE, HA ESTADO HOY CON DOLOR ABDOMINAL LEVE INTERMITENTE, NO EMESIS. REACTANTES DE FASE AGUDA NORMALES. SE COMENTA CON LA DRA HORMIGA Y CONSIDERA QUE DEBE CONTINUAR EN SEGUIMIENTO CLINICO.  
**Plan** : IGUAL MANEJO POR CIRUGIA GRAL. **Registro Profesional** : 1556-02  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 26.07.2013 **Hora** : 19:07  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : REVISTA INFECTOLOGIA PCTE CONOCIDA POR EL SERVICIO DE INFECTOLOGIA EN MANEJO CON PAUTAS DE COHORTIZACION POR PRESENCIA DE ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA. PARACLINICOS DEL DIA DE HOY NORMALES, NO ELEVACION EN REACTANTES DE FASE AGUDA: CH: LEUCO:9510 N:69,5 L:23,6 HB:10,5 HTO:32,4 PLAQ:314000 PCR:1,8. CPK:16. DEBE CONTINUAR EN TRATAMIENTO CON DAPTOMICINA HASTA COMPLETAR 6 SEMANAS ES DECIR HASTA EL 04 AGOSTO. TOMA DE CPK SEMANAL. LA INFECCION POR CMV LE GENERO UN EFECTO MIELOSUPRESOR TRANSITORIO QUE HA MEJORADO MARCADAMENTE. NO REQUIERE MANEJO ANTIVIRAL.  
**Objetivo** : .  
**Análisis** : .  
**Plan** : . **Registro Profesional** : 1556-02  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 26.07.2013 **Hora** : 20:58  
**Tipo** : Interconsulta  
**Subjetivo** : paciente quien es remitida para descartar compromiso de retina  
**Objetivo** : paciente asintomatico visualmente / segmento anterior sano / medios claros / fondo de ojo normal  
**Análisis** : no hay compromiso visual  
**Plan** : seguir manejo sistémico / valorar posteriormente **Registro Profesional** : 1504089  
**Responsable** : GALINDO PLAZAS, JORGE LUIS

**Fecha** : 27.07.2013 **Hora** : 16:18  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX ANOTADO REFIERE SENTIRSE BIEN NO DOLOR ABDOMINAL, NO FIEBRE  
**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO FISTULA PRODUCE 830 CC EN 24 HROAS SNC ALERTA  
**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS TOLERANDO ADECUADAMENTE LA NET, SE REINICIO KAOPECTATE SE ESPERA CONTROL DE PRODUCIDO POR LA FISTULA, SE EXPLICA ESTADO CLINICO A PCTE Y ACOMPAÑANTE, EL 4

**Historia Clínica General**

DE AGOSTO COMPLETA TTO ATB CON DAPTOMICINA, SE ORDEN APERFIL NUTRICIONAL PARA LUNES 29 DE JULIO 5 AM

**Plan** : IGUAL MANEJO**Registro Profesional** : 194723-04A**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA**Fecha** : 27.07.2013 **Hora** : 18:48**Tipo** : Evolución**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA**Objetivo** : TA 100/60 TAM 73 FC 78X FR 18X TEMPERATURA 36,1°C SO2 99% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO. FISTULA 330 CC CAFE OSCURO CON GRUMOS TIPO LECHE CORTADA ESCASOS. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + / + + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.**Análisis** : DIUTRESIS 400 CC CONCENTRADA EN 12 HORAS. SE DECIDE INICIAR LEV A 120 CC SSN POR HORA Y VER RESPUESTA URINARIA EN 6 HORAS PARA DISMINUIR GOTEÓ.**Plan** : .**Registro Profesional** : 762658/01**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER**Fecha** : 28.07.2013 **Hora** : 18:12**Tipo** : Evolución**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO**Objetivo** : FC 70 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO FISTULA PRODUCE 750 CC EN 24 HROAS DE LIQ INTESTINAL EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE SE CONTINUA IGUAL MANEJO**Plan** : TOMAR MAÑANA 5 AM PERFIL NUTRICION**Registro Profesional** : 194723-04A**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA**Fecha** : 29.07.2013 **Hora** : 15:45**Tipo** : Evolución**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUENDAS PULMOENS BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 510 CC EN 24 HROAS DE LIQ INTESTINAL EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA**Análisis** : PCTE REFIERE INCONTINENCIA VESICAL CONDOLRO POSTMICCIONAL SE COMENTA CON DR LONDOÑO UROLOGO ORDENA INICO DE OXIBUTININA 10 MG VO CADA NOCHE RESTO IGUAL**Plan** : OXIBUTININA 10 MG VO CADA NOCHE RES**Registro Profesional** : 194723-04A**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA**Fecha** : 29.07.2013 **Hora** : 16:57**Tipo** : Evolución**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25 AÑOS DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PARACLINICOS WBC 14840 N 76% HGB 9 PTL 261000 BT 0.41 BD 0.33 TGO 59 TGP 119 PROT TOTALES 6.1 ALBUMINA 3.2 PCR 1.2 ELECTROLITOS EN RANGO NORMAL REPORTE DE BIOPSIA MÈDULA OSEA: Citometria de flujo: negativo para desorden linfoproliferativo clonal en la muestra evaluada. Inmunofenotipo medular sin característica patológicas. El extendido de médula òsea muestra ligera hiperplasia de linea eritroide. Tincion para hongos y bacterias negativas.**Objetivo** : PACIENTE EN CAMA, TRANQUILA, SIN DISNEA AFEBRIL TA:100/70 FC:99 FR:20 OXIME:98%. MUCOSA ORAL HUMEDA. RSCRS SIN SOPLOS. PULMONES LEVE DISMINUCION DEL MURMULLO VESICULAR EN BASES. ABDOMEN BLANDO,

## Historia Clínica General

DEPRESIBLE, FISTULA ENTEROCUTANEA CON PRODUCIDO DE 400 CC DE MATERIAL FECALOIDE. EXTREMIDADES MÓVILES SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

**Análisis** : ADECUADA EVOLUCION igual manejo **Registro Profesional** : 86-0064  
**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

**Fecha** : 29.07.2013 **Hora** : 17:34

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : REVISTA INFECTOLOGIA PCTE 25 AÑOS DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A.

AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA 29/07/13 LEUCO:14840 N:76,2 HB:9 HTO:27,7 PLAQ:261000 BT:0,41 D:0,33 I:0,88 GOT:59 GPT:119 PROTS T:6,1 ALB:3,2 GLOBU:2,9 P:4,9 MG:1,5 PCR:1,2

**Objetivo** : .

**Análisis** : PCTE CON EVOLUCION FAVORABLE, NO ELEVACION EN REACTANTES DE FASE AGUDA, PLAN DE MANEJO YA ESTABLECIDO DEBE COMPLETAR 6 SEMANAS CON DAPTOMICINA QUE SERIA HASTA EL 4 DE AGOSTO, LA INICIO EL 24 DE JUNIO. CONTINUA SU MANEJO DE LA FISTULA ENTEROCUTANEA POR CIRUGIA GRAL. SE DA DE ALTA POR INFECTOLOGIA, CONTINUAR AISLAMIENTO DE CONTACTO Estricto.

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 1556-02

**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 30.07.2013 **Hora** : 09:26

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : cirugia general pcte con dx anotado

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 710 CC EN 24 HROAS DE LIQ INTESTINAL EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION FAVORABLE PERFIL NUTRICIONAL CLB 3.2 PROT TOTALES 6.5 P

4.9 K 3.7 MG 1.5, SE CONTINUA IGUAL MANEJO NUTRICIONAL Y POR TEO, PDTE INICIO DE OXIBUTININA

**Plan** : IGUAL MANEJO PDTE INICIO DE OXIBUTININA **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 30.07.2013 **Hora** : 19:46

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS

WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA

**Objetivo** : TA 100/60 TAM 73 FC 85FR 18X TEMPERATURA 36C SO2 97% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS

REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : BUENA EVOLUCION

**Plan** : MANEJO MEDICO SEGÚN INDICACION DE ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER **Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 31.07.2013 **Hora** : 11:13

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO

**Objetivo** : FC 80 FR 16 T 36 PIFR MUCOSAS ROSASDAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 690 CC EN 24 HROAS LIQ INTESTINAL EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS SE REVISAN PO DE AYER MUESTRA NIT POSITIVOS CON LEUCOCITURIA Y

BACTERIURIA PCTE CUBIERTA CON DORIPENEM HASTA EL 4 DE AGOSTO COMPLETA 6 SEM , SE ORDENA TOMA DE UROCULTIVO,

## Historia Clínica General

CH Y PCR Y RECOMENDAT A INFECTOLOGIA

**Plan** : REVAL POR INFECTOLOGIA TOMAR UROCULTIVO  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA **Registro Profesional** : 194723-04A

**Fecha** : 31.07.2013 **Hora** : 16:36

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA

**Objetivo** : TA 124/82 TAM 91 FC 78X TEMPERATURA 36,2°C SO2 96% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO. FISTULA 330 CC EN 7 HORAS EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : BUENA EVOLUCION.

**Plan** : MANEJO MEDICO SEGUN INDICACION DE ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER **Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 01.08.2013 **Hora** : 10:18

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO

**Objetivo** : FC 78 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD Blando NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 650 CC DE LIQ INTESTINAL EXT SIO EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS CON FISTULA ENTEROCUTANEA TOLERANDO NET PDTE RTDO DE UROCULTIVO Y REVAL POR INFECTOLOGIA, MUY PROBABLEMENTE REQUIERA CIERRE QCOS DE LA FISTULA ESTA EN BUENAS CONDICIONES NUTRICIONALES PERO REQUIERE DESCARTAR IVU ANTES DE LA CX. SE EXPLICA A PCTE Y A SU MADRE.

**Plan** : PDTE RTDO DE UROCULTIVO IGUAL MANEJO **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 01.08.2013 **Hora** : 18:29

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25 AÑOS DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PCTE HA ESTADO CON ALGO DE DISURIA. NO FIEBRE. NO EMESIS.

**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL TA:125/70 FC:84 FR:18 OXIME:96%. RSCSRS SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, NO DISTENDIDO. FISTULA ENTEROCUTANEA DRENO 250 CC EN 14 HORAS. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

**Análisis** : PCTE ESTABLE, HAY DISMINUCION EN PRODUCIDO DE FISTULA, PENDIENTE REPORTE DE UROCULTIVO.

**Plan** : IGUAL MANEJO POR CIRUGIA GRAL **Registro Profesional** : 1556-02

**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 02.08.2013 **Hora** : 00:21

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. SE RENUEVA CTC DE OXIBUTININA.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

## Historia Clínica General

**Fecha** : 02.08.2013 **Hora** : 02:53  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. SE HACE CTC DE BARRERA DE COLOSTOMIA NUMERO 100, BOLSA COLOSTOMIA NUMERO 100, DUODERM CGF 15 X 15, BARRERA LISA 20 X 20; PARA HOY CURACION POR TEO.  
**Objetivo** : .  
**Análisis** : .  
**Plan** : .  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Registro Profesional** : 762658/01

**Fecha** : 02.08.2013 **Hora** : 09:11  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25 AÑOS DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PCTE HA ESTADO CON ALGO DE DISURIA. NO FIEBRE. PRESENTO EPISODIO DE EMESIS EN LA NOCHE. AL MOMENTO NIEGA NAUSEAS.  
**Objetivo** : PACIENTE SENTADA EN SILLA, ALERTA, TRANQUILA SIN DISNEA TA:130/100 FC:78 FR:18 OXIME:98%. RSCSRS SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, NO DISTENDIDO. FISTULA ENTEROCUTANEA DRENO 240 CC EN 12 HORAS. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.  
**Análisis** : PCTE ESTABLE, HAY DISMINUCION EN PRODUCIDO DE FISTULA, PENDIENTE REPORTE DE UROCULTIVO. SE COMENTARÀ CON INFECTOLOGIA  
**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

**Registro Profesional** : 86-0064

**Fecha** : 02.08.2013 **Hora** : 18:12  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO REFIERE SENTIRSE BIEN BUENA TOLERANCIA A LA VO NO FIEBRE NO DOLRO ABDOMINAL  
**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 510 CC EN 24 HROAS LIQ INTESTINAL SNC ALERTA  
**Análisis** : PTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION FAVORABLE PDTE RTDO DE UROCULTIVO Y REVAL POR INFECTOLOGIA  
**Plan** : IGUAL MANEJO  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Fecha** : 03.08.2013 **Hora** : 09:29  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO  
**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA 650 CC EN 24 HORAS SNC ALERTA NO DEFICIT  
**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION FAVORABLE PDTE RTDO DE UROCULTIVO REVAL POR INFECTOLOGIA, MUY SEGURAMENTE REQUIERA CIERRE QCO DE FISTULA  
**Plan** : REVAL POR INFECTOLOGIA CON RTDO DE UROCULTIVO  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Fecha** : 03.08.2013 **Hora** : 11:03  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25 AÑOS DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA

## Historia Clínica General

ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA HOY HA ESTADO CON NAUSEAS. PRESENTO UN EPISODIO DE EMESIS.

**Objetivo** : PACIENTE SENTADA EN SILLA, ALERTA, TRANQUILA SIN DISNEA TA:130/100 FC:78 FR:18 OXIME:98%.

RSCSR SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, NO DISTENDIDO. FISTULA ENTEROCUTANEA DRENO 240 CC EN 12 HORAS. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

**Análisis** : ESTABLE, AYER LA FISTULA DRENÓ 670CC, MAYOR QUE LOS DIAS PREVIOS

**Plan** : SE REALIZA CTC DE CAOLIN PECTINA QUE YA SE VENCIO Y DE PERATIVE. SE CAMBIA ALITRAK POR PERATIVE PORQUE NO HAY EN ALMACEN

**Registro Profesional** : 86-0064

**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

**Fecha** : 03.08.2013 **Hora** : 11:03

**Tipo** : Interconsulta

**Subjetivo** : INFECTOLOGIA DX ANOTADOS Paciente con disuria. En esta hospitalizacion ha presentado incontinencia urinaria y tiene manejo con oxibutinina por parte de urologia. paraclínicos: 02/08/13 wbc 4390 n 49% l 35% pcr 0.8 30/07 parcial de orina: nitritos positivos leucos x campo 126 bacteria 32100 (ref 0-250) eritrocitos x campo 4 pendiente reporte de urocultivos.

**Análisis** : Agosto 2 # INFECTOLOGÍA: Debe definirse si se trata de bacteriuria asintomática o infección clínica, por lo que de ser lo primero no hay indicación de manejo antibiótico aún plan quirúrgico con la paciente. No se considera una cirugía de alta complejidad con colocación de material protésico, indicaciones para manejo preventivo de la paciente.

**Registro Profesional** : 86-0064

**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

**Fecha** : 04.08.2013 **Hora** : 11:47

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25 AÑOS DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILobar RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA UROCULTIVO: KLEBSIELLA NEUMONIA RESISTENTE A AMPICILINA, SENSIBLE A LOS DEMAS MENOR DE 10000 UFC ASINTOMATICA

**Objetivo** : PACIENTE SENTADA EN SILLA, ALERTA, TRANQUILA SIN DISNEA TA:130/100 FC:78 FR:18 OXIME:98%.

RSCSR SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, NO DISTENDIDO. FISTULA ENTEROCUTANEA DRENÓ 940CC EN 24 HRS EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

**Análisis** : IGUAL MANEJO POR EL MOMENTO. HOY TIENE MANEJO CON CAOLIN PECTINA

**Registro Profesional** : 86-0064

**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

**Fecha** : 04.08.2013 **Hora** : 17:18

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS ANICTERICA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO CON FISTULA PRODUCIENDO 950 CC EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION FAVORABLE PDTE UROCULTIVO PARA DEFINIR MANEJO ATB HOY COMPLETO TTO CON DORIPENEM

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 05.08.2013 **Hora** : 10:39

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25 AÑOS DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILobar RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA



## Historia Clínica General

ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA UROCULTIVO: KLEBSIELLA NEUMONIA RESISTENTE A AMPICILINA, SENSIBLE A LOS DEMÁS MENOR DE 10000 UFC ASINTOMATICA

**Objetivo** : PACIENTE SENTADA EN SILLA EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN FIEBRE, SIN DISNEA TA:130/80 FC:75 FR:18 OXIME:98%. RSCRS SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, NO DISTENDIDO. FISTULA ENTEROCUTANEA DRENÒ 630CC EN 24 HRS EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

**Análisis** : ESTABLE, ASINTOMATICA, YA CON MENOR PRODUCIDO POR LA FISTULA QUE EL DIA PREVIO, POSIBLEMENTE EL AUMENTO TRANSITORIO SE DEBA AL CAMBIO DE NUTRICION. **Registro Profesional** : 86-0064

**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

**Fecha** : 05.08.2013 **Hora** : 14:01

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : cirugía general pcte con dx anotado refiere dolor en hipogastrio al orinar no disuria no fiebre

**Objetivo** : fc 80 fr 16 afebril pifr mucosas rosadas y humedas pulmones bien ventilados rs cs ritmicos no soplos abd blando no doloroso fistula produce 650 cc de liq intestinal fecaloide xt sin edemas snc alerta

**Análisis** : pcte estable completo daptomicina urocultivo klebsiella pneumonie sensible 10.000 ufc por lo que se considera no dar mas manejo atb, se revisa fistula con dr niño se considera esperar a que madure mas por lo menos 3 - 4 sem, ya que intentar cierre qco ahora en medio de tanto produccion de liq puede fracasar, se continua igual manejo por nutricion y teo

**Plan** : igual manejo

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 05.08.2013 **Hora** : 15:11

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : \* infectología por el momento paciente sin elevacion de sirs con parcial de orina patológico con cultivo de orina que se interpreta como bacteriuria asintomatica no se modifica conducta se indica alta por infectología, se estará atentos a cualquier requerimiento

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : PEND

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 06.08.2013 **Hora** : 10:04

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25 AÑOS DIAGNOSTICOS: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE C. AISLAMIENTO DE ENTEROBACTER CLOACAE Y ENTEROBACTER AEROGENES EN ORINA D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 3. NEUMONIA MULTILOBAR RESUELTA 4. INFECCION URINARIA 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 - PERITONITIS C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 7. SD DE INMUNOSUPRESION SEVERA TRATADO 8. HEPATOESPLENOMEGALIA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA UROCULTIVO: KLEBSIELLA NEUMONIA RESISTENTE A AMPICILINA, SENSIBLE A LOS DEMÁS MENOR DE 10000 UFC ASINTOMATICA

**Objetivo** : PACIENTE EN SILLA ACOMPAÑADA DE LA MADRE, EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES TA:125/90 FC:78 FR:18 OXIME:98%. RSCRS SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, NO DISTENDIDO. FISTULA ENTEROCUTANEA CON MATERIAL FECALOIDE EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

**Análisis** : ADECUADA EVOLUCION, IGUAL MANEJO POR EL MOMENTO. FAVOR REINICIAR ALITRAQ QUE YA LLEGÒ A ALMACÈN.

**Registro Profesional** : 86-0064

**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

**Fecha** : 06.08.2013 **Hora** : 11:13

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENIAN CONDX ANOTADO REFIERE SENTIRSE BIEN CON MEJORIA CLINICA

**Objetivo** : FC 70 FR 16 A FBERIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUENDAS CP NORMAL ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA 620 CC LIQ FECALOIDE SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS SE CONTINUA SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL Y MAEJO POR TEO

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 194723-04A

## Historia Clínica General

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 07.08.2013 **Hora** : 15:32

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO NIEGA SINTOMATOLOGIA

**Objetivo** : FC 75 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BEIN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 490 CC EN 24 HORAS XT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS CON DISMINUCION DEL PRODUCIDO POR LA FISTULA SE CONTINUA IGUAL MANEJO

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 07.08.2013 **Hora** : 18:30

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA

**Objetivo** : TA 113/86 TAM 96 FC 72X FR 18X TEMPERATURA 36,4°C SO2 100% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO.FISTULA PRODUJO 490 EN 24 HORAS. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : BUENA EVOLUCION

**Plan** : MANEJO MEDICO SEGÚN INDICACION DE ESPECIALISTA

**Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 07.08.2013 **Hora** : 21:51

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO SE REALIZAN CTC DE BARRERA COLOSTOMIA # 100 , BOLSA COLOSTOMIA # 100 , DUODERM CGF 15 X 15 BARRERA LISA 20 CM PARA CURACION POR TEO .

**Análisis** : HOSPITALARIO SE REALIZAN CTC DE BARRERA COLOSTOMIA # 100 , BOLSA COLOSTOMIA # 100 , DUODERM CGF 15 X 15 BARRERA LISA 20 CM PARA CURACION

**Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 08.08.2013 **Hora** : 14:09

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BEIN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD CON FISTULA PRODUCIENDO DE 670 CC DE LIQ INTESTINAL EXT SIN EDEMA SSNC ALERTA

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS SE CONTINUA IGUAL MANEJO

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 08.08.2013 **Hora** : 18:03

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA REFIERE DOLOR PELVICO LEVE. MEJORIA PARCIAL DE LA INCONTINENCIA.

**Objetivo** : TA 112/80 FC 85X FR 18X TEMPERATURA 36,4°C SO2 98% PACIENTE ALERTA, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO.FISTULA PRODUJO 670 EN 24 HORAS. DOLOR LEVE A LA PALPACION EN

## Historia Clínica General

REGIÓN PELVICA. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : ADECUADA EVOLUCION

**Registro Profesional** : 86-0064

**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

**Fecha** : 08.08.2013 **Hora** : 19:28

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HEMATOLOGIA citometria de flujo de aspirado de medula osea: negativo para desorden linfoproliferativo clonal. inmunofenotipo medular sin características patológicas. ya sin requerimiento de filgastrim. posiblemente su cuadro de inmunosupresión medular fue secundaria a sepsis severa.

**Análisis** : .

**Registro Profesional** : 86-0064

**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

**Fecha** : 09.08.2013 **Hora** : 08:53

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUEMAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOSNO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 700 CC EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS TOELRA NET SE REALIZA CURACION CON TEO SE ENCUENTRA DISMINUCION DEL TAMAÑO DE BOTON INTESTINAL SE CONTINUA MANEJO IGUAL

**Plan** : SS ELECTROLITOS

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 09.08.2013 **Hora** : 11:01

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : se realiza ctc de barrera y bolsa de colostomía # 70 necesarias para su manejo .

**Análisis** : .

**Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 09.08.2013 **Hora** : 14:34

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO PACIENTE QUE REFIERE SENTIRSE BIEN , NIEGA DOLOR O OTRA SINTOMATOLOGIA EN EL MOMENTO

**Objetivo** : HIDRATADA, AFEBRIL , FC 74 FR 18 CARA Y CUELLO NORMAL, CON Sonda nasoyeyunal permeable , RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADOS , MURMULLO VESICULAR CONSERVADO , FISTULA CANALIZADA A BOLSA DE COLOSTOMIA APROXIMADAMENTE 50 CC EN EL MOMENTO , NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES SIN EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT

**Análisis** : PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTABLE , SE CONTINUA MANEJO ACTUAL

**Plan** : IGUAL

**Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 10.08.2013 **Hora** : 10:19

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON FISTULA ENTEROCUTANEA REFIERE SENTIRSE BIEN NO FIEBRE TOLERA NET

**Objetivo** : FC 70 FR 16 AFEBRIL MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS CP NORMAL ABD Blando NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 520 CC EN 24 HORAS DE LIQ INTESTINAL SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS LAB DE CONTROL NA 137 K 3.92 P 5.5 HB 10.3 L 3540 N 40.6% PLAQ 237000, SE ORDENA SUSPENDER ENOXAPARINA... PCTE DEAMBULA

**Plan** : SUSPENDER ENOXAPARINA

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 10.08.2013 **Hora** : 12:46

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MEDICO HOSPITALARIO PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, NO DOLOR, AFEBRIL.

**Objetivo** : PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, TRANQUILA EN CAMA S.V TA 100/70, FC 75XMIN, FR

## Historia Clínica General

18XMIN, T 37°C, SO2 98% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, NO RUIDOS SOBREAGREGADOS ABD BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR A LA PALPACION, CON FAJA DE TELA, FISTULA CON ESCASO PRODUCIDO. EXT MOVILES, NO EDEMAS EN MIS SNC NO DEFICIT APARENTE

**Análisis** : PACIENTE CON DX 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PRODUCIDO DE FISTULA EL DIA DE AYER 360CC EN 24H PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL.

**Plan** : IGUAL MANEJO POR CIRUGIA GENERAL **Registro Profesional** : 76-5142

**Responsable** : REBOLLEDO BRICEÑO, INGRID

**Fecha** : 11.08.2013 **Hora** : 09:47

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTECON DX ANOTADO REFEIRE DOLOR EN HIPOGASTRIO AL ORINAR

**Objetivo** : FC80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS CP NORMAL ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 750 CC EN 24 HORAS DIURESIS ESPONTANEA SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE ESTABLE CON FISTULA ENTEROCUTANEA DE ALTO GASTO SE ORDENA HIOSCINA ORAL POR DOLOR AL ORINAR SE CONTINUA IGUAL MANEJO

**Plan** : ISOCINA 10 MG VO CADA 8 HROAS **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 11.08.2013 **Hora** : 14:29

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MEDICO HOSPITALARIO PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, NO DOLOR, AFEBRIL.

**Objetivo** : PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, TRANQUILA EN CAMA S.V TA 118/70, FC 82XMIN, FR 18XMIN, T 37°C, SO2 98% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, NO RUIDOS SOBREAGREGADOS ABD BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR A LA PALPACION, CON FAJA DE TELA, FISTULA CON ESCASO PRODUCIDO. EXT MOVILES, NO EDEMAS EN MIS SNC NO DEFICIT APARENTE

**Análisis** : PACIENTE CON DX 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PRODUCIDO DE FISTULA EL DIA DE HOY 140CC DESDE 7 AM PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, NO SIRS. IGUAL MANEJO POR CIRUGIA GENERAL

**Plan** : IGUAL MANEJO POR CIRUGIA GENERAL **Registro Profesional** : 76-5142

**Responsable** : REBOLLEDO BRICEÑO, INGRID

**Fecha** : 12.08.2013 **Hora** : 08:41

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO REFIERE MEJORIA DEL DOLOR EN HIPOGASTRIO NIEGA FIEBRE TOELRA NET

**Objetivo** : FC 70 FR 16 AFEBRIL ANICTERICA PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BEIN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE LIQ INTESTINAL 580 CC EN 24 HROAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS HOY CON DISMINUCION DEL PRODUCIDO SE CONTINUA IGUAL MANEJO

**Plan** : IGUAL MANEJO **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 12.08.2013 **Hora** : 17:04

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: 1. SEPSIS SEVERA EN RESOLUCION A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28

## Historia Clínica General

04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA. PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, PERO CONTINUA CON DOLOR EN HIPOGASTRIO Y FOSA ILIACA DERECHA AL HACER ESFUERZO PARA ORINAR.

**Objetivo** : TA 95/70 TAM 83 FC 94X'FR 18X' TEMPERATURA 36°C SO2 98% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, CON FAJA DE TELA, FISTULA CON 180 CC PRODUCIDO EN 10 HORAS. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : PACIENTE ESTABLE.

**Plan** : MANEJO MEDICO SEGÚN INDICACION DE ESPECIALISTA. LA DRA. HORMIGA FORMULO HIOSCINA PARA SU DOLOR. CONSIDERO QUE DE CONTINUAR ASI DEFINIR SI SE HACE NEEDED FOR MANAGEMENT OF THE DISEASE

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Fecha** : 13.08.2013 **Hora** : 11:03

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX ANOTADO

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROS FISTULA PRODUCE 540 CC EN 24 HORAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE ESTABLE SE ORDENA DISMINUIR LEV A 40 CC HORA CONTINUA VIGILANCIA DE PRODUCCION POR FISTULA ENTEROCUTANEA

**Plan** : LEV A 40 CC HROA

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 13.08.2013 **Hora** : 14:15

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO REFIERE SENTIRSE BIEN , NIEGA DOLOR , U OTRA SINTOMATOLOGIA EN EL MOMENTO

**Objetivo** : FC 80 FR 17 CARA Y CUELLO NORMAL, SONTA NASO YEYUNAL PERMEABLE , RUIDOPS CARDIACOS RITMICOS NO AGEREGADOS , MURMULLO VESICULAR CONSERVADO , ABDOMEN FISTULA CANALIZADA A BOLSA , PRODUCIDO EN LA NOCHE 150 CC APROX, EN LA MAÑANA 160 CC , EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES , NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE

**Análisis** : PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTABLE

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 14.08.2013 **Hora** : 12:00

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO TOLERA NET NO VOMITO NO FIEBRE NO DISURIA

**Objetivo** : FC 70 FR 18 AFERBILÑ PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOSNO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 540 CC EN 24 HROAS NO BLUMBERG EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMCIAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE MAS CONTROL DE PRODUCIDO POR LA FISTULA SE ORDENA TOMA DE FISTULOGRAFIA, TRANSITO INTESTINAL Y COLON POR ENEMA PARA VERIFICAR PERMEABILIDAD DE TTRACTO INTESTINAL PARA PROGRAMACION DE CIERRE DE FISTULA

**Plan** : TRANSITO INTESTINAL COLON POR ENEMA

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 14.08.2013 **Hora** : 13:14

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO REFIERE SENTIRSE BIEN , NIEGA DOLOR , U OTRA SINTOMATOLOGIA EN EL MOMENTO

**Objetivo** : PA 120/70 FC 80 FR 17 CARA Y CUELLO NORMAL, SONTA NASO YEYUNAL PERMEABLE , RUIDOPS CARDIACOS RITMICOS NO AGEREGADOS , MURMULLO VESICULAR CONSERVADO , ABDOMEN FISTULA CANALIZADA A BOLSA , PRODUCIDO EN LA NOCHE 150 CC APROX, EN LA MAÑANA 120 CC , EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES , NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE NEUROLOGICO SIN PRESNEICA D EDEFICIT MOTOR NI SENSWITIVO PARES SIN ALTERACIONES,

**Análisis** : PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTABLE

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : PEND

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 14.08.2013 **Hora** : 17:09

**Tipo** : Evolución

## Historia Clínica General

**Subjetivo** : HOSPITALARIO SE RENUEVA CTC DE NUTRICION ENTERAL ALITRAQ SOBRES 76 GR 4 SOBRES CADA 12 HORAS .

**Análisis** : . **Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 15.08.2013 **Hora** : 13:29

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO REFIERE SENTIRSE BIEN , NIEGA DOLOR , U OTRA SINTOMATOLOGIA EN EL MOMENTO

**Objetivo** : PA 120/70 FC 80 FR 17 CARA Y CUELLO NORMAL, SONDA NASO YEYUNAL PERMEABLE , RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADOS , MURMULLO VESICULAR CONSERVADO , ABDOMEN FISTULA CANALIZADA A BOLSA , PRODUCIDO EN LA NOCHE 150 CC APROX, EN LA MAÑANA 120 CC , EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES , NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE NEUROLOGICO SIN PRESNEICA D EDEFICIT MOTOR NI SENSITIVO PARES SIN ALTERACIONES,

**Análisis** : PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTABLE

**Plan** : TRANSITO INTESTINAL COLON POR ENEMA **Registro Profesional** : PEND

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 15.08.2013 **Hora** : 16:04

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA ENTEROCUTANEA

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO PRODUCE 520 CC EN 24 H DE LIQ INTESTINAL SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION FAVORABLE FISTULA CON PRODUCCION ESTABLE + /- 500 CC/24 HORAS SE CONTINUA IGUAL MANEJO PDTE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DEL TGI

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 15.08.2013 **Hora** : 17:04

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : nota hospitalario se renueva ctc de glutapak por un mes.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : PEND

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 16.08.2013 **Hora** : 11:12

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO PACIENTE QUE REFIERE SENTIRSE BIEN

**Objetivo** : FC 86 FR 19 CARA Y CUELLO NORMAL, SONDA NASO YEYUNAL PERMEABLE , RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADOS , MURMULLO VESICULAR CONSERVADO , ABDOMEN FISTULA CANALIZADA A BOLSA , EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES , NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE

**Análisis** : PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTABLE , SE REALIZA CTC DE DE STOMAHESIVE PASTA , STOMAHESIVE POLVO , BOLSA COLOSTOMIA #70 , BARRERA COLOSTOMIA # 70

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 16.08.2013 **Hora** : 13:49

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO SE RENUEVA CTC DE OXIBUTINA 5 MG 2 TAB CADA 24 HORAS.

**Análisis** : .

**Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 16.08.2013 **Hora** : 23:49

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA ENTEROCUTANEA Se siente estable, tolerando la NET, hoy con leve dolor abdominal por la curacion

**Objetivo** : FC 70 FR 18 AFEBRIL Hidratada Ventila simetricamente Fistula con barreras de ostomia sin filtracion, abdomen blando sin dolor a la palpacion Sin SIRS

## Historia Clínica General

**Análisis** : Pw permanece estable sin cambios  
**Plan** : igual manejo  
**Responsable** : RODRIGUEZ HOLGUIN, FERNANDO

**Registro Profesional** : 97800

**Fecha** : 17.08.2013 **Hora** : 08:09

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA ENTEROCUTANEA Hoy con menos dolor abdominal.

**Objetivo** : FC 65 FR 16 AFEBRIL Hidratada Ventila simetricamente Abdomen blando sin dolor, fistula cubierta con barreras y bolsa de ostomia bien sellada sin filtraciones Sin SIRS

**Análisis** : Pw permanece estable sin cambios

**Plan** : igual manejo

**Responsable** : RODRIGUEZ HOLGUIN, FERNANDO

**Registro Profesional** : 97800

**Fecha** : 17.08.2013 **Hora** : 13:58

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO REFIERE SENTIRSE BIEN , NIEGA DOLOR , U OTRA SINTOMATOLOGIA EN EL MOMENTO

**Objetivo** : PA 107/73 PAM 97 FC 88 FR 17 CARA Y CUELLO NORMAL, SONDA NASO YEYUNAL PERMEABLE , RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADOS , MURMULLO VESICULAR CONSERVADO , ABDOMEN FISTULA CANALIZADA A BOLSA , PRODUCIDO 50 EN LA MAÑANA , EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES , NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE NEUROLOGICO SIN PRESNEICA D EDEFICIT MOTOR NI SENSITIVO PARES SIN ALTERACIONES,

**Análisis** : PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTABLE

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Registro Profesional** : PEND

**Fecha** : 18.08.2013 **Hora** : 12:22

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : fistula intestinal tipo IV. paciente refiere sentirse bien, tolerando la NET.

**Objetivo** : alerta, colaboradora. fc:100 fr:14. conj semiplaidas, hidratada, cardiopulmonar normal. abdomen cubierto con bolsa de colostomia ha drenado 200 cc hoy. blando y sin dolor.

**Análisis** : estable, ligera taquicardia.

**Plan** : cuantificar producido estricto, vigilar sirs. m

**Responsable** : HERRERA TOBON, MARIO ALAIN

**Registro Profesional** : 1222-94

**Fecha** : 18.08.2013 **Hora** : 15:27

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO REFIERE SENTIRSE BIEN , NIEGA DOLOR , U OTRA SINTOMATOLOGIA EN EL MOMENTO

**Objetivo** : PA 99/70 PAM 85 FC 88 FR 17 CARA Y CUELLO NORMAL, SONDA NASO YEYUNAL PERMEABLE , RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADOS , MURMULLO VESICULAR CONSERVADO , ABDOMEN FISTULA CANALIZADA A BOLSA , PRODUCIDO 50 EN LA MAÑANA , EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES , NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE NEUROLOGICO SIN PRESNEICA D EDEFICIT MOTOR NI SENSITIVO PARES SIN ALTERACIONES,

**Análisis** : PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTABLE

**Plan** : PARA CLINICOS DE CONTROL EL DIA DE MANEJO

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Registro Profesional** : PEND

**Fecha** : 19.08.2013 **Hora** : 12:12

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : fistula intestinal tipo IV. paciente refiere sentirse bien, tolerando la NET.

**Objetivo** : PACIENTE ALERTA, COLABORADORA. FC:85 AFEBRIL FR> :14. TOLERANDO LA NET. HIDRATADA. ABDOMEN BLANDO, DEPRISIBLE, LA FISTULA DRENO 750 CC/ 24H.

**Análisis** : EVOLUCION ESTABLE.

**Plan** : SE CONTINUA IGUAL MANEJO.

**Responsable** : HERRERA TOBON, MARIO ALAIN

**Registro Profesional** : 1222-94

**Fecha** : 19.08.2013 **Hora** : 16:06

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO SE RENUEVA CTC DE CAOLIN PEPTINA QUE VIENE UTILIZANDO A 20 CC CADA 6 HORAS .

**Análisis** : .

**Registro Profesional** : 765612-09

## Historia Clínica General

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 20.08.2013 **Hora** : 10:00

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA CON DX FISTULA ENTEROCUTANEA REFIERE SENTIRSE BIEN TOLERA NET NO DOLOR ABDOMINAL NO FIEBRE

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFECRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICO SNO SOPLOS ABD BLANDO FISTULA PRODUJO 540 CC EN 24 HORAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE CON EVOLUCION CLINICA ADECUADA, PRODUCCION RELATIVAMENTE ESTABLE POR FISTULA ENTEROCUTANEA, TIENE PDTE FISTULOGRAFIA PARA PLANEAR CIERRE DE LA MISMA, SE IC A NUTRICION PARA POSIBLE INICIO DE VO.

**Plan** : IC A NUTRICION PDTE FISTULOGRAFIA **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 20.08.2013 **Hora** : 11:14

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO PACIENTE QUE REFIERE SENTIRSE BIEN , NIEGA SINTOMATOLOGIA EN EL MOMENTO

**Objetivo** : FC 68 FR 17 CON Sonda NASO YEYUNAL , RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADO S, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO , ABDOMEN FISTULA CANALIZADA PRODUCIDO EN LA NOCHE 530 CC , EXTREMIDADES SIN EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE

**Análisis** : PACIENTE CON ESTABILIDAD CLINICA

**Plan** : PENDIENTE INTERCONSULTA DE NUTRICION **Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 21.08.2013 **Hora** : 13:57

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25 AÑOS DX:-FISTULA ENTEROCUTANEA REFIERE SENTIRSE BIEN, NO DOLOR ABDOMINAL, NO EMESIS. TOLERANDO NET.

**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL TA:92/53 FC:84 FR:18 OXIME:98%. RSCSRs SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREAgregados. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, FISTULA CON PRODUCIDO: 630 CC EN 24 HORAS. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

**Análisis** : PCTE ESTABLE, PRODUCIDO DE FISTULA EN CANTIDAD RELATIVA. PENDIENTE REALIZACION DE FISTULOGRAFIA.

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 1556-02

**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 21.08.2013 **Hora** : 15:04

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO REFIERE BUENA TOLERANCIA AL CONSUMO DE COMPOTA NO VOMITO NO DOLOR ABDOMINAL

**Objetivo** : FC 70 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 530 CC EN 24 HROAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE CON EVOLUCION ESTABLE FISTULA ENTEROCUTANEA CON PRODUCIDO CONTROLADAO AHORA CON INICIO DE COMPOTAS CON BUENA TOLERANCIA PDTE FISTULOGRAFIA

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 22.08.2013 **Hora** : 12:02

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE ANOTADO PCTE ESTABLE TOLERANDO LA NET Y LA VO NO FIEBRE NO VOMITO

**Objetivo** : FC 70 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BEIN VENTILAODS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO FISTULA PRODUCE + /- 600 CC EN 24 HROAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE ESTABLE RECIBIENDO COMPOTAS CON BUENA TOLERANCIA SE CONTINUA IGUAL MANEJO PDTE FISTULOGRAFIA PARA PROGRAMACION QCA

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA



**Historia Clínica General**

**Fecha** : 22.08.2013 **Hora** : 13:22  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25 AÑOS DX:-FISTULA ENTEROCUTANEA REFIERE SENTIRSE BIEN, NO DOLOR ABDOMINAL, NO EMESIS. TOLERANDO NET.  
**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL TA:96/63 FC:92 FR:18 OXIME:98%. RSCSR SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREAgregados. ABDOMEN BLANDO, NO DISTENDIDO, FISTULA ENTEROCUTANEA CON PRODUCIDO DE 670 CC EN 24 HORAS. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.  
**Análisis** : PCTE ESTABLE, CONTINUA AUN CON PRODUCIDO RELATIVO POR FISTULA, PENDIENTE REALIZACION DE FISTULOGRAFIA. CONTINUA IGUAL MANEJO POR CIRUGIA GENERAL.  
**Plan** : PENDIENTE FISTULOGRAFIA **Registro Profesional** : 1556-02  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 23.08.2013 **Hora** : 10:33  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25 AÑOS DX:-FISTULA ENTEROCUTANEA REFIERE SENTIRSE BIEN, NO DOLOR ABDOMINAL, NO EMESIS. TOLERANDO NET.  
**Objetivo** : TA:93/60 PAM 74 FC:82 FR:20 OXIME:98%. MUCOSAS HUMEDAS, RSCSR SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREAgregados. ABDOMEN BLANDO, NO DISTENDIDO, FISTULA ENTEROCUTANEA CON PRODUCIDO DE 670 CC EN 24 HORAS. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.  
**Análisis** : PACIENTE CONCIENTE ORIENTADA SIN PRESENCIA DE SIGNOS REFERIDOS.  
**Plan** : PENDIENTE FISTULOGRAFIA IGUAL NO MODIFICAR **Registro Profesional** : PEND  
**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 23.08.2013 **Hora** : 12:28  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX DE FISTULA ENTEROCUTANEA REFIERE BUENA TOLERANCIA A LA VO NO VOMITO NO FIEBRE NO DOLOR ABDOMINAL  
**Objetivo** : FC 72 FR 18 AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDAS RS CS CS RITMICOS NO SOPLOS PULMPNES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 640 CC EN 24 HROAS SNC ALERTA  
**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION FAVORABLE AUMETNO PRODUCIDO POR FISTULA, SE CONTINUA MANEJO IGUAL Y VIGILANCIA CLINICA, PDTER FISTULOGRAFIA  
**Plan** : IGUAL MANEJO **Registro Profesional** : 194723-04A  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 24.08.2013 **Hora** : 12:57  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : HOSPITALARIO PACIENTE QUE REFIERE SENTIRSE MEJOR , EN LAS 6 HORAS DE MAÑANA LLEVA 120 CC DE PRODUCIDO POR FISTULA  
**Objetivo** : AFEBRIL , FC 72 FR 16 CARA Y CUELLO NORMAL, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADOS , MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, ABDOMEN FISTULA CANALIZADA, NO DOLOROSO A LA PALPACION , EXTREMIDADES SIN EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE  
**Análisis** : PACIENTE ESTABLE , SE CONTINUARA PLAN ACTUAL  
**Plan** : IGUAL **Registro Profesional** : 765612-09  
**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 24.08.2013 **Hora** : 15:15  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV REFIERE QUE AYER PRESENTO DOLOR TIPO COLICO, NAUSEAS Y VOMITO EN UNA OCASION REFIERE QUE HOY HA SENTIDO MENOS  
**Objetivo** : FC 80 FR 20 AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 710 CC EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA  
**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SS LAB DE CONTROL MAÑANA  
**Plan** : SS CH Y ELECTROLITOS **Registro Profesional** : 194723-04A  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 25.08.2013 **Hora** : 12:26

## Historia Clínica General

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO PACIENTE QUE REFIERE SENTIRSE BIEN , MANIFIESTA NO HA TENDIDO NUEVOS EPISODIOS DE EMESIS , Y DOLOR EN EPIGASTRIO DESAPARECIO

**Objetivo** : AFEBRIL , FC 74 FR 16 CARA Y CUELLO NORMAL, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADOS , MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, ABDOMEN FISTULA CANALIZADA, PRODUCIDO 120 CC EN 6 HORAS DE LA MAÑANA NO DOLOROSO A LA PALPACION , EXTREMIDADES SIN EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE

**Análisis** : ESTABLE CON CONTROL DE PARACLINICOS: # 2001#RECuento LEUCOCITOS#4.95#4.5 -

10.2#10^3/uL#4.05 #19/08/2013#### #2002#NEUTROFILOS#2.02#2 - 6.9#K/uL#1.38#19/08/2013## ### #2003#LINFOCITOS.#2.10#1.4 - 4.1#K/uL#1.96#19/08/2013## ### #2004#MONOCITOS.#0.46#0 - 0.9#K/uL#0.43#19/08/2013## ### #2005#EOSINOFILOS#0.35#0 - 0.7#K/uL#0.25#19/08/2013## ### #2006#BASOFILOS.#0.02#0 - 0.2#K/uL#0.03#19/08/2013## ### #2007#NEUTROFILOS %.#40.80#37 - 75%#34.10#19/08/2013## ### #2008#LINFOCITOS %.#42.40#20 - 48%#48.40#19/08/2013## ### #2009#MONOCITOS %.#9.30#0 - 12%#10.60#19/08/2013## ### #2010#EOSINOFILOS %.#7.10#0 - 7%#6.20#19/08/2013## ### #2011#BASOFILOS%#0.40#0 - 2.5%#0.70#19/08/2013## ### #2012#RECuento TOTAL DE GLOBULOS ROJOS#3.46#3.8 - 5.4#M/uL #3.59#19/08/2013#### #2013#HEMOGLOBINA#10.90#12 - 16#g/dL#11.10#19/08/2013## ### #2014#HEMATOCRITO.#31.80#36 - 48%#33.60#19/08/2013## ### #2015#VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO#91.90#80 - 100#fL#93.60 #19/08/2013#### #2016#MCH#31.50#27 - 32#pg#30.90#19/08/2013#### #2017#MCHC#34.30#32 - 36.4#g/dL#33.00#19/08/2013#### #2018#RDW-CV.#14.20#11.6 - 15.5%#15.30#19/08/2013## ### #2019#PLAQUETAS#204.0#150 - 450#K/uL#218.0#19/08/2013## ### #2037#MPV#9.40#9 - 13#fL#9.70#19/08/2013#### #Collapse group# Seccion: QUIMICA SANGUINEA #1038#BILIRRUBINA TOTAL#0.43# #mg/dL#0.41#29/07/2013## ### #1039#BILIRRUBINA DIRECTA#0.24# #mg/dL#0.33#29/07/2013## ### #1040#BILIRRUBINA INDIRECTA#0.19# #mg/dL#0.08#29/07/2013## ### #1041#TRANSAMINASA OXALOACETICA#81.0#0 - 31#UI#59.0 #29/07/2013#### #1042#TRANSAMINASA PIRUVICA#220.0#0 - 31#UI#119.0#29/07/2013# ### #1048#PROTEINAS TOTALES#6.8#6.6 - 8.7#g/dL#6.1#29/07/2013# ### #1049#ALBUMINA#4.3#3.5 - 5#g/dL#3.2#29/07/2013## ### #1050#RELACION ALBUMINA GLOBULINA#1.7# # #1.1 #29/07/2013#### #1054#CALCIO SERICO#9.1#8.1 - 10.4#mg/dL#8.1#17/07/2013## ### #1055#FOSFORO EN SUERO#5.7#2.7 - 4.5#mg/dL#5.8#19/08/2013# ### #1063#SMS#NIP# # #NIP#19/08/2013#### #1066#GLOBULINA#2.5# #g/dL#2.9#29/07/2013#### #1237#SODIO EN SUERO.#139.00#136 - 145#mmol/L#138.00 #19/08/2013#### #1238#POTASIO EN SUERO.#3.87#3.3 - 5.1#mmol/L#3.87 #19/08/2013#### #1239#CLORO EN SUERO.#101.0

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 25.08.2013 **Hora** : 16:10

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV, REFIERE AUSENCIA DE EMESIS , Y DESAPARICION DE DOLOR ABDOMINAL

**Objetivo** : FC 76 FR 20 AFEBRIL MUCOSAS ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 300 CC EN 12 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 26.08.2013 **Hora** : 14:19

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX DE FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV REFIERE DISMINUCION DEL DOLOR ABDOMINAL NO VOMITO NO FIEBRE

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PICR MUCOSAS ROSADAS ANICTERICAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 680 CC EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS FISTULA CON AUMENTO DEL PRODUCIDO NO DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO BUEN PERFIL NUTRICIONAL, SS VAL POR NUTRICION PARA AVANCE DE LA VO.

**Plan** : VAL POR NUTRICION PDTE FISTULOGRAFIA

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 26.08.2013 **Hora** : 19:59

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: 1. SEPSIS SEVERA RESUELTA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28

## Historia Clínica General

04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIRONEFROSIS IZQUIERDA

**Objetivo** : TA 120/80 TAM 93 FC 74X'FR 20X TEMPERATURA 36°C SO2 98% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO. FISTULA 270 CC EN 12 HORAS EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : BUENA EVOLUCION.

**Plan** : MANEJO MEDICO SEGÚN INDICACION DE ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER **Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 27.08.2013 **Hora** : 08:42

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV AYER INICIO DIETA LIQUIDA REFIERE UN EPISODIO DE VOMITO SIN DOLOR ABDOMINAL NI OTROS SINTOMAS.

**Objetivo** : FC 70 FR 18 AFEBRIL PIFR ANICTERICA MUCOSAS ROSADAS Y HUEMAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 640 CC EN 24 HROAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE SIN SIRS CONTINUA CON LEVE ASCENSO DE PRODUCIDO POR FISTULA, SE CONTINUA MANEJO Y SE ESPERA EVOLUCION EN CASO DE DISPARARSE EL PRODUCIDO SE SUSPENDERA

**Plan** : SE CONTINUA IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 27.08.2013 **Hora** : 14:09

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: 1. SEPSIS SEVERA RESUELTA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIRONEFROSIS IZQUIERDA

**Objetivo** : TA 110/70 TAM 83 FC 76X'FR 18X TEMPERATURA 36°C SO2 99% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO. FISTULA PRODUCE 600 CC. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : BUENA EVOLUCION.

**Plan** : MANEJO MEDICO SEGÚN INDICACION DE ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER **Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 28.08.2013 **Hora** : 12:04

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MEDICO HOSPITALARIO DX: 1. SAEPSIS EN RESOLUCION 2. POP COLELAP (24/04) 3. FISTULA ENTEROCUTANEA Paciente refiere sentirse bien, dolor abdominal moderado, no nauseas no emesis ni otra sintomatologia.

**Objetivo** : aparentes buenas condiciones generales, afebril, hidratada sin signos de dificultad respiratoria sv ta 102/70 fc 82x/min fr 18x/min so2: 98% conjuntivas rosadas, mucosas humedas, cuello movil, no adenopatias. c/p sin alteraciones. abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpacion, fistula enterocutanea con drenaje escaso, extremidades moviles, pulsos perifericos perceptibles, no edemas. snc orientada en las 3 esferas mentales, sin deficit sensitivo ni motor aparente

**Análisis** : paciente con diagnostico de distula enterocutanea tipo IV cone volucion clinica lenta pero adecuada hacia la mejoría, estable, tolerando via oral. Producido por fistula ayer 12 horas 600cc, hoy 140 cc en 6 horas. dolor abdominal leve sin nauseas o emesis. Manejo medico y quirurgico a cargo de Dra Hormiga Cirujana General, se continua manejo instaurado

**Plan** : se continua manejo medico previamente instaurado se dan recomendaciones a paciente y familiar fistulografia miercoles 04/09 clinica de los remedios

**Registro Profesional** : 151717-11

**Responsable** : PAREDES MARIN, DIANA MARCELA

**Fecha** : 28.08.2013 **Hora** : 17:03

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : cirugia general pcte con dx anotado refiere buenatolerancia a la vo no vomito

**Objetivo** : FC 78 FR 18 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 600 CC EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

## Historia Clínica General

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS PRODUCIDO POR FISTULA ESTABLE SE CONTINUA TTO INSTAURADO  
**Plan** : IGUAL MANEJO  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA  
**Registro Profesional** : 194723-04A

**Fecha** : 29.08.2013 **Hora** : 09:16

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MEDICO HOSPITALARIO DX: 1. SEPSIS ABDOMINAL EN RESOLUCION 2. POP COLELAP (24/04) 3. FISTULA ENTEROCUTANEA GRADO IV PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NO DOLOR, NO NAUSEAS NO EMESIS NI OTRA SINTOMATOLOGIA

**Objetivo** : APARENTES ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SV TA: 97/57 FC: 80XMIN FR: 18XMIN SO2: 99% CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL, NO ADENOPATIAS. C/P SIN ALTERACIONES. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION. FISTULA CON PRODUCCION CONSTANTE, AHORA 60CC EN CISTOFLO. EXTREMIDADES MOVILES, PULSOS PERIFERICOS PERCEPTIBLES, NO EDEMAS. SNC SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE.

**Análisis** : PACIENTE CON HISTORIA DE FISTULA ENTEROCUTANEA SECUNDARIA A MULTIPLES PROCESOS INFECCIOSOS EN CAVIDAD ABDOMINAL POSTERIOR A COLELAP. BUEN ESTADO GENERAL. NO SINTOMATOLOGIA ALGUNA. PRODUCIDO DE FISTULA EN DESCENSO. SE CUANTIFICO 480 CC DURANTE LA NOCHE. MANEJO MEDICO A CARGO DE DRA HORMIGA CIJUNA GENERAL. HEMOGRAMA 28/08: LEUCOS:4620 N:48.1 L:40% HB:11.2 HCTO 33 PLAQ: 198000

**Plan** : SE CONTINUA MANEJO MEDICO PREVIAMENTE INSTAURADO SE DAN RECOMENDACIONES A PACIENTE Y FAMILIAR PENDIENTE REALIZACION DE FISTULOGRAFIA MIERCOLES 29/08/2013  
**Registro Profesional** : 151717-11

**Responsable** : PAREDES MARIN, DIANA MARCELA

**Fecha** : 29.08.2013 **Hora** : 09:53

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMEINA CON DX FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV AHORA ESTBLE SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA NI FIEBRE NI DOLOR ABDOMINAL

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUOCAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 620 CC EN 24 HORAS EXT SIN EDMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE CON PRODUCIDO ESTABLE SIN CAMBIOS EN EVOLUCION TOLERANDO BIEN LA VO

**Plan** : PDTE FISTULOGRAFIA COLON POR ENEMA 30/08/2013  
**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 29.08.2013 **Hora** : 15:21

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO SE ACTUALIZA CTC DE NUTRICION GLUTAPACK QUE REQUIERE SEGUIR UTILIZANDO LA PACIENTE.

**Análisis** : .  
**Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 30.08.2013 **Hora** : 07:52

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV TOLERA LA VIA ORAL NO DOLOR ABDOMINAL NO FIEBRE

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 450CC EN 24 HORAS GU DIURESIS ESPONTANEA SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE CON EVOLUCION FAVORABLE LEVE DISMINUCION DEL PRODUCIDO POR FISTULA ENTEROCUTANEA

PDTE FISTULOGRAFIA Y ESTUDIO DE TRANSITO INTESTINAL PARA PLANEAR RECONSTRUCCION QCA

**Plan** : PDTE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS  
**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 30.08.2013 **Hora** : 17:21

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MEDICO HOSPITALARIO DX: 1. SEPSIS ABDOMINAL EN RESOLUCION 2. POP COLELAP (24/04) 3. FISTULA ENTEROCUTANEA GRADO IV PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NO DOLOR, NO NAUSEAS NO EMESIS NI OTRA SINTOMATOLOGIA. PRODUCIDO POR FISTULA ENTEROCUTANEA: 450 CC EN 24 HORAS

**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL TA:95/63 FC:68 FR:18 OXIME:100%. RSCSRS SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO. FISTULA ENTEROCUTANEA DERECHA. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

**Historia Clínica General**

**Análisis** : PCTE ESTABLE, CON MENOR PRODUCIDO POR FISTULA, YA TIENE CITA PARA EL COLON POR ENEMA PARA EL 10 DE SEPT Y EL TRANSITO INTESTINAL PARA EL 4 SEPT.

**Plan** : CONTINUA EN MANEJO INDICADO POR QX. **Registro Profesional** : 194723-04A  
DIENTE 7285701  
ENEMA 10 SEPT TRANSITO INTESTINAL: 4 SEPT

**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 31.08.2013 **Hora** : 09:58

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA CON DX DE FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV BUENA TOLERANCIA A LA VO Y LA NET NO VOMITO NO FIEBRE

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA DRENA 600 CC EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE SE ORDENA CONTINUAR MANEJO INSTAURADO PDE REALIZACION DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 31.08.2013 **Hora** : 12:49

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: 1. SEPSIS SEVERA RESUELTA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIRONEFROSIS IZQUIERDA PACIENTE DICE QUE SE SIENTE BIEN.

**Objetivo** : TA 96/62 TAM 76 FC 85X' FR 17X' TEMPERATURA 36,1°C SO2 98% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO. FISTULA 130 CC A LAS 9 AM. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : BUENA EVOLUCION.

**Plan** : MANEJO MEDICO SEGÚN INDICACION DE ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER **Registro Profesional** : 194723-04A  
DIENTE 7285701

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 01.09.2013 **Hora** : 08:19

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV NIEGA SINTOMATOLOGIA BUENA TOLERANCIA VO Y NET

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS C RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO FISTULA ENTEROCUTANEA QUE PRODUCE 590 CC EN 24 HORAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCT ESTABLE SIN SIRS EVOLUCION CLINICA FAVORABLE CONTINUA ESPERA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS

**Plan** : IGUAL MANEJO

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 01.09.2013 **Hora** : 14:52

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: 1. SEPSIS SEVERA RESUELTA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIRONEFROSIS IZQUIERDA PACIENTE DICE QUE SE SIENTE BIEN.

**Objetivo** : TA 95/64 TAM 79 FC 91X' FR 19X' TEMPERATURA 36,1°C SO2 97% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO. FISTULA 100 CC EN LA MAÑANA. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : BUENA EVOLUCION.

**Plan** : MANEJO MEDICO SEGÚN INDICACION DE ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER **Registro Profesional** : 194723-04A  
DIENTE 7285701

## Historia Clínica General

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 02.09.2013 **Hora** : 10:33  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA 25 AÑOS CON DX DE FISTULA ENTEROCUTANEO TIPO IV  
**Objetivo** : FC 72 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMOENS BIEN VENTILADOS RS CS RITMICO SNO SOPLOS ABD BLANDO CON FISTULA PRODUCIENDO 600 CC EBN 24 HORAS SNC ALERTA  
**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS EVOLUCION ESTABLE PDTE ESTUDIO IMAGENOLOGICOS  
**Plan** : IGUAL MANEJO **Registro Profesional** : 194723-04A  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 02.09.2013 **Hora** : 19:13  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: 1. SEPSIS SEVERA RESUELTA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PACIENTE REFIERE ESTAR BIEN.  
**Objetivo** : TA 90/60 TAM 73 FC 80X' FR 20X' TEMPERATURA 36°C SO2 98% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO. FISTULA ORIENTADA. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + / + + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.  
**Análisis** : BUENA EVOLUCION.  
**Plan** : MANEJO MEDICO SEGÚN INDICACION DE ESPECIALISTA. CONTINUA PENDIENTE FISTULOGRAFIA Y COLON POR ENEMA. **Registro Profesional** : 762658/01  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 03.09.2013 **Hora** : 12:12  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : cirugía general pcte con dx fistula enterocutanea tipo iv tolera vo no vomito no fiebre  
**Objetivo** : fc 70 fr 16 afebril pifr mucosas rosadas y humedas pulmones bien ventilados rs cs ritmicosno soplos abd blando no doloroso fistula produce 550 cc en 24 hroas liq bilioso ext sin edemas snc alerta  
**Análisis** : pcte estable sin sirs con evolucion clinica favorable sin sirs mañana transito intestinal se continua igual manejo  
**Plan** : transito intestinal mañana **Registro Profesional** : 194723-04A  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 03.09.2013 **Hora** : 13:52  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. EVOLUCION 1. SEPSIS SEVERA RESUELTA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PACIENTE REFIERE ESTAR EN BUENAS CONDICIONES NO EMEISS NO DIARREA NO OTROS.  
**Objetivo** : BUENAS CONDICIONES DE SALUD, NO DISNEA, TA 100/60 TAM 76 FC 80X' FR 20X' TEMPERATURA 36°C SO2 98% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO. FISTULA ORIENTADA. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + / + + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.  
**Análisis** : ESTABLE BUENA EVOLUCION, EESPERANDO PARACLINICOS. TRANSITO INTESTINAL, COLONOSCOPIA.  
**Plan** : PENDIENTE TRANSITO INTESTINAL Y COLONOSCOPIA **Registro Profesional** : PEND  
**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 04.09.2013 **Hora** : 08:00  
**Tipo** : Evolución

## Historia Clínica General

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL DX ANOTADO  
**Objetivo** : PCTE EN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS  
**Análisis** : PCTE EN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS  
**Plan** : PCTE EN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS **Registro Profesional** : 194723-04A  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 04.09.2013 **Hora** : 15:04  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : HOSPITALARIO PACIENTE QUE REFIERE SENTIRSE BIEN , RETORNA DE TRANSITO INTESTINAL ,NO TIENE ACOMPAÑANTE EN EL MOMENTO  
**Objetivo** : HIDRATADA, AFEBRIL, FC 70 FR 15 SONDA NASOYEYUNAL PINZADA, CUELLO NORMAL, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADOS , MURMULLO VESICULAR CONSERVADO , ABDOMEN BLANDO DEPREISBLE, FISTULA CANALIZADA, EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES , NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE  
**Análisis** : PACIENTE ESTABLE , PENDIENTE REPORTE DE ESTUDIO REALIZADO HOY , EL CUAL TRAERA FAMILIAR SEGUN INFORMA  
**Plan** : PENDIENTE REPORTE DE ESTUDIO IMAGENOLOGICO PARA EL DIA 05/09/2013  
**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO **Registro Profesional** : 194723-04A

**Fecha** : 05.09.2013 **Hora** : 11:15  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV REFIERE SENTIRSE BIEN NO VOMITO NO FIEBRE  
**Objetivo** : FC 80 FR 18 AFEBRIL PIFR MICSAS ROSADAS Y HUENDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLADO NO DOLOROSO, FISTULA PRODUCE 860 CC EN 24 HORAS EXT SN EDEMAS SC ALERTA  
**Análisis** : PTE ESTABLE SE LE REALIZO TRANSITOINTESTINAL EL CUAL ESTA EN LIMITES NORMALES... TERMINA EN ILEON DISTA, SITIO DE LA FISTULA, HAY AUMENTO DEL PRODUCIDO POR LA MISMA, EN ESPERA DE COLON POR ENEMA PARA PROGRAMAR CX  
**Plan** : PDTE COLON POR ENEMA **Registro Profesional** : 194723-04A  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 05.09.2013 **Hora** : 18:25  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: 1. SEPSIS SEVERA RESUELTA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PACIENTE DICE QUE SE SIENTE BIEN.  
**Objetivo** : TA 110/70 TAM 83 FC 78X FR 18X TEMPERATURA 36°C SO2 97% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO.FISTULA 220 CC. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.  
**Análisis** : BUENA EVOLUCION.  
**Plan** : MANEJO MEDICO SEGÚN INDICACION DE ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER **Registro Profesional** : 194723-04A

**Fecha** : 06.09.2013 **Hora** : 07:48  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO, TOLERA BIEN VO NO FIEBRE  
**Objetivo** : FC 78 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 600 CC EN 24 HROAS SNC ALERTA NO DEFCIIT  
**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS CON GRAN MEJORIA CLINICA NO SIRS, PTE COLOSTOGRAMA PARA PLANEAR CX SE CONTINUA MANEJO POR TEO Y TX RESPIRATORIA  
**Plan** : IGUAL MANEJO **Registro Profesional** : 194723-04A  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 06.09.2013 **Hora** : 16:36

## Historia Clínica General

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: 1. SEPSIS SEVERA RESUELTA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PACIENTE DICE QUE ESTA MEJOR.

**Objetivo** : TA 102/60 TAM 74 FC 70X FR 17X TEMPERATURA 35,8°C SO2 98% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO. FISTULA PRODUCE 210 CC. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + / + + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : BUENA EVOLUCION.

**Plan** : MANEJO MEDICO SEGUN INDICACION DE REGISTRO PROFESIONAL : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 07.09.2013 **Hora** : 14:02

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: 1. SEPSIS SEVERA RESUELTA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PCTE REFIERE ESTAR BIEN, LE REALIZARON HOY FISTULOGRAFIA, LE ENTREGAN EL REPORTE EN 6 DIAS. PRODUCIDO POR FISTULA EN 24 HORAS: 600 CC.

**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADO, AFEBRIL TA: 95/65 FC: 92 FR: 18 OXIME: 98%. RSCRS SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREAGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, FISTULA EN FLANCO DERECHO. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

**Análisis** : PCTE ESTABLE, PENDIENTE REPORTE DE FISTULOGRAFIA. CONTINUA EN MANEJO PARA LA FISTULA ENTEROCUTANEA.

**Plan** : MANEJO INDICADO POR CIRUGIA GENERAL REGISTRO PROFESIONAL : 1556-02

**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 07.09.2013 **Hora** : 17:13

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO, TOLERA BIEN VO NO FIEBRE

**Objetivo** : TA 100/60 FC 68 FR 18 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 600 CC EN 24 HORAS SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS CON GRAN MEJORIA CLINICA DRENO POR Sonda 600CC

**Plan** : IGUAL MANEJO PENDIENTE REPORTE DE FISTULOGRAFIA REGISTRO PROFESIONAL : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 08.09.2013 **Hora** : 11:24

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: 1. SEPSIS SEVERA RESUELTA A. AISLAMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS

WARNERI EN CULTIVO CVC B. AISLAMIENTO DE S. WARNERI/ HAEMOLYTICUS/ ENTEROBACTER CLOACAE EN SANGRE D. AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN BAL 2. TROMBOFLEBITIS INFECCIOSA DE VENA CAVA INFERIOR CON SOSPECHA DE EMBOLISMO SEPTICO 5. POSOPERATORIA DE: A. COLELAP 23 04 2013 B. LAPAROTOMIA + APENDICECTOMIA MAS LAVADO 28 04 2013 C. LAVADOS ABDOMINALES MULTIPLES (29 04 2013, 30 04 2013, 02 05 2013, 04 05 2013, 20 05 2013, 23 05 2013, 26 05 2013, 30 05 2013) D. CIERRE DE PARED ABDOMINAL 31 05 2013 6. FISTULA ENTEROCUTANEA DE INTESTINO DELGADO DE ALTO GASTO A. ASA INTESTINAL PROTRUIDA 9. HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PCTE REFIERE SENTIRSE BIEN. PRODUCIDO POR FISTULA EN 24 HORAS: 580 CC 08/09/13 LEUCO: 4400 N: 40,2 HB: 11,1 HTO: 32,5 PLAQ: 169000 P: 5 SODIO: 139 POTASIO: 3,73

**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL TA: 89/56 FC: 68 FR: 18 OXIME: 99%. MUCOSA ORAL HUMEDA. RSCRS SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREAGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, FISTULA ENTEROCUTANEA EN FLANCO DERECHO ORIENTADA. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

**Análisis** : PCTE ESTABLE, DISMINUYO EL PRODUCIDO DE LA FISTULA UN POCO CON RESPECTO AL DIA DE AYER. TIENE PROGRAMADO EL COLON POR ENEMA PARA EL 10 SEPT. PARA CLINICOS DENTRO DE LIMITES NORMALES.



## Historia Clínica General

**Plan** : MANEJO POR CIRUGIA GRAL COLON POR ENTEROCUTANEA  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER **Registro Profesional** : 1556-02

**Fecha** : 08.09.2013 **Hora** : 14:26  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO REFIERE BUENA TOLERANCIA A LA VO... DIETA BLANDA NO VOMITO NO FIEBRE NO DOLOR ABDOMINAL  
**Objetivo** : FC 70 FR 18 AFEBRIL PIFR ANICTERICA MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON FISTULA QUE PRODUCE 580 CC EN 24 HROAS SNC ALERTA  
**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION FAVORABLE SE ORDENA CONTINUR DETA BLANDA ASTRINGENTE, NET CICLICA... PRENDER SOLO EN LAS NOCHES, PDTE REPORTE DE FISTULOGRAFIA Y TOMA DE COLOSTOGRAMA, POSIBLE RECONSTRUCCION DE TGI ESTA SEMANA  
**Plan** : COLOCAR NET SOLO EN LAS NOCHES DIETA BLANDA ASTRINGENTE  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA **Registro Profesional** : 194723-04A

**Fecha** : 09.09.2013 **Hora** : 11:08  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX FISTULAENTEROCUTANEA TIPO IV TOLERA LA VO NO DOLOR ABDOMINAL, NO FIEBRE NO VOMITO  
**Objetivo** : FC 70 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROS FISTULA PRODUCE 600 CC EN 24 HORAS SNC ALERTA  
**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS EVOLUCION ADECUADA, PDTE REALIZACION DE COLOSTOGRAMA MAÑANA Y REPORTE DE FISTULOGRAFIA  
**Plan** : MAÑANA COLOSTOGRAMA  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA **Registro Profesional** : 194723-04A

**Fecha** : 09.09.2013 **Hora** : 14:41  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA REALIZADA POR DR MAURICIO ASCUNTAR DX 1. FISTULAENTEROCUTANEA TIPO IV REFIERE SENTIRSE BIEN, TOLERA VIA ORAL, NO FIEBRE.  
**Objetivo** : PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES. SIGNOS VITALES: TA: 100/60 FC 70 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROS FISTULA PRODUCE 600 CC EN 24 HORAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL SNC ALERTA  
**Análisis** : EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA, PDTE REALIZACION DE COLOSTOGRAMA MAÑANA Y REPORTE DE FISTULOGRAFIA. PACIENTE SIN SIGNOS DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA, NO SIRS.  
**Plan** : CONTINUA MANEJO MEDICO POR CX GENERAL  
**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO **Registro Profesional** : 194723-04A

**Fecha** : 10.09.2013 **Hora** : 08:41  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX DE FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV CONTINUA CON BUENA TOLERANCIA A LA VO NO FIEBRE NI VOMITO  
**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 410 CC EN 24 HROAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA  
**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS PDTE HOY COLOSTOGRAMA, SE PROGRAMARA CX ... CIERRE DE FISTULA PARA EL MARTES 17 DE SEPT/13 CON DR NIÑO  
**Plan** : HOY COLOSTOGRAMA  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA **Registro Profesional** : 194723-04A

**Fecha** : 10.09.2013 **Hora** : 11:16  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA REALIZADA POR DR MAURICIO ASCUNTAR DX 1. FISTULAENTEROCUTANEA TIPO IV REFIERE MEJORIA CLINICA, ASINTOMATICA.  
**Objetivo** : PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES. SIGNOS VITALES: TA: 100/60 FC 75 FR 18 T: 36.5 SAT: 98% PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROS FISTULA PRODUCE 410 CC EN 24 HORAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL SNC ALERTA  
**Análisis** : EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA, PDTE REALIZACION DE COLOSTOGRAMA EL DIA DE HOY 10/09/2013 Y REPORTE DE FISTULOGRAFIA. PACIENTE SIN SIGNOS DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA, NO SIRS. VALORADA POR CX GENERAL

## Historia Clínica General

QUIEN CONSIDERA CIERRE DE FISTULA PARA EL MARTES 17 DE SEPT/13 CON DR NIÑO

**Plan** : CONTINUA MANEJO MEDICO POR CX GENERAL. CIERRE DE FISTULA PARA EL MARTES 17 DE SEPT/13 CON DR NIÑO HOY COLOSTOGRAMA CSV-IC

**Registro Profesional** : 1556-02

**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 10.09.2013 **Hora** : 16:26

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA REALIZADA POR DR MAURICIO ASCUNTAR LLEGA REPORTE DE COLON POR ENEMA. TODAS LAS PORCIONES DEL COLON COMO SON AMPOLLA RECTAL, COLON SIGMOIDE, DESCENDENTE, TRASNVERSO, ASCENDENTE Y CIEGO DISTIENDEN ADECUADAMENTE SIN EVIDENCIA DE COMPRESIONES INTRINCECAS O EXTRINCECAS. HAY TUBULIZACION DEL COLON IZQUIERDO POSIBLEMENTE POR DESFUNCIONALIZACION, COLON SIGMOIDE REDUNDANTE, NO HAY LESIONES, MASAS O TRACTOS FISTULOSOS, HAY ADECUADO PASO DEL MEDIO DE CONTRASTE A TRAVEZ DEL COLON, CIEGO EN ADECUADA POSICION EN LA FOSA ILIACA DERECHO, EL ESPACIO PRE-SACRO SE ENCUENTRA CONSERVADO, VALVULA ILEOCECAL COMPETENTE.

**Objetivo** : .

**Análisis** : NOTA REALIZADA POR DR MAURICIO ASCUNTAR LLEGA REPORTE DE COLON POR ENEMA. TODAS LAS PORCIONES DEL COLON COMO SON AMPOLLA RECTAL, COLON SIGMOIDE, DESCENDENTE, TRASNVERSO, ASCENDENTE Y CIEGO DISTIENDEN ADECUADAMENTE SIN EVIDENCIA DE COMPRESIONES INTRINCECAS O EXTRINCECAS. HAY TUBULIZACION DEL COLON IZQUIERDO POSIBLEMENTE POR DESFUNCIONALIZACION, COLON SIGMOIDE REDUNDANTE, NO HAY LESIONES, MASAS O TRACTOS FISTULOSOS, HAY ADECUADO PASO DEL MEDIO DE CONTRASTE A TRAVEZ DEL COLON, CIEGO EN ADECUADA POSICION EN LA FOSA ILIACA DERECHO, EL ESPACIO PRE-SACRO SE ENCUENTRA CONSERVADO, VALVULA ILEOCECAL COMPETENTE.

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 1556-02

**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 11.09.2013 **Hora** : 07:57

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX DE FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV EN EL MOMENTO ESTABLE SIN DOLOR ABDOMINAL SIN VOMITO NI FIEBRE TOLERABLE VO

**Objetivo** : FC 70 FR 18 AFEBRIL MUCOSAS ROSADAS Y HUEMAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD Blando NO DOLOROSO FISTULA PRODUJO 330 CC EN 24 HORAS LIQ INTESTINAL SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE CON ESTUDIOS DE TGI COMPLETOS FISTULOGRAFIA REPORTA FISTULA QUE SE COMUNICA DIRECTAMENTE CON INTESTINO DELGADO, COLOSTOGRAMA CON PORCIONES COLONICAS PERMEABLES Y DE ANATOMIA CONSERVADA, SE EXPLICAN RTDOS A FAMILIARES Y A PCTE, ES APTA PARA PROGRAMAR CX ... CIERRE DE FISTULA EL DIA 17 DE SEPT DE 2013

**Plan** : CONTINUAR DIETA BLANDA Y CUIDADOS PERSONALES

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 11.09.2013 **Hora** : 14:24

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25 AÑOS DX:-FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV REFIERE ESTAR BIEN, TOLERANDO DIETA. PRODUCIDO DE FISTULA EN 24 HORAS AYER:330 CC. HOY LLEVA SOLO 30 CC. REPORTE DE FISTULOGRAFIA:FISTULA ENTEROCUTANEA CON COMUNICACION DIRECTA A INTESTINO DELGADO.

**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL TA:90/56 FC:64 FR:18 OXIME:99%. RSCRS SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, FISTULA ORIENTADA. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

**Análisis** : PCTE ESTABLE, QUIEN YA TIENE TODOS LOS ESTUDIOS DE LA FISTULA, VALORADA POR CIRUGIA GENERAL QUIEN DECIDE LLEVAR A CIERRE DE LA FISTULA EL 17/09/13.

**Plan** : PROGRAMADA PARA CIERRE DE FISTULA POR CIRUGIA GENERAL

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 12.09.2013 **Hora** : 08:03

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX DE FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV TOLERA ADECUADAMENTE LA VO NO VOMITO NO FIEBRE

**Objetivo** : FC 78 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD Blando NO DOLOROSO FISTULA PRODUJO 490 CC EN 24 HORAS SNC ALERTA

**Análisis** : PTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION FAVORABLE PDTE PROGRAMACION CIERRE DE FISTULA EL 17 DE SEPT DE 2013, MAÑANA TOMAR PERFIL NUTRICIONAL 5 AM

**Plan** : LAB DE PERFIL NUTRICIONAL MAÑANA 5 AM

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

## Historia Clínica General

**Fecha** : 12.09.2013 **Hora** : 12:11  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25 AÑOS DX:-FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV REFIERE ESTAR BIEN, TOLERANDO DIETA. PRODUCIDO DE FISTULA EN 24 HORAS:490 CC. HOY LLEVA: 140 CC.  
**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL TA:88/71 FC:64 FR:18 OXIME:99%. RSCSRS SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO. FISTULA ENTEROCUTANEA FLANCO DERECHO CANALIZADA. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.  
**Análisis** : PCTE ESTABLE, SE ENCUENTRA EN PREPARACION PARA SER LLEVADA A CIRUGIA PARA CIERRE DE SU FISTULA. VALORADA POR QX GRAL QUIEN SOLICITA LABORATORIOS DE PERFIL NUTRICIONAL PARA MAÑANA.  
**Plan** : PERFIL NUTRICIONAL MAÑANA **Registro Profesional** : 1556-02  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 13.09.2013 **Hora** : 11:07  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA REALIZADA POR DR MAURICIO ASCUNTAR PCTE 25 AÑOS DX:-FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV REPACIENTE REFIERE MEJORIA CLINICA, ASINTOMATICA, AFEBRIL, HIDRATADA.  
**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL TA:100/70 FC:72 FR:18 OXIME:99%. RSCSRS SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO. FISTULA ENTEROCUTANEA FLANCO DERECHO CANALIZADA. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.  
**Análisis** : PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL HIDRATADA, TOLERANDO VIA ORAL, CON ULTIMO REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA: LEUCOS: 3.63 NEUTROS: 37.4% HGB: 11.1 HTO: 32.5 PLAQ: 168000 BUN: 14.7 CREAT: 0.40 BT: 0.34 BD: 0.21 BI: 0.13 TGO: 37 TGP: 80 ALBUMINA: 3.7 CALCIO: 8.6 FOSFORO: 4.5 NA: 142 K: 3.77 CLORO: 108 MG: 106. EN EL MOMENTO SIN COMPLICACIONES.  
**Plan** : CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO CONTINUA MONITOREO CX GENERAL SV-IC  
**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO **Registro Profesional** : 1556-02

**Fecha** : 13.09.2013 **Hora** : 15:34  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL \*\*\* NOTA DIFERIDA... VALORO PCTE 10 AM\*\*\*\* PCTE CON DX ANOTADO  
**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADA Y HUEMDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLO ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA DRENA 780 CC EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA NO DEFICIT  
**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE PCTE ESTABLE CON AUMENTO DE PRODUCIDO POR FISTULA ENTEROCUTANEA, SE LE REALIZAN LAB DE CONTROL ALBUMINA 3.7 CH L 3630 N 37.4% HB 11.1 PLAQ 168000 NA 142 K 3.77 CL 108 FOSFORO 4.5 CR 0.4 BUN 14.7 TRANSAMINASAS Y BB NORMALES, TP 11.1 TPT 32.1 INR 1.1 SE CONSIDERA PCTE APTA PARA CX SE PROGRAMA CX CON DR FREUD NIÑO MARTES 17 DE SEPT 2PM  
**Plan** : DIETA BLANDA CX MARTES 17/09/2013 **Registro Profesional** : 194723-04A  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 13.09.2013 **Hora** : 18:35  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : SE HACE CTC DE GLUTAPAK  
**Objetivo** : .  
**Análisis** : .  
**Plan** : . **Registro Profesional** : PEND  
**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 14.09.2013 **Hora** : 09:11  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV  
**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADA Y HUEMDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 800 CC EN 24 HORAS SNC ALERTA  
**Análisis** : PCTE ESTABLE SIN SIRS CON GRAN AUMENTO DE PRODUCIDOPORLA FISTULA SE DECIDE SUSPENDER DIETA, SOLO DAR COMPOTAS Y CONTINUAR NET A 60 CC HORA LAS 24 HORAS, SE EXPLICA A PCTE Y FLIAR  
**Plan** : SUSPENDER DIETA BLANDA SOLO DAR COMIDAS LIQUIDAS CC: 180 A LAS 23:00H  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA **Registro Profesional** : 194723-04A

**Historia Clínica General**

**Fecha** : 14.09.2013 **Hora** : 10:43  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA REALIZADA POR DR MAURICIO ASCUNTAR PCTE 25 AÑOS DX:-FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV  
PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA, DRENO 420 EN LA NOCHE Y 800 SOLO EN LA MAÑANA. +  
**Objetivo** : PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SIGNOS VITALES: TA: 86/56 FC: 70 FR: 18 T: 36.5  
NORMOCEFALA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSAS HUMEDAS CUELLO: NO ADENOPATIAS C/P: PULMONES  
VENTILADOS, NO SOBREGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOR,  
COLOSTOMIA FUNCIONANTE, FISTULA QUE DRENO EN LA NOCHE 420CC Y AHORA EN LA MAÑANA 800CC, NO SIGNOS DE  
IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES: SIMETRICAS NO EDEMA, MOVILES SNC: GLASGOW 15/15  
**Análisis** : PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AFEBRIL, HIDRATADA CON TA BAJA, SIN SIGNOS DE  
INESTABILIDAD HEMODINAMICA, DRENO POR FISTULA EN LA NOCHE 420, Y EN LA MAÑANA 800 POR LO QUE ES VALORADA EL DIA  
DE HOY POR CX GENERAL QUIEN CONSIDERA SUSPENDER DIETA BLANDA, DEJAR NET A 60CC/HR PARA 24 HORAS.  
**Plan** : CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO PASAR 300CC DE SSN 0.9% CONTINUA MANEJO POR CX GENERAL  
CSV-IC **Registro Profesional** : 765612-09  
**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 15.09.2013 **Hora** : 09:14  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO REFIERE SENTIRSE BIEN NO VOMITO NO FIEBRE NO DOLOR  
ABDOMINAL  
**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUENDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS  
RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 590 CC EN 24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA  
**Análisis** : PCTE ESTBLE SIN SIRS CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE SE ORDENAN ELECTROLITOS Y FOSFORO PARA  
MAÑANA 5 AM, RESTO IGUAL  
**Plan** : MAÑANA ELECTROLITOS CON FOSFORO 5 **Registro Profesional** : 194723-04A  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 15.09.2013 **Hora** : 11:35  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA REALIZADA POR DR MAURICIO ASCUNTAR PCTE 25 AÑOS DX:-FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV  
REFIERE SENTIRSE BIEN, AFEBRIL, HIDRATADA. DRENO POR FISTULA 400CC.  
**Objetivo** : PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SIGNOS VITALES: TA: 105/80 FC: 82 FR: 18 T: 36.5 SAT:  
98% NORMOCEFALA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSAS HUMEDAS CUELLO: NO ADENOPATIAS C/P: PULMONES  
VENTILADOS, NO SOBREGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOR,  
COLOSTOMIA FUNCIONANTE, FISTULA QUE DRENO EN LA NOCHE 420CC Y AHORA EN LA MAÑANA 400CC, NO SIGNOS DE  
IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES: SIMETRICAS NO EDEMA, MOVILES SNC: GLASGOW 15/15  
**Análisis** : PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE SIRS. VALORADA EL DIA  
DE HOY POR CX GENERAL QUIEN SOLICITA PARACLINICOS PARA MAÑANA.  
**Plan** : CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO SS/ FOSFORO, NA, K, CLORO. CONTINUA MANEJO POR CX GENERAL  
CSV-IC **Registro Profesional** : 762658/01  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 15.09.2013 **Hora** : 15:28  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA REALIZADA POR DR MAURICIO ASCUNTAR SE REALIZA CTC DE OXIBUTIDINA EN PACIENTE CON DX: 1.  
FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV PACIENTE A QUIEN SE LE REALIZA RENOVACION CTC DE OXIBUTIDINA, CON EL FIN DE EVITAR  
INCONTINENCIA URINARIA, POR TRANSTORNOS INCONTROLABLES DE LA MUSCULATURA LISA DE VEJIGA.  
**Objetivo** : .  
**Análisis** : .  
**Plan** : . **Registro Profesional** : 762658/01  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 16.09.2013 **Hora** : 09:51  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX FISTULA ENTEROCUTANEA  
**Objetivo** : FC80 FR 16 AFEBRIL PIFR ANICTERICA MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS  
CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO FISTULA PRODUCE 840CC/24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA  
**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE SE PROGRAMA CX

## Historia Clínica General

PARA MAÑANA 2 PM CON DR FREUD NIÑO ELECTROLITOS DE HOY K 3.7 P 4.5

**Plan** : TURNO PARA CX MAÑANA 2 PM SUSPENDER VO Y NET A LAS 10 PM DE HOY MAÑANA 5AM TOMAR CH Y TP  
TTP INR

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 16.09.2013 **Hora** : 14:05

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MEDICO HOSPITALARIO PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, LEVE DOLOR ABDOMINAL, AFEBRIL.

**Objetivo** : PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES, TRANQUILA EN CAMA S.V TA 90/60, FC 78XMIN, FR 18XMI, T 37°C, SO2 98% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, NO RUIDOS SOBREGREGADOS ABD BLANDO, CON FALA DE TELA, FISTULA DRENANDO 180CC EN LA MAÑANA EXT MOVILES, NO EDEMAS SNC ALERTA, NO DEFICIT APARENTE

**Análisis** : PACIENTE CON DX -FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE, AFEBRIL ELECTROLITOS NORMALES

**Plan** : SE CONTINUA MANEJO INSTAURADO POR CIRUGIA GENERAL MAÑANA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SE SOLICITAN PARACLINICOS

**Registro Profesional** : 76-5142

**Responsable** : REBOLLEDO BRICEÑO, INGRID

**Fecha** : 17.09.2013 **Hora** : 07:29

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO REFIERE BUENA EVOLUCION CLINICA NO DOLOR ABDOMINAL NO VOMITO NO FIEBRE

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO ... FISTULA 500 CC/24 HORAS EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS, HPY TIENE CX LAB DE CONTROL...HB 11.9 plaq 181000 tp 11 tpt 32 inr 1.11, SE DILIGENCIA CONSENTIMIENTO INFORMADO EXPLICANDO RIESGOS Y COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTO, ACEPTAN REALIZACION DE CX.

**Plan** : BAJAR A CX 1 PM

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 17.09.2013 **Hora** : 13:10

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : HOSPITALARIO PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DE SU FAMILIAR , REFIERE SENTIRSE BIEN

**Objetivo** : ALERTA , AFEBRIL , FC 74 FR 16 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADOS , MURMULLO VESICUALR CONSERVADO, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBEL, FISTULA CANALIZADA , EXTREMIDADES SIN EDEMAS ,NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE

**Análisis** : PACIENTE ESTABLE ,S ERA LLEVADA A CIERRE DE FISUTLA

**Plan** : PLAN DEFINIDO CIERRE FISTULA

**Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 17.09.2013 **Hora** : 18:50

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA REALIZADA POR DR MAURICIO ASCUNTAR PACIENTE LLEGA DE CX, CONSILIANDO EL SUEÑO. SIGNOS VITALES: TA: 123/79 PAM: 68 FC: 80 FR: 18 SAT: 99% SE CONTINUAN ORDENES DE CX NVO SNY A DRENAJE HARTMAN A 100 CC HORA RANITIDNA 50 MG IV CADA 8 HORAS DIPIRONA 2 GR IV CADA 6 HORAS TRAMAL 50 MG IV CADA 8 HORAS ONDANSETRON AMP POR 8 MG APLICAR 4 MG IV CADA 8 HORAS ENOXAPARINA 40 MG SC CADA NOCHE SUSPENDER LOPERAMIDA, ALITRAQ, GLUCOPACK, NET CSV IC

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 765612-09

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 18.09.2013 **Hora** : 02:14

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. PACIENTE AHORA EN LA MADRUGADA CON MUCHO DOLOR ABDOMINAL. SE REAJUSTA DOSIS DE TRAMADOL A 50 MG CADA 6 HORAS.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

## Historia Clínica General

**Plan** : . **Registro Profesional** : 762658/01  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 18.09.2013 **Hora** : 11:18  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS POP CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV, REFIERE DOLOR PERILESIONAL ESTUVO CON VOMITO DE CONTENIDO CALRO DURANTE LA NOCHE QUE CEDIO CON ONDANSETRON, NO FIEBRE.  
**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMOENS BEIN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO HERIDA QCA SANA SIN SIGNSO DE INFECCION NO SECRECIONES PERISTALTISMO PRESENTE SNY SIN DRENAJE DIURESIS ESPONTANEA 66 CC HORA SNC ALERTA  
**Análisis** : PCTE ESTABLE CON EVOLUCION POP FAVORABLE AHORA CON DOLOR EN PARED ABDOMINAL PERO SIN BLUMBERG CON MUY BUEN PERISTALTISMO, SE COMETA CON DR NIÑO Y NUTRICIONISTA, SE DECIDE INICIO DE ESTIMULO CON NET PERATIVE A 5 CC HORA, SE OPTIMIZA ANALGESIA CON MEPERIDINA 30 MG IV CADA 4 HROAS, SE ORDENA MOVILIZAR SILLA - CAMA, SE REALIZA CURACION DE HERIDA SIN COMPLCIAICOENS  
**Plan** : NET A ESTIMULO... PERATIVE A 5 CC HORA MEPERIDINA 1 AMP POR 100 MG DILUIR A 10 CC Y APLICAR 3 CC EV CADA 4 HROAS RESTO IGUAL **Registro Profesional** : 194723-04A  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 18.09.2013 **Hora** : 12:35  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25 AÑOS DX:-FISTULA ENTEROCUTANEA IV -POP CIERRE DE FISTULA (17/09/13) PCTE HA ESTADO CON DOLOR INTENSO, NO EMESIS.  
**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL, ALGICA TA:118/83 FC:72 FR:18 OXIME:99%. RSCSRS SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREAgregados. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, DOLOROSO A LA PALPACION, PERISTALSIS POSITIVA. HERIDA QX LIMPIA SIN SECRECION. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.  
**Análisis** : PCTE ESTABLE, POP EVOLUCION FAVORABLE, HA ESTADO ALGICA. CIRUGIA GRAL ORDENA ANALGESIA CON MEPERIDINA E INICIA ESTIMULO CON PERATIVE. SE PRESCRIBE NUEVAMENTE LA MEPERIDINA COMO UNA AMPOLLA CADA 8 HORAS YA QUE ME INFORMA ENFERMERIA QUE PARA PODER HACER EL PEDIDO DEBE QUEDAR DICHA PRESCRIPCION DE ESA FORMA PARA QUE LE ALCANZE EL MEDICAMENTO HASTA MAÑANA A LAS 6:00 PM. SE DEBE ADMINISTRAR: DILUIR 1 AMP EN 10 CC Y APLICAR 3 CC IV CADA 4 HORAS.  
**Plan** : MANEJO INDICADO POR CIRUGIA GENERAL **Registro Profesional** : 1556-02  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 18.09.2013 **Hora** : 16:00  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA REALIZADA POR DR MAURICIO ASCUNTAR SE ATIENDE LLAMADO DE ENFERMERIA QUIEN DESPUES DE LA ADMINISTRACION DE MEPERIDINA INICIO CON RASH CUTANEO. SE SUSPENDE MEDICACION SE ORDENA DOSIS UNICA DE HIDROCORTISONA. SI DOLOR SE AJUSTARA ANALGESICOS.  
**Objetivo** : .  
**Análisis** : .  
**Plan** : . **Registro Profesional** : 765612-09  
**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Fecha** : 19.09.2013 **Hora** : 10:12  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS POP TERCER DIA CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV... TOLERO NET, 1 EPISODIO DE VOMITO ESCASO DE CONTENIDO LIQ INTESTINAL, NO FIEBRE, MEJORIA DEL DOLOR ABDOMINAL, AUN NO EXPULSA FLATOS NO HA HECHO DEPOSICIONES.  
**Objetivo** : FC 80 FR 20 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BEIN VENTILADOSRS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO DEPRESIBLE CON LVE DOLOR A L APALACION SIN BLUMBERG DIURESIS + /-1500 CC EN 24 HROAS SNC ALERTA NO DEFICIT  
**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA, EVOLUCION POP FAVORABLE, TOLERA INICIO DE ESTIMULO CON NET, POR LO QUE SE DECIDE AUMENTAR A 10 CC HORA, SE CONTINUA IGUAL MANEJO  
**Plan** : NET A 10 CC HORA MOVILIZAR SILLA - CAMA **Registro Profesional** : 194723-04A  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

## Historia Clínica General

**Fecha** : 19.09.2013 **Hora** : 15:53  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA REALIZADA POR DR MAURICIO ASCUNTAR PCTE 25 AÑOS DX:-FISTULA ENTEROCUTANEA IV -POP CIERRE DE FISTULA (17/09/13) REFIERE SENTIRSE BIEN, NO HA HECHO DEPOSICION, NO FIEBRE.  
**Objetivo** : PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES. SIGNOS VITALES:TA: 114/86 FC 90 FR 20 T: 36.5 SAT: 98% PIFR, ORL: SONDA NASOYEYUNAL, MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BEIN VENTILADOSRS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD: CUBIERTO CON FAJA, BLANDO DEPRESCIBLE CON LEVE DOLOR A LA PALPACION SIN BLUMBERG DIURESIS + /-1500 CC EN 24 HROAS SNC ALERTA NO DEFICIT  
**Análisis** : PACIENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA, AFEBRIL, HIDRATADA. CONTINUAR MANEJO INSTAURADO POR CX GENERAL.  
**Plan** : CONTINUA MANEJO INSTAURADO POR CX GENERAL NET A 10 CC HORA MOVILIZAR SILLA - CAMA RESTO IGUAL  
**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

**Registro Profesional** : 765612-09

**Fecha** : 20.09.2013 **Hora** : 07:29  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE POP 4TO DIA CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV, REFIERE VOMITO EN VARIAS OCASIONES...ANOCHES CON SENSACION DE "DESESPERO Y FOGAJE" DESPUES DE LA APLICACION DE LA DIPIRONA IV. NO FIEBRE, CONTINUA CON DOLOR ABDOMINAL, NO EXPULSA FLATOS NI HACE DEPOSICIONES.  
**Objetivo** : FC 88 FR 18 AFEBRIL ANICTERICA MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BEIN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD HERIDA QCA SIN SIGNOS DE INFECCION CON EQUIMOSIS PERILESIONAL INFRAUMBILICAL TENUE NO DRENA A LA PRESION, PERISTALTISMO PRESENTE, DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL SIN BLUMBERG DIURESIS 100 CC / HORA SNC ALERTA NO DEFICIT  
**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON DOLOR ABDOMINAL Y VOMITO, SE SUSPENDIO TRAMAL Y DIPIRONA SE DEJA MEPERIDINA 20 MG DILUIDOS EN 100 CC PARA PASAR GOTEIO LENTO. SS PARACLINICOS DE CONTROL  
**Plan** : MOVILIZAR SILLA - CAMA Y DEAMBULAR NVO SNY A DRENAJE HARTMAN 100 CC HORA DAD 10% A 30 CC HORA MEPERIDIAN AMP POR 100 MG DILUIR A 10 CC, EXTRAER 2 CC DE LA MEZCLA Y APLICARLOS EN BOLSA DE 100 CC DE SS CADA 6 HROAS SUSPENDER DIPIRONA Y TRAMAL SS CH, ELECTROCARDIOGRAMA EN VIGILANCIA CLINICA Estricta  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Registro Profesional** : 187223-023

**Fecha** : 20.09.2013 **Hora** : 13:48  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE 25 AÑOS DX:-FISTULA ENTEROCUTANEA IV -POP CIERRE DE FISTULA (17/09/13) PCTE YA HA ESTADO CON EL DOLOR MAS CONTROLADO, PERO PRESENTO NUEVAMENTE UN EPISODIO DE EMESIS EN CANTIDAD MODERADA DE CONTENIDO BILIOSO. 20/09/13 LEUCO:4330 N:72,7 L:20,6 HB:10,8 HTO:31,1 PLAQ:175000 P:2,6 SODIO:135 POTASIO:3,99 CL:101 PCR:22,4 G ARTE: PH:7,35 PCO2:17,7 PO2:172,7 HCO3:9,7 PAFI:822,4 DIURESIS:2,75 CC/K/H  
**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL TA:106/74 FC:96 FR:20 OXIME:100%. MUCOSA ORAL HUMEDA. RSCSR SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO. HERIDA QX LIMPIA. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE. SNY SIN DRENAJE.  
**Análisis** : PCTE QUE CONTINUA CON INTOLERANCIA A LA VIA, GASES ARTERIALES INDICAN MARCADA ACIDOSIS METABOLICA COMPENSANDO CON CAIDA DE PCO2. SE COMENTA CON LA DRA HORMIGA QUIEN ME INDICA QUE VENDRA A VALORAR LA PCTE JUNTO CON EL DR NIÑO Y SE HARAN LOS CAMBIOS RESPECTIVOS TAN PRONTO LA VALOREN.  
**Plan** : SE ESPERA CONCEPTO DE CIRUGIA GENERAL  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Registro Profesional** : 1556-02

**Fecha** : 20.09.2013 **Hora** : 14:57  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE CON DX ANOTADO SE REVISAN PARACLINICOS... ACIDOSIS METABOLICA, HB 10.6, K 3.9  
**Objetivo** : FC 100 FR 20 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUENDAS CP NORMAL ABD HERIDA SIN SANGRADO AREA DE EQUIMOSIS INFRAUMBILICAL DE 3 CM DE DIAMETRO, ABD BALNDO DEPRESCIBLE SIN BLUMBERG PERSITALTISMO PRESENTE SNC ALERTA NO DEFICIT  
**Análisis** : SE VALORA PCTE CON DR FREUD NIÑO...PCTE ESTABLE SIN SIRS SE CONSIDERA QUE NO PRESENTA SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EN BUEN ESTADO GENERAL, SE ORDENA INICIAR INGESTA DE AROMATICAS, DEAMBULAR  
**Plan** : DAR AROMATICAS HARTMAN 500 CC BOLSA DE 100 CC  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Registro Profesional** : 194723-04A

## Historia Clínica General

**Fecha** : 21.09.2013 **Hora** : 10:03  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV POP DE CIERRE DE FISTULA - RESECCION DE INTESTINO DELGADO Y ANASTOMOSIS T-T TOLERA DIETA LIQUIDA UN EPISODIO DE VOMITO ESCASO DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO EXPULSO FLATOS E HIZO DEFECACION  
**Objetivo** : FC 88 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADA Y HUEMAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON DOLOR PERILESIONAL EQUIMOSIS INFRAUMBILICAL DE 2 CM (EPIDERMOLISIS???) NO CRENA A LA PRESION NO BLUMBERG EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA  
**Análisis** : PCTE ESTBALE SIN SIRS CON EVOLUCION FAVORABLE SE CONTINUA DIETA LIQUIDA CLARA, LEV, ANALGESIA Y DEMABULACION  
**Plan** : LIQUIDA CLARA DEAMBULAR RESTO IGUA **Registro Profesional** : 194723-04A  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 21.09.2013 **Hora** : 15:11  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: -FISTULA ENTEROCUTANEA IV -POP CIERRE DE FISTULA (17/09/13) PACIENTE DICE ESTAR MUY BIEN.  
**Objetivo** : TA 110/80 TAM 92 FC 76 FR 18X´TEMPERATURA 35,9°C SO2 99% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO. SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA EN CURACIONES LIMPIA Y SECA. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.  
**Análisis** : BUENA EVOLUCION.  
**Plan** : DR. NIÑO INDICA DIETA LIQUIDA COMPLETA **Registro Profesional** : 762658/01  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 22.09.2013 **Hora** : 00:26  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO PCTE REFIERE QUE ESTA CON DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO, YA LE COLOCARON LA MEPERIDINA PERO ME DICE QUE ESTA LE QUITA EL DOLOR GENERALIZADO PERO NO EL COLICO. HOY NO HA PRESENTADO EMESIS, SOLO NAUSEAS Y ERUCTOS.  
**Objetivo** : CONCIENTE, HIDRATADA, AFEBRIL TA:118/83 FC:62 FR:18 OXIME:98%. MUCOSA ORAL HUMEDA. RSCSR SIN SOPLOS. PULMONES VENTILADOS NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE AREA QX. EXTREM SIMETRICAS SIN EDEMA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.  
**Análisis** : PCTE ESTABLE, SE ENCUENTRA CON DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO QUE NO CEDE LA MEPERIDINA. EL TRAMADOL LE GENERA EMESIS AL IGUAL QUE LA DIPIRONA. ORDENO DOSIS UNICA DE BUSCAPINA SIMPLE IV.  
**Plan** : BUSCAPINA SIMPLE 1 AMP IV DOSIS UNICA **Registro Profesional** : 1556-02  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

**Fecha** : 22.09.2013 **Hora** : 09:11  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX FISTULA ENTEROCUTANEA TIPO IV POP DE CIERRE DE FISTULA - RESECCION DE INTESTINO DELGADO Y ANASTOMOSIS T-T Refiere anoche presentar colicos severos que mejoraron con dosis unica de hioscina. Deposiciones diarreas no emesis, tolera la dieta liquida clara.  
**Objetivo** : FC 85 FR 16 AFEBRIL movilizandose en la habitacion, hidratada abdomen blando depresible con dolor leve en el area quirurgica. Herida sana, con pequeño hematoma drenando por parte inferior pero sin signos inflamatorios ni infecciosos. Peristaltismo (+ ).  
**Análisis** : Evolucionando satisfactoriamente sin signos de filtracion de la anastomosis, la hda esta sana. Lleva 5 dias sin aporte proteico calórico adecuado, y teniendo en cuenta que se trata de un apaciente de alto riesgo nutricional, comento la pte con cirujana tratante Dra Paola Hormiga y consideramos reiniciar NET oligomerica continua mientras se logra avanzar via oral con adecuado aporte diario.  
**Plan** : Avanzar a dieta liquida completa sin lacteos- hipograsa NET perative inciar 20 cc/hr y aumentar 10 cc/hr cada 4 hrs segun tolerancia hasta 60 cc/hr maximo. Movilizar y deambular por hab **Registro Profesional** : 97800  
**Responsable** : RODRIGUEZ HOLGUIN, FERNANDO

**Fecha** : 22.09.2013 **Hora** : 11:04  
**Tipo** : Evolución  
**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: -FISTULA ENTEROCUTANEA IV -POP CIERRE DE FISTULA (17/09/13) PACIENTE DICE ESTAR MUY BIEN.



## Historia Clínica General

**Objetivo** : TA 110/70 TAM 83 FC 76X´ FR 18X´ TEMPERATURA 36°C SO2 98% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO. HERIDA QUIRURGICA LIMPIA Y SECA. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : BUENA EVOLUCION.

**Plan** : DR. RODRIGUEZ ORDENA INICIAR NET POR SNY PERATIVE INCIAR 20 CC/HR Y AUMENTAR 10 CC/HR CADA 4 HRS SEGUN TOLERANCIA HASTA 60 CC/HR MAXIMO.

**Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 23.09.2013 **Hora** : 07:27

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE POP 7MO DIA CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEO, BUENA TOELRANCIA A LA VO NO VOMITO NO FIEBRE MEJORIA DEL DOLRO ABDOMINAL, REFIERE DOLRO EN HIPOGASTRIO CON LA MICCION SIN DISURIA NI POLAQUIURIA. HACE DEPOSICIONES BLANDAS Y EXPULSA FLATOS

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL ANICTERICA MUCOSAS ROSADAS Y HUENDAS PULMOENS BEIN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLROOSO HERIDA QCA SANA SIN SECRECIONES PERISTALTISMO PRESENTE LEVE DOLRO A LA PALAPCION NO BLUMBERG EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA

**Análisis** : PCTE HEMODINAMCIAMENTE ESBTALE TOELRANDO ADECUADAMENTE LA NET Y LA DIETA LIQUIDA, SE ORDENA AUEMNTAR A DIETA BLANDA, NET IGUAL, DEAMBULAR LEV A 50 CC HORA MAÑANA TOMAR PO

**Plan** : MAÑANA PO 5AM LEV A 50 CC HORA DIETA BLANDA. **Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 23.09.2013 **Hora** : 16:45

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. SE RENUEVA CTC DE ONDANSETRON.

**Objetivo** : .

**Análisis** : .

**Plan** : .

**Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 23.09.2013 **Hora** : 17:26

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA HOSPITALARIO. IDX: -FISTULA ENTEROCUTANEA IV -POP CIERRE DE FISTULA (17/09/13) PACIENTE HIDRATADA, ALERTA AFEBRIL.

**Objetivo** : TA 110/70 TAM 83 FC 76X´ FR 18X´ TEMPERATURA 36°C SO2 98% C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO. HERIDA QUIRURGICA LIMPIA Y SECA. EXT: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADOS. PULSOS + + + /+ + + FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SNC GLASGOW 15/15 SIN FOCALIZACIONES.

**Análisis** : BUENA EVOLUCION.

**Plan** : DRA HORMIGA AVANZA DIETA A BLANDA. **Registro Profesional** : 762658/01

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Fecha** : 24.09.2013 **Hora** : 09:20

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS POP 8VO DIA CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA, EN EL MOMENTO REFIERE LEVE DOLOR CON LA MICCION EN HIPOGASTRIO SIN DISURIA NO FIEBRE NO VOMITO TOLERA DIETA Y NET

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIOEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO NO DOLOROSO HERIDA QCA SANA SIN COLECCIONES NO BLUMBERG PERISTLATISMO PRESENTE DIURESIS 1800 CC EN 24 HORAS SNC ALERT no deficit

**Análisis** : PCTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIRS CON MEJORIA CLINICA EVIDENTE POR AHORA SE ORDENA TOMA DE UROANALISIS POR DOLO A LA MICCION, SE ORDENA CONTINAUR DIETA BLANDA Y NET EN LAS NOCHES, SUSPENDER LEV Y ANALGESIA CON MEPERIDINA SOLO EN CASO DE DOLOR.

**Plan** : NOM: DIETA BLANDA NET CICLICA... SOLO EN LAS NOCHES SUSPENDER LEV DEJAR TH ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 6 HORAS MEPERIDINA SOLO EN CASO DE DOLRO ONDANSETRON SOLO EN CASO DE VOMITO SUSPENDER RANITIDINA OMEPRAZOL 1 CAP EN AYUNAS TOMAR PO AHORA

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 24.09.2013 **Hora** : 10:32

## Historia Clínica General

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA REALIZADA POR DR MAURICIO ASCUNTAR IDX: -FISTULA ENTEROCUTANEA IV -POP CIERRE DE FISTULA (17/09/13) REFIERE LEVE DOLOR EN HIPOGASTRIO CON LA MICCION.

**Objetivo** : PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES. SIGNOS VITALES: TA: 130/70 FC 71 FR 16 AFEBRIL NORMOCEFALA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSAS HUMEDAS CUELLO: NO ADENOPATIAS C/P: PULMONES VENTILADOS, NO SOBREGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS ABDOMEN: BLANDO, CUBIERTO CON FAJA, LEVE DOLOR A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EXTREMIDADES: SIMETRICAS, NO EDEMA, MOVILES SNC: GLASGOW 15/15

**Análisis** : PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE SIRS, CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA, VALORADA POR CX GENERAL, QUIEN CONSIDERA SUSPENDER LEV, ANALGESICOS SOLO SI DOLOR, ONDANSETRON SOLO SI EMESIS. SE SOLICITO UROANALISIS PARA DESCARTAR POSIBLE CAUSA DE DOLOR ANIVEL DE HIPOGASTRIO AUNQUE NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA URINARIA.

**Plan** : CONTINUAR MANEJO INSTAURADO POR MED TRATANTE. DIETA BLANDA NET CICLICA... SOLO EN LAS NOCHES SUSPENDER LEV DEJAR TH ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 6 HORAS MEPERIDINA SOLO EN CASO DE DOLRO ONDANSETRON SOLO EN CASO DE VOMITO SUSPENDER RANITIDINA Y UNAS TOMAR PO AHORA

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 25.09.2013 **Hora** : 10:42

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON DX DE FISTULA ENTEROCUTANEA, POP DE RESECCION INTESTINAL Y ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL DE ILEON DISTAL. AHORA CON LEVE DOLRO PERILESIONAL TOLERANDO ADECUADAMENTE LA VO Y LA NET NO VOMITO

**Objetivo** : FC 80 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSA ROSADA Y HUMEDA PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDOS NO DOLOROSO, HERIDA QCA SANA CON EQUIMOSIS PERILESIONAL SIN COLECCIONES NI DRENAJE EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE HEMODINAMCIAMENTE ESTBLE EVOLUCION POP FAVORABLE SE LE SOLICITO UROANALISIS EL CUAL ESTA DENTRO DE LIMITES NORMALES, SE COMENTO CON UROLOGO DR LONDOÑO, ORDENA CONTINUA OXIBUTINA CADA NOCHE POR 15 DIAS MAS Y VAL AMBULATORIA PARA ESTUDIOS URODINAMICOS, SE RETIRA SNY, SE CONTINUA DIETA ALTA EN FIBRA, SE SOLCIITA VAL POR NUTRICIONM Y TEO PARA EDUCACION, SALIDA MAÑANA

**Plan** : RETIRO DE SNY SUSPENDER NET, SUSPENDER ENOXAPARINA OXIBUTINA 5 MG VO CADA NOCHE POR 15 DIAS DIETA BLANDA ALTA EN FIBRA EDUCACION POR NUTRICION

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

**Fecha** : 25.09.2013 **Hora** : 11:25

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : NOTA MEDICO HOSPITALARIO -FISTULA ENTEROCUTANEA IV -POP CIERRE DE FISTULA (17/09/13) SIN PRESENICA DE SINTOMAS REFERIDOS, SIN PRESENICA DE OTROS.

**Objetivo** : BUENAS CONDICIONES GENERALES SIN PRESENICA DE DISNEA. SIGNOS VITALES: TA: 110/70 FC 71 FR 16 AFEBRIL NORMOCEFALA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSAS HUMEDAS CUELLO: NO ADENOPATIAS C/P: PULMONES VENTILADOS, NO SOBREGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS ABDOMEN: BLANDO, CUBIERTO CON FAJA, LEVE DOLOR A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EXTREMIDADES: SIMETRICAS, NO EDEMA, MOVILES SNC: GLASGOW 15/15

**Análisis** : PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE NO HA RELIZADO DEPOSICION HACE TRES DIAS, EN EL MOMENTO ESPERANDO EVOLUCION CON EL FIN DE DEFINIR EGRESO

**Plan** : IGUAL TTO INDICADO POSIBLE EGRESO

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

**Fecha** : 26.09.2013 **Hora** : 08:50

**Tipo** : Evolución

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL PCTE FEMENINA DE 25 AÑOS POP CIERRE FISTULA ENTEROCUTANEA 10°DIA, BUENA TOLERANCIA A LA VO, LEVE DOLRO PERILESIONAL EN SITIO DE HERIDA QCA, NO DOLOR BAODMIAL, NO VOMITO, NO FIEBRE, EXPULSA FLATOS Y HACE DEPOSICIONES.

**Objetivo** : FC 72 FR 16 AFEBRIL PIFR MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS PULMONES BIEN VENTILADOS RS CS RITMICOS NO SOPLOS ABD BLANDO CON HERIDA QCA SANA ESCASA SALIDA DE LIQ SEROHEMATICO NO FETIDO, NO COLECCIONES, NO BLUMBERG DIURESIS ESPONTANEA ADECUADA EXT SIN EDEMAS SNC ALERTA NO DEFICIT

**Análisis** : PCTE CON POP FAVORABLE TOLERANDO ADECUADAMENTE LA DIETA SIN SIRS, SE CONSIDERA ALTA CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, FUE VALORADA POR NUTRICION Y TERAPIA ENTEROSTOMAL, DIERON EDUCACION, SE DA SALIDA, SE EXPLICA CLARAMENTE SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR COMO DOLRO ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE, VOMITO, AUSENCIA DE EXPULSION DE FLATOS O DE DEPOSICION. FAMILIAR Y PCTE ENTIENDEN. SE DA INCAPACIDAD MEDICA POR

## Historia Clínica General

20 DIAS MAS A PARTIR DEL ALTA, CITA AMBULATORIA CON CX GRAL, UROLOGIA, TERAPIA FISICA, NUTRICION Y TERAPIA ENTEROSTOMAL.

**Plan** : SALIDA CON SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR COMO DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE, VOMITO, AUSENCIA DE EXPULSION DE FLATOS O DE DEPOSICION. FAMILIAR Y PCTE ENTIENDEN. SE DA INCAPACIDAD MEDICA POR 20 DIAS MAS A PARTIR DEL ALTA, CITA AMBULATORIA CON CX GRAL, UROLOGIA, TERAPIA FISICA, NUTRICION Y TERAPIA ENTEROSTOMAL.

**Registro Profesional** : 194723-04A

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

## Medicamentos

**Fecha** : 25.05.2013 / 05:31

**Responsable** : MUÑOZ REINOSA, LUIS FELIPE

**Medicamento** : DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP

**Presentación** : SOLUCION

**Dosis** : 1 AMP

**Via Adm.** : INTRA-VENOSA

**Frecuencia** : CADA 6 HORAS

**Medicamento** : ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML

**Presentación** : SOLUCION

**Dosis** : 1 JEP

**Via Adm.** : SUBCUTANEA

**Frecuencia** : CADA 24 HORAS (1 DIA)

**Medicamento** : ERTAPENEM 1 G POLVO INY

**Presentación** : POLVO

**Dosis** : 1 VIA

**Via Adm.** : INTRA-VENOSA

**Frecuencia** : CADA 24 HORAS (1 DIA)

**Medicamento** : RANITIDINA 50 MG/2ML AMP

**Presentación** : SOLUCION

**Dosis** : 1 AMP

**Via Adm.** : INTRA-VENOSA

**Frecuencia** : CADA 8 HORAS

**Medicamento** : AMPICILINA 1 G POLVO INY

**Presentación** : POLVO

**Dosis** : 1 VIA

**Via Adm.** : INTRA-VENOSA

**Frecuencia** : CADA 6 HORAS

**Fecha** : 25.05.2013 / 05:44

**Responsable** : MUÑOZ REINOSA, LUIS FELIPE

**Medicamento** : OCTREOTIDA 0.1 MG AMP 1ML

**Presentación** : SOLUCION

**Dosis** : 1 AMP

**Via Adm.** : SUBCUTANEA

**Frecuencia** : CADA 12 HORAS

**Fecha** : 25.05.2013 / 05:52

**Responsable** : MUÑOZ REINOSA, LUIS FELIPE

**Medicamento** : DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP

**Presentación** : SOLUCION

**Dosis** : 1 AMP

**Via Adm.** : INTRA-VENOSA

**Frecuencia** : DOSIS UNICA

**Fecha** : 25.05.2013 / 13:04

**Responsable** : CERON DAZA, JAIR

**Medicamento** : NUTRICION PARENTERAL OLICLINOMEL 2000ML

**Presentación** : EMULSION

**Dosis** : 1 BOL

**Via Adm.** : PARENTERAL

**Frecuencia** : CADA 24 HORAS (1 DIA)

**Fecha** : 26.05.2013 / 02:55

**Responsable** : URREGO GRUESO, GUSTAVO

**Medicamento** : ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML

**Presentación** : SOLUCION

**Dosis** : 1 JEP

**Via Adm.** : PARENTERAL

**Frecuencia** : CADA 24 HORAS (1 DIA)

**Medicamento** : ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML

**Presentación** : SOLUCION

**Dosis** : 1 JEP

**Via Adm.** : PARENTERAL

**Frecuencia** : CADA 24 HORAS (1 DIA)

**Medicamento** : ERTAPENEM 1 G POLVO INY

**Presentación** : POLVO

**Dosis** : 1 VIA

**Via Adm.** : PARENTERAL

**Frecuencia** : CADA 12 HORAS

**Medicamento** : ERTAPENEM 1 G POLVO INY

**Presentación** : POLVO

**Dosis** : 1 VIA

**Via Adm.** : PARENTERAL

**Frecuencia** : CADA 12 HORAS

**Medicamento** : OCTREOTIDA 0.1 MG AMP 1ML

**Presentación** : SOLUCION

**Dosis** : 1 AMP

**Via Adm.** : PARENTERAL

**Frecuencia** : CADA 12 HORAS

**Medicamento** : OCTREOTIDA 0.1 MG AMP 1ML

**Historia Clínica General**

<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION PARENTERAL OLICLINOMEL 2000ML		
<b>Presentación</b>	: EMULSION	<b>Dosis</b>	: 1 BOL
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION PARENTERAL OLICLINOMEL 2000ML		
<b>Presentación</b>	: EMULSION	<b>Dosis</b>	: 1 BOL
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Fecha</b>	: 26.05.2013 / 09:37		
<b>Responsable</b>	: CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO		
<b>Medicamento</b>	: RANITIDINA 50 MG/2ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: RANITIDINA 50 MG/2ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Medicamento</b>	: DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Fecha</b>	: 26.05.2013 / 09:41		
<b>Responsable</b>	: CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO		
<b>Medicamento</b>	: AMPICILINA 1 G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Medicamento</b>	: AMPICILINA 1 G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Fecha</b>	: 26.05.2013 / 10:43		
<b>Responsable</b>	: OSUNA PEREZ, MÓNICA		
<b>Medicamento</b>	: LOSARTAN TAB 50 MG		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Medicamento</b>	: LOSARTAN TAB 50 MG		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Fecha</b>	: 26.05.2013 / 15:02		
<b>Responsable</b>	: OSUNA PEREZ, MÓNICA		
<b>Medicamento</b>	: ERTAPENEM 1 G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: ERTAPENEM 1 G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Fecha</b>	: 27.05.2013 / 16:13		
<b>Responsable</b>	: GIRALDO VINA SCO, LEYDI ALEJANDRA		
<b>Medicamento</b>	: ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 JEP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION PARENTERAL OLICLINOMEL 2000ML		
<b>Presentación</b>	: EMULSION	<b>Dosis</b>	: 1 BOL
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION PARENTERAL OLICLINOMEL 2000ML		
<b>Presentación</b>	: EMULSION	<b>Dosis</b>	: 1 BOL
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Medicamento</b>	: RANITIDINA 50 MG/2ML AMP		

## Historia Clínica General

<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: RANITIDINA 50 MG/2ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Fecha</b>	: 29.05.2013 / 21:14		
<b>Responsable</b>	: NARVAEZ ZULETA, JORGE		
<b>Medicamento</b>	: TYGACIL 50 MG POLVO		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 2 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Medicamento</b>	: TYGACIL 50 MG POLVO		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 2 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Fecha</b>	: 29.05.2013 / 21:23		
<b>Responsable</b>	: NARVAEZ ZULETA, JORGE		
<b>Medicamento</b>	: FLUCONAZOL 200MG/100ML VIAL		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 400 MG
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Medicamento</b>	: FLUCONAZOL 200MG/100ML VIAL		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 400 MG
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Fecha</b>	: 29.05.2013 / 23:56		
<b>Responsable</b>	: CALLE URIBE, XIMENA		
<b>Medicamento</b>	: TRAMADOL 50 MG/ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Medicamento</b>	: TRAMADOL 50 MG/ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Fecha</b>	: 30.05.2013 / 12:37		
<b>Responsable</b>	: TORRES NUÑEZ, LUISA FERNANDA		
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION PARENTERAL+ LIPIDO HASTA 2000ML		
<b>Presentación</b>	: EMULSION	<b>Dosis</b>	: 1 BOL
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION PARENTERAL+ LIPIDO HASTA 2000ML		
<b>Presentación</b>	: EMULSION	<b>Dosis</b>	: 1 BOL
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Fecha</b>	: 30.05.2013 / 12:57		
<b>Responsable</b>	: NARVAEZ ZULETA, JORGE		
<b>Medicamento</b>	: TYGACIL 50 MG POLVO		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Medicamento</b>	: TYGACIL 50 MG POLVO		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Fecha</b>	: 31.05.2013 / 11:12		
<b>Responsable</b>	: NARVAEZ ZULETA, JORGE		
<b>Medicamento</b>	: FOSFATO DE POTASIO 4.4MEQ/ML AMP 10ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 3 ML
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Medicamento</b>	: FOSFATO DE POTASIO 4.4MEQ/ML AMP 10ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 3 ML
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Fecha</b>	: 31.05.2013 / 11:37		
<b>Responsable</b>	: NARVAEZ ZULETA, JORGE		
<b>Medicamento</b>	: FOSFATO DE POTASIO 4.4MEQ/ML AMP 10ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 30 ML
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: FOSFATO DE POTASIO 4.4MEQ/ML AMP 10ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 30 ML
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)

## Historia Clínica General

Fecha	: 01.06.2013 / 10:38		
Responsable	: NARVAEZ ZULETA, JORGE		
Medicamento	: NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 1 SOB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Fecha	: 01.06.2013 / 10:46		
Responsable	: NARVAEZ ZULETA, JORGE		
Medicamento	: NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 1 SOB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Medicamento	: NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 1 SOB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Fecha	: 02.06.2013 / 13:07		
Responsable	: GOMEZ CUENCA, DIANA		
Medicamento	: ESCITALOPRAM 10 MG TABLETA RECUBIERTA		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 1 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Fecha	: 02.06.2013 / 13:09		
Responsable	: GOMEZ CUENCA, DIANA		
Medicamento	: CLONAZEPAM 2.5 MG/ML GOT 20ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 2 GTS
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Medicamento	: CLONAZEPAM 2.5 MG/ML GOT 20ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 2 GTS
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Fecha	: 02.06.2013 / 18:45		
Responsable	: AYALA VARELA, JULIANA		
Medicamento	: ONDANSETRON 8 MG/4ML AMP		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Medicamento	: BISACODILO TAB 5 MG		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 1 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Medicamento	: BISACODILO TAB 5 MG		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 1 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Fecha	: 03.06.2013 / 13:18		
Responsable	: GOMEZ CUENCA, DIANA		
Medicamento	: TRAZODONA TAB 50 MG		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 1 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Medicamento	: TRAZODONA TAB 50 MG		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 1 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Fecha	: 04.06.2013 / 02:11		
Responsable	: ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER		
Medicamento	: FLUCONAZOL 200MG/100ML VIAL		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 200 MG
Via Adm.	: INTRA-VENOSA	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Medicamento	: FLUCONAZOL 200MG/100ML VIAL		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 200 MG
Via Adm.	: INTRA-VENOSA	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Fecha	: 06.06.2013 / 17:02		
Responsable	: CALLE URIBE, XIMENA		
Medicamento	: FOSFATO DE POTASIO 4.4MEQ/ML AMP 10ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 10 ML
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: DOSIS UNICA
Medicamento	: FOSFATO DE POTASIO 4.4MEQ/ML AMP 10ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 10 ML
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: DOSIS UNICA

**Historia Clínica General**

Fecha	: 08.06.2013 / 14:54		
Responsable	: NARVAEZ ZULETA, JORGE		
Medicamento	: OCTREOTIDA 0.1 MG AMP 1ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Medicamento	: OCTREOTIDA 0.1 MG AMP 1ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Fecha	: 10.06.2013 / 09:01		
Responsable	: CANO ALVAREZ, JENNIFFER		
Medicamento	: OMEPRAZOL 40 MG AMP		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: INTRA-VENOSA	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Fecha	: 13.06.2013 / 20:39		
Responsable	: OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO		
Medicamento	: ONDANSETRON 8 MG/4ML AMP		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Medicamento	: ONDANSETRON 8 MG/4ML AMP		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Fecha	: 14.06.2013 / 08:38		
Responsable	: ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER		
Medicamento	: OCTREOTIDA 0.1 MG AMP 1ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: SUBCUTANEA	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Medicamento	: OCTREOTIDA 0.1 MG AMP 1ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: SUBCUTANEA	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Fecha	: 14.06.2013 / 18:36		
Responsable	: HORMIGA, PAOLA ANDREA		
Medicamento	: LOPERAMIDA TAB 2 MG		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 1 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Fecha	: 14.06.2013 / 18:36		
Responsable	: HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA		
Medicamento	: LOPERAMIDA TAB 2 MG		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 1 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Fecha	: 14.06.2013 / 18:36		
Responsable	: HORMIGA, PAOLA ANDREA		
Medicamento	: CAOLIN PECTINA SUSP ORAL FCO 120 ML		
Presentación	: SUSPENSION	Dosis	: 10 ML
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Medicamento	: CAOLIN PECTINA SUSP ORAL FCO 120 ML		
Presentación	: SUSPENSION	Dosis	: 10 ML
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Fecha	: 18.06.2013 / 10:06		
Responsable	: GOMEZ CUENCA, DIANA		
Medicamento	: CLONAZEPAM 2.5 MG/ML GOT 20ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 2 GTS
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Medicamento	: CLONAZEPAM 2.5 MG/ML GOT 20ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 2 GTS
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Fecha	: 19.06.2013 / 08:27		
Responsable	: PAREDES MARIN, DIANA MARCELA		
Medicamento	: FUROSEMIDA 20 MG AMP 2ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: DOSIS UNICA
Medicamento	: FUROSEMIDA 20 MG AMP 2ML		

**Historia Clínica General**

<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Fecha</b>	: 19.06.2013 / 08:28		
<b>Responsable</b>	: PAREDES MARIN, DIANA MARCELA		
<b>Medicamento</b>	: FUROSEMIDA 20 MG AMP 2ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 0,5 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Medicamento</b>	: FUROSEMIDA 20 MG AMP 2ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 0,5 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Fecha</b>	: 19.06.2013 / 19:00		
<b>Responsable</b>	: CANO ALVAREZ, JENNIFFER		
<b>Medicamento</b>	: TRAMADOL 50 MG/ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: SUBCUTANEA	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Medicamento</b>	: TRAMADOL 50 MG/ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: SUBCUTANEA	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Fecha</b>	: 20.06.2013 / 09:05		
<b>Responsable</b>	: OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO		
<b>Medicamento</b>	: ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 JEP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Medicamento</b>	: ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 JEP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Medicamento</b>	: VANCOMICINA 500 MG POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 2 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Medicamento</b>	: VANCOMICINA 500 MG POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 2 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Medicamento</b>	: CEFALOTINA 1G VIAL POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 2 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Medicamento</b>	: CEFALOTINA 1G VIAL POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 2 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Fecha</b>	: 20.06.2013 / 09:12		
<b>Responsable</b>	: OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO		
<b>Medicamento</b>	: CEFEPIMA 1G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: CEFEPIMA 1G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Fecha</b>	: 20.06.2013 / 22:23		
<b>Responsable</b>	: OSUNA PEREZ, MÓNICA		
<b>Medicamento</b>	: CEFEPIMA 1G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 2 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: CEFEPIMA 1G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 2 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: VANCOMICINA 500 MG POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 2 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Medicamento</b>	: VANCOMICINA 500 MG POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 2 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Medicamento</b>	: OMEPRAZOL 40 MG AMP		



**Historia Clínica General**

<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: OMEPRAZOL 40 MG AMP		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: LOPERAMIDA TAB 2 MG		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: LOPERAMIDA TAB 2 MG		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: GENTAMICINA 40 MG AMP 1ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: GENTAMICINA 40 MG AMP 1ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Fecha</b>	: 21.06.2013 / 00:15		
<b>Responsable</b>	: LENIS OREJUELA, JOHANA LIZBETH		
<b>Medicamento</b>	: CEFEPIMA 2G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: CEFEPIMA 2G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Fecha</b>	: 21.06.2013 / 01:50		
<b>Responsable</b>	: OSUNA PEREZ, MÓNICA		
<b>Medicamento</b>	: ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 JEP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 JEP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Fecha</b>	: 21.06.2013 / 01:55		
<b>Responsable</b>	: LENIS OREJUELA, JOHANA LIZBETH		
<b>Medicamento</b>	: OCTREOTIDA 0.1 MG AMP 1ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: SUBCUTANEA	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: OCTREOTIDA 0.1 MG AMP 1ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: SUBCUTANEA	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Fecha</b>	: 21.06.2013 / 03:37		
<b>Responsable</b>	: LENIS OREJUELA, JOHANA LIZBETH		
<b>Medicamento</b>	: ALPRAZOLAM TAB 0.25 MG		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: ALPRAZOLAM TAB 0.25 MG		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Fecha</b>	: 21.06.2013 / 05:02		
<b>Responsable</b>	: OSUNA PEREZ, MÓNICA		
<b>Medicamento</b>	: MORFINA 10MG/1ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 2 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: AHORA
<b>Medicamento</b>	: MORFINA 10MG/1ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 2 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: AHORA
<b>Fecha</b>	: 21.06.2013 / 05:11		
<b>Responsable</b>	: OSUNA PEREZ, MÓNICA		
<b>Medicamento</b>	: MORFINA 10MG/1ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 2 AMP

**Historia Clínica General**

<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: AHORA
<b>Medicamento</b>	: MORFINA 10MG/1ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 2 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: AHORA
<b>Fecha</b>	: 21.06.2013 / 07:56		
<b>Responsable</b>	: TORRES NUÑEZ, LUISA FERNANDA		
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION PARENTERAL+ LIPIDO HASTA 2000ML		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 BOL
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION PARENTERAL+ LIPIDO HASTA 2000ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 BOL
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Fecha</b>	: 21.06.2013 / 11:31		
<b>Responsable</b>	: GIRALDO VINA SCO, LEYDI ALEJANDRA		
<b>Medicamento</b>	: TIOPENTAL 1 G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Medicamento</b>	: TIOPENTAL 1 G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Fecha</b>	: 21.06.2013 / 14:18		
<b>Responsable</b>	: JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO		
<b>Medicamento</b>	: MEROPENEM 1 G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: MEROPENEM 1 G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Fecha</b>	: 22.06.2013 / 23:01		
<b>Responsable</b>	: JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO		
<b>Medicamento</b>	: AMIKACINA 500 MG AMPOLLA 2ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 2 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: AMIKACINA 500 MG AMPOLLA 2ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 2 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: DORIPENEM 500MG POLVO INY VIAL		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 2 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: DORIPENEM 500MG POLVO INY VIAL		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 2 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: COLISTINA 150 MG POLVO VIAL		
<b>Presentación</b>	: POLVO LIOFILIZADO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: INTRA-VENOSA	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: COLISTINA 150 MG POLVO VIAL		
<b>Presentación</b>	: POLVO LIOFILIZADO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: INTRA-VENOSA	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Fecha</b>	: 23.06.2013 / 11:23		
<b>Responsable</b>	: RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO		
<b>Medicamento</b>	: CEFEPIMA 2G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: CEFEPIMA 2G POLVO INY		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Fecha</b>	: 23.06.2013 / 14:17		
<b>Responsable</b>	: RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO		
<b>Medicamento</b>	: CLEMASTINA 2MG /2ML AMP 2ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: AHORA

## Historia Clínica General

Medicamento	: CLEMASTINA 2MG /2ML AMP 2ML	Dosis	: 1 AMP
Presentación	: SOLUCION	Frecuencia	: AHORA
Via Adm.	: PARENTERAL		
Fecha	: 23.06.2013 / 21:41		
Responsable	: JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO		
Medicamento	: VANCOMICINA 500 MG POLVO INY	Dosis	: 3 VIA
Presentación	: POLVO	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Via Adm.	: PARENTERAL		
Medicamento	: VANCOMICINA 500 MG POLVO INY	Dosis	: 3 VIA
Presentación	: POLVO	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Via Adm.	: PARENTERAL		
Fecha	: 23.06.2013 / 21:42		
Responsable	: JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO		
Medicamento	: COLISTINA 150 MG POLVO VIAL	Dosis	: 1 VIA
Presentación	: POLVO LIOFILIZADO	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Via Adm.	: INTRA-VENOSA		
Medicamento	: COLISTINA 150 MG POLVO VIAL	Dosis	: 1 VIA
Presentación	: POLVO LIOFILIZADO	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Via Adm.	: INTRA-VENOSA		
Medicamento	: DORIPENEM 500MG POLVO INY VIAL	Dosis	: 2 VIA
Presentación	: POLVO	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Via Adm.	: PARENTERAL		
Medicamento	: DORIPENEM 500MG POLVO INY VIAL	Dosis	: 2 VIA
Presentación	: POLVO	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Via Adm.	: PARENTERAL		
Fecha	: 24.06.2013 / 06:51		
Responsable	: CASTILLO, JOSE LUIS		
Medicamento	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG	Dosis	: 2 TAB
Presentación	: TABLETA	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Via Adm.	: ORAL		
Medicamento	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG	Dosis	: 2 TAB
Presentación	: TABLETA	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Via Adm.	: ORAL		
Fecha	: 24.06.2013 / 12:39		
Responsable	: GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA		
Medicamento	: CUBICIN (DAPTOMICINA) 350MG POLVO VIAL	Dosis	: 1 VIA
Presentación	: POLVO	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Via Adm.	: PARENTERAL		
Medicamento	: CUBICIN (DAPTOMICINA) 350MG POLVO VIAL	Dosis	: 1 VIA
Presentación	: POLVO	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Via Adm.	: PARENTERAL		
Medicamento	: LINEZOLID 600MG/300ML (2MG/ML) BOLSA	Dosis	: 600 MG
Presentación	: SOLUCION	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Via Adm.	: PARENTERAL		
Medicamento	: LINEZOLID 600MG/300ML (2MG/ML) BOLSA	Dosis	: 600 MG
Presentación	: SOLUCION	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Via Adm.	: PARENTERAL		
Fecha	: 24.06.2013 / 15:40		
Responsable	: ERAZO CORAL, JORGE ARTURO		
Medicamento	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG	Dosis	: 2 TAB
Presentación	: TABLETA	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Medicamento	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG	Dosis	: 2 TAB
Presentación	: TABLETA	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Fecha	: 24.06.2013 / 18:39		
Responsable	: CASTILLO, JOSE LUIS		
Medicamento	: ANIDULAFUNGINA 100 MG VIAL 100MG	Dosis	: 2 VIA
Presentación	: POLVO	Frecuencia	: DOSIS UNICA
Via Adm.	: INTRA-VENOSA		
Medicamento	: ANIDULAFUNGINA 100 MG VIAL 100MG		

## Historia Clínica General

<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 2 VIA
<b>Via Adm.</b>	: INTRA-VENOSA	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Fecha</b>	: 25.06.2013 / 16:25		
<b>Responsable</b>	: URIBE POSSO, LAURA PATRICIA		
<b>Medicamento</b>	: DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Medicamento</b>	: DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Fecha</b>	: 26.06.2013 / 01:04		
<b>Responsable</b>	: SALAS CUESTAS, FABIAN ALEXANDER		
<b>Medicamento</b>	: ANIDULAFUNGINA 100 MG VIAL 100MG		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: INTRA-VENOSA	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: ANIDULAFUNGINA 100 MG VIAL 100MG		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: INTRA-VENOSA	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Fecha</b>	: 27.06.2013 / 00:54		
<b>Responsable</b>	: MONTES CIFUENTES, LINA		
<b>Medicamento</b>	: DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Medicamento</b>	: DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: DOSIS UNICA
<b>Medicamento</b>	: HIDROCORTISONA 100 MG POLVO		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: HIDROCORTISONA 100 MG POLVO		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Fecha</b>	: 28.06.2013 / 11:10		
<b>Responsable</b>	: GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA		
<b>Medicamento</b>	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Medicamento</b>	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Fecha</b>	: 29.06.2013 / 11:40		
<b>Responsable</b>	: MONTES CIFUENTES, LINA		
<b>Medicamento</b>	: LOSARTAN TAB 50 MG		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Medicamento</b>	: LOSARTAN TAB 50 MG		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Fecha</b>	: 29.06.2013 / 23:09		
<b>Responsable</b>	: JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO		
<b>Medicamento</b>	: AMLODIPINO 5 MG TAB		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Medicamento</b>	: AMLODIPINO 5 MG TAB		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Fecha</b>	: 30.06.2013 / 20:54		
<b>Responsable</b>	: GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA		
<b>Medicamento</b>	: LOSARTAN TAB 50 MG		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 2 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS

## Historia Clínica General

Medicamento	: LOSARTAN TAB 50 MG		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 2 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Fecha	: 01.07.2013 / 13:52		
Responsable	: CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO		
Medicamento	: AMLODIPINO 5 MG TAB		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 2 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Medicamento	: AMLODIPINO 5 MG TAB		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 2 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Fecha	: 01.07.2013 / 14:15		
Responsable	: CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO		
Medicamento	: HIDROCORTISONA 100 MG POLVO		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 1 VIA
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Medicamento	: HIDROCORTISONA 100 MG POLVO		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 1 VIA
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Fecha	: 03.07.2013 / 09:53		
Responsable	: CASTILLO, JOSE LUIS		
Medicamento	: METOPROLOL 50 MG TAB		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 0,5 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Medicamento	: METOPROLOL 50 MG TAB		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 0,5 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Fecha	: 03.07.2013 / 13:19		
Responsable	: GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA		
Medicamento	: LOPERAMIDA TAB 2 MG		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 1 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 4 HORAS
Medicamento	: LOPERAMIDA TAB 2 MG		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 1 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 4 HORAS
Fecha	: 05.07.2013 / 18:08		
Responsable	: JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO		
Medicamento	: ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 JEP
Via Adm.	: SUBCUTANEA	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Medicamento	: ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 JEP
Via Adm.	: SUBCUTANEA	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Fecha	: 06.07.2013 / 17:08		
Responsable	: CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO		
Medicamento	: HIDROXICINA 25 MG / 10 ML POTE 120ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 0,08333333333 POT
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Medicamento	: HIDROXICINA 25 MG / 10 ML POTE 120ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 0,08333333333 POT
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Fecha	: 07.07.2013 / 23:23		
Responsable	: SIERRA, NICOLAS ANDRES		
Medicamento	: DIPIRONA 1G/2ML (50%) AMP		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Medicamento	: DIPIRONA 1G/2ML (50%) AMP		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Fecha	: 08.07.2013 / 02:10		
Responsable	: SIERRA, NICOLAS ANDRES		

## Historia Clínica General

Medicamento	: DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP	Dosis	: 1 AMP
Presentación	: SOLUCION	Frecuencia	: DOSIS UNICA
Via Adm.	: PARENTERAL		
Medicamento	: DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP	Dosis	: 1 AMP
Presentación	: SOLUCION	Frecuencia	: DOSIS UNICA
Via Adm.	: PARENTERAL		
Fecha	: 08.07.2013 / 18:08		
Responsable	: CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO		
Medicamento	: GLUCONATO DE K 31% FCO 180ML	Dosis	: 15 ML
Presentación	: SOLUCION	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Medicamento	: GLUCONATO DE K 31% FCO 180ML	Dosis	: 15 ML
Presentación	: SOLUCION	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Fecha	: 09.07.2013 / 06:34		
Responsable	: RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO		
Medicamento	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG	Dosis	: 2 TAB
Presentación	: TABLETA	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Medicamento	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG	Dosis	: 2 TAB
Presentación	: TABLETA	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Fecha	: 11.07.2013 / 13:59		
Responsable	: CASTILLO, JOSE LUIS		
Medicamento	: AMIKACINA 500 MG AMPOLLA 2ML	Dosis	: 2 AMP
Presentación	: SOLUCION	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Via Adm.	: INTRA-VENOSA		
Medicamento	: AMIKACINA 500 MG AMPOLLA 2ML	Dosis	: 2 AMP
Presentación	: SOLUCION	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Via Adm.	: INTRA-VENOSA		
Medicamento	: DORIPENEM 500MG POLVO INY VIAL	Dosis	: 2 VIA
Presentación	: POLVO	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Via Adm.	: INTRA-VENOSA		
Medicamento	: DORIPENEM 500MG POLVO INY VIAL	Dosis	: 2 VIA
Presentación	: POLVO	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Via Adm.	: INTRA-VENOSA		
Fecha	: 12.07.2013 / 08:09		
Responsable	: GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA		
Medicamento	: FILGASTRIM 300 MCG / 0.5 ML JERPRE 0.5ML	Dosis	: 1 JEP
Presentación	: SOLUCION	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Via Adm.	: PARENTERAL		
Medicamento	: FILGASTRIM 300 MCG / 0.5 ML JERPRE 0.5ML	Dosis	: 1 JEP
Presentación	: SOLUCION	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Via Adm.	: PARENTERAL		
Fecha	: 14.07.2013 / 00:16		
Responsable	: LENIS OREJUELA, JOHANA LIZBETH		
Medicamento	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG	Dosis	: 2 TAB
Presentación	: TABLETA	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Medicamento	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG	Dosis	: 2 TAB
Presentación	: TABLETA	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Fecha	: 14.07.2013 / 10:31		
Responsable	: MONTES CIFUENTES, LINA		
Medicamento	: OMEPRAZOL 20 MG CAP	Dosis	: 1 CAP
Presentación	: CAPSULA	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Medicamento	: OMEPRAZOL 20 MG CAP	Dosis	: 1 CAP
Presentación	: CAPSULA	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Fecha	: 14.07.2013 / 10:56		

**Historia Clínica General**

<b>Responsable</b>	: MONTES CIFUENTES, LINA		
<b>Medicamento</b>	: AMLODIPINO 5 MG TAB		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Medicamento</b>	: AMLODIPINO 5 MG TAB		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Fecha</b>	: 14.07.2013 / 16:19		
<b>Responsable</b>	: MONTES CIFUENTES, LINA		
<b>Medicamento</b>	: GANCICLOVIR 500 MG VIAL 500MG		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Medicamento</b>	: GANCICLOVIR 500 MG VIAL 500MG		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 1 VIA
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Fecha</b>	: 15.07.2013 / 12:48		
<b>Responsable</b>	: GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA		
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 4 SOB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 4 SOB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Fecha</b>	: 16.07.2013 / 09:05		
<b>Responsable</b>	: CASTILLO, JOSE LUIS		
<b>Medicamento</b>	: LOPERAMIDA TAB 2 MG		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 2 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: LOPERAMIDA TAB 2 MG		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 2 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Fecha</b>	: 16.07.2013 / 09:06		
<b>Responsable</b>	: CASTILLO, JOSE LUIS		
<b>Medicamento</b>	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Medicamento</b>	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG		
<b>Presentación</b>	: TABLETA	<b>Dosis</b>	: 1 TAB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Fecha</b>	: 16.07.2013 / 19:06		
<b>Responsable</b>	: RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO		
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION ENTERAL GLUTAPAK R 15 G SOBRE		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 3 SOB
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION ENTERAL GLUTAPAK R 15 G SOBRE		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 3 SOB
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Fecha</b>	: 23.07.2013 / 08:08		
<b>Responsable</b>	: RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO		
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION ENTERAL GLUTAPAK R 15 G SOBRE		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 3 SOB
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION ENTERAL GLUTAPAK R 15 G SOBRE		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 3 SOB
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 4 SOB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE		
<b>Presentación</b>	: POLVO	<b>Dosis</b>	: 4 SOB
<b>Via Adm.</b>	: ORAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)

## Historia Clínica General

Medicamento	: OMEPRAZOL 20 MG CAP	Dosis	: 1 CAP
Presentación	: CAPSULA	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Medicamento	: OMEPRAZOL 20 MG CAP	Dosis	: 1 CAP
Presentación	: CAPSULA	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Medicamento	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG	Dosis	: 1 TAB
Presentación	: TABLETA	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Fecha	: 23.07.2013 / 08:10		
Responsable	: RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO		
Medicamento	: ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML	Dosis	: 1 JEP
Presentación	: SOLUCION	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Via Adm.	: SUBCUTANEA		
Medicamento	: LOPERAMIDA TAB 2 MG	Dosis	: 2 TAB
Presentación	: TABLETA	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Fecha	: 23.07.2013 / 08:12		
Responsable	: RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO		
Medicamento	: ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML	Dosis	: 1 JEP
Presentación	: SOLUCION	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Via Adm.	: SUBCUTANEA		
Medicamento	: ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML	Dosis	: 1 JEP
Presentación	: SOLUCION	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Via Adm.	: SUBCUTANEA		
Medicamento	: LOPERAMIDA TAB 2 MG	Dosis	: 2 TAB
Presentación	: TABLETA	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Medicamento	: LOPERAMIDA TAB 2 MG	Dosis	: 2 TAB
Presentación	: TABLETA	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Fecha	: 23.07.2013 / 10:12		
Responsable	: CANO ALVAREZ, JENNIFFER		
Medicamento	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG	Dosis	: 1 TAB
Presentación	: TABLETA	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Medicamento	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG	Dosis	: 1 TAB
Presentación	: TABLETA	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Medicamento	: CUBICIN (DAPTOMICINA) 350MG POLVO VIAL	Dosis	: 1 VIA
Presentación	: POLVO	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Via Adm.	: INTRA-VENOSA		
Medicamento	: CUBICIN (DAPTOMICINA) 350MG POLVO VIAL	Dosis	: 1 VIA
Presentación	: POLVO	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Via Adm.	: INTRA-VENOSA		
Fecha	: 23.07.2013 / 11:08		
Responsable	: CANO ALVAREZ, JENNIFFER		
Medicamento	: NUTRICION ENTERAL GLUTAPAK R 15 G SOBRE	Dosis	: 1 SOB
Presentación	: POLVO	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Via Adm.	: ENTERAL		
Medicamento	: NUTRICION ENTERAL GLUTAPAK R 15 G SOBRE	Dosis	: 1 SOB
Presentación	: POLVO	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Via Adm.	: ENTERAL		
Fecha	: 24.07.2013 / 06:18		
Responsable	: CALLE URIBE, XIMENA		
Medicamento	: NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE	Dosis	: 4 SOB
Presentación	: POLVO	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Via Adm.	: ORAL		
Medicamento	: NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE	Dosis	: 4 SOB
Presentación	: POLVO	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Via Adm.	: ORAL		



**Historia Clínica General**

**Fecha** : 24.07.2013 / 22:25  
**Responsable** : PAREDES MARIN, DIANA MARCELA  
**Medicamento** : FILGASTRIM 300 MCG / 0.5 ML JERPRE 0.5ML  
**Presentación** : SOLUCION **Dosis** : 1 JEP  
**Via Adm.** : PARENTERAL **Frecuencia** : CADA 24 HORAS (1 DIA)  
**Medicamento** : FILGASTRIM 300 MCG / 0.5 ML JERPRE 0.5ML  
**Presentación** : SOLUCION **Dosis** : 1 JEP  
**Via Adm.** : PARENTERAL **Frecuencia** : CADA 24 HORAS (1 DIA)

**Fecha** : 26.07.2013 / 18:09  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER  
**Medicamento** : CAOLIN PECTINA SUSP ORAL FCO 120 ML  
**Presentación** : SUSPENSION **Dosis** : 20 ML  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : CADA 6 HORAS  
**Medicamento** : CAOLIN PECTINA SUSP ORAL FCO 120 ML  
**Presentación** : SUSPENSION **Dosis** : 20 ML  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : CADA 6 HORAS

**Fecha** : 26.07.2013 / 20:19  
**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE  
**Medicamento** : TROPICAMIDA 10MG/ML GOT 15ML  
**Presentación** : SOLUCION **Dosis** : 10 GTS  
**Via Adm.** : CONJUNTIVAL **Frecuencia** : DOSIS UNICA

**Fecha** : 29.07.2013 / 19:01  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA  
**Medicamento** : DELIFON (OXIBUTININA) 5 MG TABLETAS  
**Presentación** : TABLETA **Dosis** : 2 TAB  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : CADA 24 HORAS (1 DIA)  
**Medicamento** : DELIFON (OXIBUTININA) 5 MG TABLETAS  
**Presentación** : TABLETA **Dosis** : 2 TAB  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : CADA 24 HORAS (1 DIA)

**Fecha** : 02.08.2013 / 00:03  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER  
**Medicamento** : DELIFON (OXIBUTININA) 5 MG TABLETAS  
**Presentación** : TABLETA **Dosis** : 2 TAB  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : CADA 24 HORAS (1 DIA)  
**Medicamento** : DELIFON (OXIBUTININA) 5 MG TABLETAS  
**Presentación** : TABLETA **Dosis** : 2 TAB  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : CADA 24 HORAS (1 DIA)

**Fecha** : 03.08.2013 / 10:22  
**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA  
**Medicamento** : CAOLIN PECTINA SUSP ORAL FCO 120 ML  
**Presentación** : SUSPENSION **Dosis** : 10 ML  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : CADA 8 HORAS  
**Medicamento** : CAOLIN PECTINA SUSP ORAL FCO 120 ML  
**Presentación** : SUSPENSION **Dosis** : 10 ML  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : CADA 8 HORAS

**Fecha** : 03.08.2013 / 11:10  
**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA  
**Medicamento** : NUTRICION ENTERAL PERATIVE LPC 1000 ML  
**Presentación** : SOLUCION **Dosis** : 1 FCO  
**Via Adm.** : PARENTERAL **Frecuencia** : CADA 12 HORAS  
**Medicamento** : NUTRICION ENTERAL PERATIVE LPC 1000 ML  
**Presentación** : SOLUCION **Dosis** : 1 FCO  
**Via Adm.** : PARENTERAL **Frecuencia** : CADA 12 HORAS

**Fecha** : 08.08.2013 / 11:38  
**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA  
**Medicamento** : NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE  
**Presentación** : POLVO **Dosis** : 4 SOB  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : CADA 12 HORAS  
**Medicamento** : NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE  
**Presentación** : POLVO **Dosis** : 4 SOB  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : CADA 12 HORAS

**Historia Clínica General**

Fecha	: 11.08.2013 / 14:07		
Responsable	: REBOLLEDO BRICEÑO, INGRID		
Medicamento	: HIOSCINA B-BROMURO 10MG TAB		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 1 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Medicamento	: HIOSCINA B-BROMURO 10MG TAB		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 1 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Fecha	: 14.08.2013 / 16:59		
Responsable	: OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO		
Medicamento	: NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 4 SOB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Medicamento	: NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 4 SOB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 12 HORAS
Fecha	: 16.08.2013 / 13:40		
Responsable	: OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO		
Medicamento	: DELIFON (OXIBUTININA) 5 MG TABLETAS		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 2 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Medicamento	: DELIFON (OXIBUTININA) 5 MG TABLETAS		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 2 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Fecha	: 19.08.2013 / 15:56		
Responsable	: OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO		
Medicamento	: CAOLIN PECTINA SUSP ORAL FCO 120 ML		
Presentación	: SUSPENSION	Dosis	: 20 ML
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Medicamento	: CAOLIN PECTINA SUSP ORAL FCO 120 ML		
Presentación	: SUSPENSION	Dosis	: 20 ML
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Fecha	: 29.08.2013 / 15:24		
Responsable	: OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO		
Medicamento	: NUTRICION ENTERAL GLUTAPAK R 15 G SOBRE		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 1 SOB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Medicamento	: NUTRICION ENTERAL GLUTAPAK R 15 G SOBRE		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 1 SOB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Fecha	: 03.09.2013 / 08:12		
Responsable	: NARVAEZ ZULETA, JORGE		
Medicamento	: NULLYTELY 105G SOBRE		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 4 SOB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: DOSIS UNICA
Medicamento	: NULLYTELY 105G SOBRE		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 4 SOB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: DOSIS UNICA
Fecha	: 04.09.2013 / 17:37		
Responsable	: OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO		
Medicamento	: NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 2 SOB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Fecha	: 04.09.2013 / 17:53		
Responsable	: OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO		
Medicamento	: NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 2 SOB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Medicamento	: NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 2 SOB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS

## Historia Clínica General

**Fecha** : 09.09.2013 / 08:05  
**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO  
**Medicamento** : NULLYTELY 105G SOBRE  
**Presentación** : POLVO **Dosis** : 1 SOB  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : DOSIS UNICA  
**Medicamento** : NULLYTELY 105G SOBRE  
**Presentación** : POLVO **Dosis** : 1 SOB  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : DOSIS UNICA

**Fecha** : 10.09.2013 / 11:22  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER  
**Medicamento** : NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE  
**Presentación** : POLVO **Dosis** : 3 SOB  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : CADA 24 HORAS (1 DIA)  
**Medicamento** : NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE  
**Presentación** : POLVO **Dosis** : 3 SOB  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : CADA 24 HORAS (1 DIA)

**Fecha** : 14.09.2013 / 10:45  
**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO  
**Medicamento** : NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE  
**Presentación** : POLVO **Dosis** : 3 SOB  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : CADA 12 HORAS  
**Medicamento** : NUTRICION ENTERAL ALITRAQ POWDER 76 G SOBRE  
**Presentación** : POLVO **Dosis** : 3 SOB  
**Via Adm.** : ORAL **Frecuencia** : CADA 12 HORAS

**Fecha** : 17.09.2013 / 17:43  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA  
**Medicamento** : TRAMADOL 50 MG/ML AMP  
**Presentación** : SOLUCION **Dosis** : 1 AMP  
**Via Adm.** : PARENTERAL **Frecuencia** : CADA 8 HORAS  
**Medicamento** : TRAMADOL 50 MG/ML AMP  
**Presentación** : SOLUCION **Dosis** : 1 AMP  
**Via Adm.** : PARENTERAL **Frecuencia** : CADA 8 HORAS  
**Medicamento** : RANITIDINA 50 MG/2ML AMP  
**Presentación** : SOLUCION **Dosis** : 1 AMP  
**Via Adm.** : PARENTERAL **Frecuencia** : CADA 8 HORAS  
**Medicamento** : RANITIDINA 50 MG/2ML AMP  
**Presentación** : SOLUCION **Dosis** : 1 AMP  
**Via Adm.** : PARENTERAL **Frecuencia** : CADA 8 HORAS  
**Medicamento** : ONDANSETRON 8 MG/4ML AMP  
**Presentación** : SOLUCION **Dosis** : 1 AMP  
**Via Adm.** : PARENTERAL **Frecuencia** : CADA 12 HORAS  
**Medicamento** : ONDANSETRON 8 MG/4ML AMP  
**Presentación** : SOLUCION **Dosis** : 1 AMP  
**Via Adm.** : PARENTERAL **Frecuencia** : CADA 12 HORAS  
**Medicamento** : ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML  
**Presentación** : SOLUCION **Dosis** : 1 JEP  
**Via Adm.** : PARENTERAL **Frecuencia** : CADA 24 HORAS (1 DIA)

**Fecha** : 17.09.2013 / 17:43  
**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
**Medicamento** : ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML  
**Presentación** : SOLUCION **Dosis** : 1 JEP  
**Via Adm.** : PARENTERAL **Frecuencia** : CADA 24 HORAS (1 DIA)

**Fecha** : 17.09.2013 / 17:43  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA  
**Medicamento** : DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP  
**Presentación** : SOLUCION **Dosis** : 1 AMP  
**Via Adm.** : PARENTERAL **Frecuencia** : CADA 6 HORAS  
**Medicamento** : DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP  
**Presentación** : SOLUCION **Dosis** : 1 AMP  
**Via Adm.** : PARENTERAL **Frecuencia** : CADA 6 HORAS

**Fecha** : 17.09.2013 / 18:45

## Historia Clínica General

<b>Responsable</b>	: OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO		
<b>Medicamento</b>	: ONDANSETRON 8 MG/4ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 0,5 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: ONDANSETRON 8 MG/4ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 0,5 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Fecha</b>	: 18.09.2013 / 02:12		
<b>Responsable</b>	: ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER		
<b>Medicamento</b>	: TRAMADOL 50 MG/ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Medicamento</b>	: TRAMADOL 50 MG/ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Fecha</b>	: 18.09.2013 / 06:20		
<b>Responsable</b>	: ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER		
<b>Medicamento</b>	: DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Medicamento</b>	: RANITIDINA 50 MG/2ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Fecha</b>	: 18.09.2013 / 06:24		
<b>Responsable</b>	: ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER		
<b>Medicamento</b>	: DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Medicamento</b>	: DIPIRONA 2 G/5ML (40%) AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Medicamento</b>	: RANITIDINA 50 MG/2ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Medicamento</b>	: RANITIDINA 50 MG/2ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 6 HORAS
<b>Fecha</b>	: 18.09.2013 / 06:30		
<b>Responsable</b>	: ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER		
<b>Medicamento</b>	: RANITIDINA 50 MG/2ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Medicamento</b>	: RANITIDINA 50 MG/2ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 8 HORAS
<b>Fecha</b>	: 18.09.2013 / 11:20		
<b>Responsable</b>	: HORMIGA, PAOLA ANDREA		
<b>Medicamento</b>	: MEPERIDINA 100 MG/2ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Fecha</b>	: 18.09.2013 / 11:20		
<b>Responsable</b>	: HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA		
<b>Medicamento</b>	: MEPERIDINA 100 MG/2ML AMP		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 AMP
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 12 HORAS
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION ENTERAL PERATIVE LPC 1000 ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 FCO
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
<b>Medicamento</b>	: NUTRICION ENTERAL PERATIVE LPC 1000 ML		
<b>Presentación</b>	: SOLUCION	<b>Dosis</b>	: 1 FCO
<b>Via Adm.</b>	: PARENTERAL	<b>Frecuencia</b>	: CADA 24 HORAS (1 DIA)

**Historia Clínica General**

Fecha	: 18.09.2013 / 12:24		
Responsable	: CANO ALVAREZ, JENNIFFER		
Medicamento	: MEPERIDINA 100 MG/2ML AMP		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: INTRA-VENOSA	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Medicamento	: MEPERIDINA 100 MG/2ML AMP		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: INTRA-VENOSA	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Fecha	: 18.09.2013 / 16:02		
Responsable	: OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO		
Medicamento	: HIDROCORTISONA 100 MG POLVO		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 1 VIA
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: DOSIS UNICA
Medicamento	: HIDROCORTISONA 100 MG POLVO		
Presentación	: POLVO	Dosis	: 1 VIA
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: DOSIS UNICA
Medicamento	: ENOXAPARINA 40MG/ 0,4 ML INY 0.4ML		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 JEP
Via Adm.	: SUBCUTANEA	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Fecha	: 22.09.2013 / 00:16		
Responsable	: CANO ALVAREZ, JENNIFFER		
Medicamento	: HIOSCINA B-BROMURO 20MG/1ML AMP		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: INTRA-VENOSA	Frecuencia	: DOSIS UNICA
Medicamento	: HIOSCINA B-BROMURO 20MG/1ML AMP		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: INTRA-VENOSA	Frecuencia	: DOSIS UNICA
Fecha	: 23.09.2013 / 16:46		
Responsable	: ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER		
Medicamento	: ONDANSETRON 4 MG/2ML AMP		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Medicamento	: ONDANSETRON 4 MG/2ML AMP		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: CADA 8 HORAS
Fecha	: 24.09.2013 / 10:36		
Responsable	: NARVAEZ ZULETA, JORGE		
Medicamento	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 2 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Medicamento	: OMEPRAZOL 20 MG CAP		
Presentación	: CAPSULA	Dosis	: 1 CAP
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Medicamento	: ONDANSETRON 8 MG/4ML AMP		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: SEGÚN NECESIDAD
Medicamento	: MEPERIDINA 100 MG/2ML AMP		
Presentación	: SOLUCION	Dosis	: 1 AMP
Via Adm.	: PARENTERAL	Frecuencia	: SEGÚN NECESIDAD
Fecha	: 25.09.2013 / 16:24		
Responsable	: NARVAEZ ZULETA, JORGE		
Medicamento	: DELIFON (OXIBUTININA) 5 MG TABLETAS		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 1 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 24 HORAS (1 DIA)
Fecha	: 26.09.2013 / 08:57		
Responsable	: HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA		
Medicamento	: ACETAMINOFEN TAB 500 MG		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 2 TAB
Via Adm.	: ORAL	Frecuencia	: CADA 6 HORAS
Medicamento	: DELIFON (OXIBUTININA) 5 MG TABLETAS		
Presentación	: TABLETA	Dosis	: 1 TAB

**Historia Clínica General**

Via Adm. : ORAL

Frecuencia : CADA 24 HORAS (1 DIA)

**Órdenes Clínicas**

Fecha : 25.05.2013 Hora : 00:09

Responsable : ARCHBOLD, JILL STEPHANIE

890402-137 INTERCONSULTA POR CIRUGIA GENERAL

Fecha : 25.05.2013 Hora : 00:14

Responsable : ARCHBOLD, JILL STEPHANIE

0000901001 ANTIBIOGRAMA DISCO  
0000901001 ANTIBIOGRAMA DISCO  
0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATIC  
0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATIC  
0000901235 UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA DE DISCO  
0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT  
0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903805 AMILASA  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903841 GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFER  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000903866 TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO  
0000903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASP  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
0000907106 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URI

Fecha : 25.05.2013 Hora : 05:52

Responsable : MUÑOZ REINOSA, LUIS FELIPE

0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI

Fecha : 25.05.2013 Hora : 06:27

Responsable : MUÑOZ REINOSA, LUIS FELIPE

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL  
0000901235 UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA DE DISCO  
0000903803 ALBUMINA  
0000903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA  
0000903815 COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL  
0000903818 COLESTEROL TOTAL  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903863 PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUID  
0000903868 TRIGLICERIDOS  
0000907106 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URI

Fecha : 25.05.2013 Hora : 08:35

Responsable : CERON DAZA, JAIR

878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

Justificación : RX DE TORAX

Fecha : 25.05.2013 Hora : 10:18

Responsable : CERON DAZA, JAIR

0000903110 ACIDO LACTICO LLACTATO POR FLUOROMETRIA

Fecha : 25.05.2013 Hora : 12:01

Responsable : LOZADA MAFLA, DORIS

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

Fecha : 25.05.2013 Hora : 12:02

Responsable : LOZADA MAFLA, DORIS

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

Fecha : 25.05.2013 Hora : 18:24

Responsable : MEDINA HOYOS, MARIA EUGENIA

0000901218 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS  
0000901218 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

## Historia Clínica General

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
**Fecha** : 26.05.2013 **Hora** : 03:01  
**Responsable** : URREGO GRUESO, GUSTAVO  
0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT  
0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT  
0000907106 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URI  
**Fecha** : 26.05.2013 **Hora** : 04:47  
**Responsable** : URREGO GRUESO, GUSTAVO  
0000903864 SODIO  
0000903859 POTASIO  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
**Fecha** : 26.05.2013 **Hora** : 09:58  
**Responsable** : CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO  
0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : hemocultivo 1  
0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : hemocultivo 2  
**Fecha** : 26.05.2013 **Hora** : 10:47  
**Responsable** : OSUNA PEREZ, MÓNICA  
0000903439 TROPONINA T CUANTITATIVA  
**Fecha** : 26.05.2013 **Hora** : 12:26  
**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : COLECCION PELVICA  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : CAV ABDOMINAL  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : HERIDA QCA FID  
0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE  
**Justificación** : HERIDA QCA FID  
0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE  
**Justificación** : COLECCION PERLVICA  
0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE  
**Justificación** : CAV ABDOMINAL  
**Fecha** : 26.05.2013 **Hora** : 23:41  
**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO  
0000903864 SODIO  
0000903859 POTASIO  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
**Fecha** : 27.05.2013 **Hora** : 15:03  
**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
**Fecha** : 29.05.2013 **Hora** : 00:26  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
**Fecha** : 29.05.2013 **Hora** : 01:25  
**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : cav abdominal  
0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE  
**Justificación** : cav abdominal  
**Fecha** : 29.05.2013 **Hora** : 10:11  
**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE  
0000903864 SODIO  
0000903859 POTASIO  
0000903854 MAGNESIO

## Historia Clínica General

0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
**Fecha** : 30.05.2013 **Hora** : 01:47  
**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903803 ALBUMINA  
**Fecha** : 30.05.2013 **Hora** : 08:14  
**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT  
0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT  
**Fecha** : 30.05.2013 **Hora** : 21:34  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER  
0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL  
**Fecha** : 30.05.2013 **Hora** : 21:47  
**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL  
**Fecha** : 31.05.2013 **Hora** : 01:00  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER  
0000903864 SODIO  
0000903859 POTASIO  
0000903854 MAGNESIO  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
**Fecha** : 31.05.2013 **Hora** : 01:57  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
**Fecha** : 31.05.2013 **Hora** : 01:57  
**Responsable** : BARJUN PALOMINO, YAMIL  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO  
**Justificación** : fio2 del 50 %  
**Fecha** : 31.05.2013 **Hora** : 01:57  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
**Fecha** : 31.05.2013 **Hora** : 01:58  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903854 MAGNESIO  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
**Fecha** : 31.05.2013 **Hora** : 08:02  
**Responsable** : BARJUN PALOMINO, YAMIL  
0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL  
**Justificación** : toomar en la mañana  
**Fecha** : 31.05.2013 **Hora** : 08:31  
**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
0000881240 ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TORAX PE  
**Justificación** : PUNCION GUIADA POR ECOGRAFIA PARA COLOCACION DE PI  
**Fecha** : 31.05.2013 **Hora** : 09:15  
**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE  
0000912002 APLICACION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJO  
0000911106 PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS R  
0000911021 PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR P  
0000902212 HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR Rh  
**Fecha** : 31.05.2013 **Hora** : 17:12  
**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL  
**Fecha** : 31.05.2013 **Hora** : 22:14  
**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA  
878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES



## Historia Clínica General

**Fecha** : 31.05.2013      **Hora** : 22:14  
**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE  
0000871121      RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

**Fecha** : 01.06.2013      **Hora** : 00:33  
**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE  
0000902209      HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903835      FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903839      GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI  
0000903854      MAGNESIO  
0000903859      POTASIO  
0000903864      SODIO  
0000906913      PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 01.06.2013      **Hora** : 00:34  
**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
0000906913      PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
0000903864      SODIO  
0000903859      POTASIO  
0000903835      FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903813      CLORO CLORURO  
0000902209      HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 02.06.2013      **Hora** : 11:22  
**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
0000903864      SODIO  
0000903859      POTASIO  
0000903835      FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903813      CLORO CLORURO

**Fecha** : 02.06.2013      **Hora** : 13:14  
**Responsable** : AYALA VARELA, JULIANA  
890402-590      INTERCONSULTA POR PSIQUIA TRIA

**Fecha** : 03.06.2013      **Hora** : 00:55  
**Responsable** : AYALA VARELA, JULIANA  
0000902209      HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 03.06.2013      **Hora** : 09:06  
**Responsable** : AYALA VARELA, JULIANA  
0000906913      PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 04.06.2013      **Hora** : 00:28  
**Responsable** : AYALA VARELA, JULIANA  
0000903864      SODIO  
0000903859      POTASIO  
0000903813      CLORO CLORURO

**Fecha** : 05.06.2013      **Hora** : 00:55  
**Responsable** : AYALA VARELA, JULIANA  
0000903864      SODIO  
0000903859      POTASIO  
0000903854      MAGNESIO  
0000903835      FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903813      CLORO CLORURO

**Fecha** : 05.06.2013      **Hora** : 05:50  
**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA  
0000906913      PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
0000902209      HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 06.06.2013      **Hora** : 01:07  
**Responsable** : AYALA VARELA, JULIANA  
0000903813      CLORO CLORURO  
0000903835      FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903854      MAGNESIO  
0000903859      POTASIO  
0000903864      SODIO

**Fecha** : 07.06.2013      **Hora** : 03:12  
**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA  
0000903859      POTASIO  
0000903835      FOSFORO INORGANICO FOSFATOS

## Historia Clínica General

**Fecha** : 07.06.2013 **Hora** : 03:54  
**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
**Fecha** : 08.06.2013 **Hora** : 06:44  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER  
0000903864 SODIO  
0000903859 POTASIO  
0000903854 MAGNESIO  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903813 CLORO CLORURO  
**Fecha** : 08.06.2013 **Hora** : 20:57  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER  
878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES  
0000872002 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE  
0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL  
**Fecha** : 09.06.2013 **Hora** : 00:39  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903854 MAGNESIO  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
**Fecha** : 09.06.2013 **Hora** : 09:28  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER  
451301-P ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EGD DIAGNOSTI  
**Fecha** : 10.06.2013 **Hora** : 00:13  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER  
0000903864 SODIO  
0000903859 POTASIO  
0000903854 MAGNESIO  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903813 CLORO CLORURO  
**Fecha** : 11.06.2013 **Hora** : 02:38  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER  
0000903803 ALBUMINA  
0000903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903854 MAGNESIO  
0000903859 POTASIO  
0000903863 PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUID  
0000903864 SODIO  
0000903866 TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO  
0000903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASP  
**Fecha** : 11.06.2013 **Hora** : 09:55  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER  
0000907106 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URI  
0000901236 UROCULTIVO ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO  
0000901107 COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER  
**Justificación** : ORINA  
**Fecha** : 11.06.2013 **Hora** : 22:09  
**Responsable** : PAREDES MARIN, DIANA MARCELA  
0000890406 INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA  
**Fecha** : 12.06.2013 **Hora** : 00:51  
**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : MAÑANA  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
**Justificación** : MAÑANA  
0000903854 MAGNESIO  
**Justificación** : MAÑANA

## Historia Clínica General

0000903859 POTASIO

**Justificación** : MAÑANA

0000903864 SODIO

**Justificación** : MAÑANA

**Fecha** : 14.06.2013 **Hora** : 01:47

**Responsable** : REBOLLEDO BRICEÑO, INGRID

0000903864 SODIO

**Justificación** : mañana 6 am

0000903859 POTASIO

**Justificación** : mañana 6 am

0000903854 MAGNESIO

**Justificación** : mañana 6 am

0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS

**Justificación** : mañana 6 am

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Justificación** : mañana 6 am

**Fecha** : 14.06.2013 **Hora** : 08:59

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

**Fecha** : 14.06.2013 **Hora** : 09:01

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

0000879420 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y

**Fecha** : 15.06.2013 **Hora** : 14:41

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

0000881390 ULTRASONOGRAFIA DEL ABDOMEN Y PELVIS COM

**Fecha** : 15.06.2013 **Hora** : 17:14

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT

0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT

0000879420 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y

**Justificación** : guía para colocaicon de pigtail en coleccion pelvi

**Fecha** : 16.06.2013 **Hora** : 03:15

**Responsable** : PAREDES MARIN, DIANA MARCELA

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

0000903813 CLORO CLORURO

0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS

0000903854 MAGNESIO

0000903859 POTASIO

0000903864 SODIO

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 16.06.2013 **Hora** : 13:42

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

0000912002 APLICACION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJO

0000912002 APLICACION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJO

0000911021 PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR P

0000911021 PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR P

**Fecha** : 16.06.2013 **Hora** : 13:44

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

**Justificación** : ap y lateral de pie

**Fecha** : 16.06.2013 **Hora** : 15:13

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

0000911106 PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS R

0000911106 PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS R

**Fecha** : 17.06.2013 **Hora** : 00:10

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

0000902212 HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR Rh

0000903803 ALBUMINA

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS

0000903854 MAGNESIO

## Historia Clínica General

0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000903866 TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO  
0000903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASP  
0000903868 TRIGLICERIDOS

**Fecha** : 19.06.2013 **Hora** : 01:10

**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

0000903017 FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA  
0000903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903854 MAGNESIO  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO

**Fecha** : 19.06.2013 **Hora** : 03:30

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 19.06.2013 **Hora** : 05:16

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO  
0000901235 UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA DE DISCO  
0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO  
0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 19.06.2013 **Hora** : 05:17

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

**Fecha** : 19.06.2013 **Hora** : 21:12

**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : DE BARRIDO DE CATETER  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 08:13

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
0000903864 SODIO  
0000903859 POTASIO  
0000903854 MAGNESIO  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT  
0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 08:58

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

0000903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA  
0000903866 TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO  
0000903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASP

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 08:59

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

879301-001 ANGIOTAC DE AORTA TORACICA/PULMONAR  
**Justificación** : ANGIOTAC TORAXICO

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 10:11

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE  
**Justificación** : CULTIVO PUNTA CATETER  
0000901001 ANTIBIOGRAMA DISCO

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 10:32

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

0000881235 ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 10:34

## Historia Clínica General

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 13:16

**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 14:57

**Responsable** : GRAJALES SALAZAR, PAOLA ANDREA

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 21:06

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO

0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO

0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 21.06.2013 **Hora** : 00:56

**Responsable** : OSUNA PEREZ, MÓNICA

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT

0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

0000903111 ACIDO LACTICO LLACTATO POR METODO ENZIMA

0000903803 ALBUMINA

0000903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA

0000903810 CALCIO POR COLORIMETRIA

0000903813 CLORO CLORURO

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

0000903833 FOSFATASA ALCALINA

0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS

0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO

**Justificación** : ARTERIALES

0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO

**Justificación** : VENOSOS

0000903841 GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFER

0000903854 MAGNESIO

0000903856 NITROGENO UREICO BUN

0000903859 POTASIO

0000903864 SODIO

0000903866 TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO

0000903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASP

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

**Fecha** : 21.06.2013 **Hora** : 05:18

**Responsable** : OSUNA PEREZ, MÓNICA

0000907106 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URI

**Fecha** : 21.06.2013 **Hora** : 05:22

**Responsable** : OSUNA PEREZ, MÓNICA

0000911015 HEMOCLASIFICACION FACTOR Rh FACTOR D POR

**Fecha** : 21.06.2013 **Hora** : 14:24

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

**Justificación** : CULTIVO SOT

0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER

**Justificación** : CULTIVO SOT

**Fecha** : 21.06.2013 **Hora** : 18:01

**Responsable** : CASTILLO, JOSE LUIS

0000903859 POTASIO

0000903856 NITROGENO UREICO BUN

0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO

**Justificación** : FIO2 40%

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

## Historia Clínica General

0000903111 ACIDO LACTICO LLACTATO POR METODO ENZIMA

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 22.06.2013 **Hora** : 00:47

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

**Fecha** : 22.06.2013 **Hora** : 00:48

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

0000903111 ACIDO LACTICO LLACTATO POR METODO ENZIMA

0000903810 CALCIO POR COLORIMETRIA

0000903813 CLORO CLORURO

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS

0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI

0000903854 MAGNESIO

0000903856 NITROGENO UREICO BUN

0000903859 POTASIO

0000903864 SODIO

**Fecha** : 22.06.2013 **Hora** : 07:36

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

**Fecha** : 22.06.2013 **Hora** : 07:36

**Responsable** : OSUNA PEREZ, MÓNICA

0000912002 APLICACION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJO

**Justificación** : 2UGRE

0000911106 PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS R

**Justificación** : 2UGRE

0000911021 PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR P

0000911021 PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR P

**Fecha** : 22.06.2013 **Hora** : 07:36

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000881302 ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL HIGADO

**Fecha** : 22.06.2013 **Hora** : 08:07

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000905410 VANCOMICINA CUANTITATIVA POR CROMATOGRF

**Justificación** : NIVELES VALLE DE VANCOMICINA

0000911017 HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO DIRECTA O GL

0000911021 PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR P

0000911106 PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS R

0000912002 APLICACION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJO

0000912002 APLICACION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJO

**Fecha** : 22.06.2013 **Hora** : 22:23

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

0000903813 CLORO CLORURO

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS

0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI

0000903864 SODIO

878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

0000903859 POTASIO

0000903856 NITROGENO UREICO BUN

0000903854 MAGNESIO

**Fecha** : 23.06.2013 **Hora** : 05:31

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI

**Justificación** : VENOSOS

**Fecha** : 23.06.2013 **Hora** : 17:18

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

## Historia Clínica General

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE  
**Justificación** : SECRECION OROTRAQUEAL  
0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO  
0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO  
0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : BARRIDO DE CATETER.  
0000901236 UROCULTIVO ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO  
0000901305 EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS KOH  
**Justificación** : EN ORINA  
0000901305 EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS KOH  
**Justificación** : SECRECION OROTRAQUEAL

**Fecha** : 24.06.2013 **Hora** : 01:17

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903810 CALCIO POR COLORIMETRIA  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI  
**Justificación** : hb 9,8 t 36 fio2 40  
0000903854 MAGNESIO  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

**Fecha** : 24.06.2013 **Hora** : 01:18

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI  
**Justificación** : venosos

**Fecha** : 24.06.2013 **Hora** : 14:32

**Responsable** : CASTILLO, JOSE LUIS

0000901236 UROCULTIVO ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO  
0000901225 HEMOCULTIVO PARA HONGOS  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : PARA CULTIVO DE HONGOS  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : PARA CULIVO DE HONGOS

**Fecha** : 24.06.2013 **Hora** : 18:03

**Responsable** : CASTILLO, JOSE LUIS

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : PARA CULTIVO DE HONGOS  
0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE  
**Justificación** : SECRECION OROTRAQUEAL - HONGOS

**Fecha** : 24.06.2013 **Hora** : 18:04

**Responsable** : CORAL ERAZO, JORGE ARTURO

0000903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASP  
0000903866 TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO  
0000903821 CREATIN QUINASA TOTAL CK CPK  
0000903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA

**Fecha** : 25.06.2013 **Hora** : 00:58

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES  
0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

**Fecha** : 25.06.2013 **Hora** : 00:59

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT  
0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT

**Historia Clínica General**

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903810 CALCIO POR COLORIMETRIA  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI  
0000903854 MAGNESIO  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 26.06.2013**Hora** : 00:39**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI

**Justificación** : HB 10 T 36.6C FIOS 35%

0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

**Fecha** : 27.06.2013**Hora** : 01:18**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL  
0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT  
0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903111 ACIDO LACTICO LLACTATO POR METODO ENZIMA  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

**Fecha** : 27.06.2013**Hora** : 12:35**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000881235 ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO

**Fecha** : 28.06.2013**Hora** : 01:19**Responsable** : OSUNA PEREZ, MÓNICA

0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT  
0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903810 CALCIO POR COLORIMETRIA  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI

**Justificación** : VENOSOS HB 10 fíO2 35% T: 37.5

0000903841 GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFER  
0000903854 MAGNESIO  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 28.06.2013**Hora** : 01:20**Responsable** : OSUNA PEREZ, MÓNICA

878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI



## Historia Clínica General

**Justificación** : ARTERIALES HB 10 fíO2 35% T: 37.5

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

**Fecha** : 28.06.2013 **Hora** : 14:08

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASP

0000903866 TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO

0000903854 MAGNESIO

0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS

0000903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA

**Fecha** : 29.06.2013 **Hora** : 00:20

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

0000903810 CALCIO POR COLORIMETRIA

0000903813 CLORO CLORURO

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS

0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO

**Justificación** : HB 8,8 T 36,7 FIO2 25%

0000903854 MAGNESIO

0000903856 NITROGENO UREICO BUN

0000903859 POTASIO

0000903864 SODIO

878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

**Fecha** : 29.06.2013 **Hora** : 02:30

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000903868 TRIGLICERIDOS

0000903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASP

0000903866 TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO

0000903841 GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFER

0000903821 CREATIN QUINASA TOTAL CK CPK

0000903818 COLESTEROL TOTAL

0000903815 COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

0000903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA

0000903803 ALBUMINA

0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT

0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT

**Fecha** : 30.06.2013 **Hora** : 00:57

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO

**Justificación** : hb 8,5 t 36,7 fio2 32

0000903854 MAGNESIO

0000903856 NITROGENO UREICO BUN

0000903859 POTASIO

0000903864 SODIO

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 01.07.2013 **Hora** : 00:11

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

**Fecha** : 01.07.2013 **Hora** : 00:13

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS

0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO

**Justificación** : fio2 21% hb 8.6 T 37.1c

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

0000903813 CLORO CLORURO

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

0000903854 MAGNESIO

0000903856 NITROGENO UREICO BUN

**Historia Clínica General**

0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 02.07.2013 **Hora** : 01:08

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL  
878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

**Fecha** : 02.07.2013 **Hora** : 01:09

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903111 ACIDO LACTICO LLACTATO POR METODO ENZIMA  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000903864 SODIO  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 02.07.2013 **Hora** : 01:11

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 02.07.2013 **Hora** : 02:45

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : NUMERO 2  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : HEMO NUMERO 2

**Fecha** : 02.07.2013 **Hora** : 10:38

**Responsable** : CASTILLO, JOSE LUIS

0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : BARRIDO DE CATETER VENOSO  
0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE  
**Justificación** : CULTIVO DE PUNTA DE CVC SUBCLAVIO DERECHO  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 02.07.2013 **Hora** : 10:51

**Responsable** : CASTILLO, JOSE LUIS

0000881240 ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TORAX PE  
**Justificación** : ECO TORAX  
878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

**Fecha** : 03.07.2013 **Hora** : 01:19

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
0000903864 SODIO  
0000903859 POTASIO  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903854 MAGNESIO  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903810 CALCIO POR COLORIMETRIA  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 03.07.2013 **Hora** : 11:07

## Historia Clínica General

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

**Justificación** : POS COLOCACION DE CATETER CENTRAL

0000879301 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE TORAX

**Justificación** : COLOCACIÓN DE PIG TAIL SI SE CONSIDERA NECESARIO

878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

**Fecha** : 03.07.2013 **Hora** : 11:55

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT

0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT

**Fecha** : 03.07.2013 **Hora** : 16:49

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

**Fecha** : 03.07.2013 **Hora** : 18:22

**Responsable** : CASTILLO, JOSE LUIS

0000903852 LIQUIDO PLEURAL EXAMEN FISICO Y CITOQUIM

0000903829 DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS

**Justificación** : SANGRE

0000903829 DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS

**Justificación** : LIQUIDO PLEURAL

0000903803 ALBUMINA

**Justificación** : SANGRE

0000903803 ALBUMINA

**Justificación** : LIQUIDO PLEURAL

0000901305 EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS KOH

0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE

0000901107 COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER

0000901101 COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIE

**Fecha** : 04.07.2013 **Hora** : 01:07

**Responsable** : CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO

0000903859 POTASIO

0000903864 SODIO

**Fecha** : 04.07.2013 **Hora** : 12:57

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000903856 NITROGENO UREICO BUN

0000903854 MAGNESIO

0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 04.07.2013 **Hora** : 21:38

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000879420 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y

**Justificación** : TAC ABDOMEN SIMPLE Y CONTRASTADO

**Fecha** : 04.07.2013 **Hora** : 21:42

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000871410 TOMOGRAFIA DE TORAX AP

**Fecha** : 05.07.2013 **Hora** : 00:16

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI

**Justificación** : FIO2 21% T 36.9 HB 10

0000903854 MAGNESIO

0000903856 NITROGENO UREICO BUN

0000903859 POTASIO

0000903864 SODIO

**Fecha** : 05.07.2013 **Hora** : 09:48

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000907106 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URI

**Fecha** : 05.07.2013 **Hora** : 10:34

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

## Historia Clínica General

878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

**Fecha** : 06.07.2013 **Hora** : 00:29**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

0000903856 NITROGENO UREICO BUN

0000903854 MAGNESIO

0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

0000903813 CLORO CLORURO

0000903810 CALCIO POR COLORIMETRIA

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 06.07.2013 **Hora** : 00:30**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000903859 POTASIO

0000903864 SODIO

**Fecha** : 06.07.2013 **Hora** : 23:52**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

0000903864 SODIO

0000903859 POTASIO

0000903856 NITROGENO UREICO BUN

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

0000903813 CLORO CLORURO

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 08.07.2013 **Hora** : 00:13**Responsable** : SIERRA, NICOLAS ANDRES

0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

0000901107 COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER

0000901236 UROCULTIVO ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO

0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT

0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

0000903813 CLORO CLORURO

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI

0000903856 NITROGENO UREICO BUN

0000903859 POTASIO

0000903864 SODIO

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

0000907106 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URI

878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES

**Fecha** : 08.07.2013 **Hora** : 21:20**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO

0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 09.07.2013 **Hora** : 00:16**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

0000903864 SODIO

0000903859 POTASIO

0000903856 NITROGENO UREICO BUN

0000903854 MAGNESIO

0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI

**Justificación** : T:38.8., FIO2:21%, HB:8.0.

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

0000903813 CLORO CLORURO

0000903810 CALCIO POR COLORIMETRIA

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT

0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT

## Historia Clínica General

**Fecha** : 09.07.2013 **Hora** : 08:48  
**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA  
0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT  
0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT  
**Fecha** : 09.07.2013 **Hora** : 09:02  
**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA  
878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES  
0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL  
**Fecha** : 09.07.2013 **Hora** : 09:23  
**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA  
0000903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASP  
0000903866 TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO  
0000903833 FOSFATASA ALCALINA  
0000903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA  
0000903703 VITAMINA B 12  
0000903105 ACIDO FOLICO FOLATOS EN SUERO  
0000903016 FERRITINA  
0000902224 RECUENTO DE RETICULOCITOS POR CITOMETRIA  
0000902206 EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO D  
0000902201 COOMBS DIRECTO PRUEBA CUALITATIVA  
**Fecha** : 09.07.2013 **Hora** : 09:37  
**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA  
0000903846 HIERRO TOTAL  
0000903044 SATURACION DE TRANSFERRINA  
**Fecha** : 09.07.2013 **Hora** : 15:15  
**Responsable** : MOSQUERA CHONILLO, RICARDO PABLO  
0000898002 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGI  
**Justificación** : LAVADO BRONCOALVEOLAR  
**Fecha** : 09.07.2013 **Hora** : 15:52  
**Responsable** : MOSQUERA CHONILLO, RICARDO PABLO  
0000901305 EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS KOH  
**Justificación** : LAVADO BRONCOALVEOLAR  
0000901230 Mycobacterium tuberculosis CULTIVO  
**Justificación** : LAVADO BRONCOALVEOLAR  
0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE  
**Justificación** : LAVADO BRONCOALVEOLAR  
0000901212 CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA  
**Justificación** : LAVADO BRONCOALVEOLAR  
0000901107 COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER  
**Justificación** : LAVADO BRONCOALVEOLAR  
0000901101 COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIE  
**Justificación** : LAVADO BRONCOALVEOLAR  
**Fecha** : 09.07.2013 **Hora** : 16:29  
**Responsable** : MOSQUERA CHONILLO, RICARDO PABLO  
0000075018 GEN XPERT PCR RAPIDA POR TBC  
**Justificación** : LAVADO BRONCOALVEOLAR  
**Fecha** : 10.07.2013 **Hora** : 00:37  
**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO  
0000902004 ANTICOAGULANTE CIRCULANTE LUPICO  
0000902006 ANTITROMBINA III POR COAGULACION  
0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT  
0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT  
0000906249 VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS  
0000906406 ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTAL  
0000906408 CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G POR EIA  
0000906409 CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M POR EIA  
0000906441 NUCLEARES ANTICUERPOS ANA POR IFI  
0000906910 FACTOR REUMATOIDEO R A CUANTITATIVO POR  
0000906916 SEROLOGIA PRUEBA NO TREPOMENICA VDRL EN  
**Fecha** : 10.07.2013 **Hora** : 00:38  
**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Historia Clínica General**

0000903810 CALCIO POR COLORIMETRIA  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI  
**Justificación** : t37.3 fio2 23% hb 7.8  
0000903854 MAGNESIO  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000906905 COMPLEMENTO SERICO C3 CUANTITATIVO POR I  
0000906907 COMPLEMENTO SERICO C4 CUANTITATIVO POR I  
0000906910 FACTOR REUMATOIDEO R A CUANTITATIVO POR  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 10.07.2013 **Hora** : 02:59

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

0000906911 FACTOR REUMATOIDEO R A SEMICUANTITATIVO

**Fecha** : 10.07.2013 **Hora** : 15:37

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000906317 Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE Ag HB  
0000906225 Hepatitis C ANTICUERPO ANTIHVC  
0000906223 Hepatitis B ANTICUERPOS S ANTIHBs  
0000906215 Epsteinbarr ANTICUERPOS Ig M CAPSULA EBV  
0000906206 Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M CMVM PO  
0000906205 Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G CMVG PO

**Fecha** : 11.07.2013 **Hora** : 01:48

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO

**Fecha** : 11.07.2013 **Hora** : 01:48

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000906249 VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS

**Fecha** : 11.07.2013 **Hora** : 01:48

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 11.07.2013 **Hora** : 10:36

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000906215 Epsteinbarr ANTICUERPOS Ig M CAPSULA EBV  
0000906212 Epsteinbarr ANTICUERPOS Ig G CAPSULA EBV

**Fecha** : 11.07.2013 **Hora** : 22:28

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO

**Justificación** : ASPIRADO DE MEDULA OSEA.

0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO

**Justificación** : ASPIRADO DE MEDULA OSEA.

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 11.07.2013 **Hora** : 23:56

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO

**Justificación** : PARA HONGOS

0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO

**Justificación** : PARA HONGOS.

**Fecha** : 12.07.2013 **Hora** : 01:29

**Responsable** : URIBE POSSO, LAURA PATRICIA

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Historia Clínica General**

0000903111 ACIDO LACTICO LLACTATO POR METODO ENZIMA  
0000903803 ALBUMINA  
0000903810 CALCIO POR COLORIMETRIA  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI  
0000903841 GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFER  
0000903854 MAGNESIO  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 12.07.2013 **Hora** : 01:30

**Responsable** : URIBE POSSO, LAURA PATRICIA

0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT

0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT

**Fecha** : 12.07.2013 **Hora** : 02:44

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

0000906620 BETA 2 MICROGLOBULINA EN CUALQUIER MUEST  
0000906713 LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA  
0000906715 LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA  
0000906721 LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA  
0000906812 ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN CUALQUIER  
0000906826 INMUNOGLOBULINA A IgA CUANTITATIVA POR I  
0000906828 INMUNOGLOBULINA G IgG CUANTITATIVA POR I  
0000906832 INMUNOGLOBULINA M IgM CUANTITATIVA POR N  
0000906837 INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA

**Justificación** : EN SANGRE.

0000906837 INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA

**Justificación** : EN ORINA

**Fecha** : 12.07.2013 **Hora** : 09:37

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000901101 COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIE

**Justificación** : ASPIRADO MEDULA OSEA

**Fecha** : 13.07.2013 **Hora** : 00:25

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI

**Justificación** : T:39., HB:6.4., FIO2:24%.

0000903854 MAGNESIO  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 13.07.2013 **Hora** : 00:28

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES  
0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

**Fecha** : 14.07.2013 **Hora** : 01:20

**Responsable** : LENIS OREJUELA, JOHANA LIZBETH

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
0000903864 SODIO  
0000903859 POTASIO  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICI

**Justificación** : T: 38.5, HB: 6.7, FIO2: 24%

0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903813 CLORO CLORURO

**Historia Clínica General**

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
**Fecha** : 14.07.2013 **Hora** : 12:04  
**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA  
0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT  
**Justificación** : PTT CORREGIDO  
0000902224 RECUENTO DE RETICULOCITOS POR CITOMETRIA  
**Justificación** : RECUENTO DE RETICULOCITOS  
0000903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA  
0000903828 DESHIDROGENASA LACTICA LDH  
**Fecha** : 14.07.2013 **Hora** : 21:12  
**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA  
0000912002 APLICACION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJO  
**Justificación** : 2 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS  
0000911106 PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS R  
**Justificación** : 2 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS  
0000911021 PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR P  
**Justificación** : 2 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS  
0000911015 HEMOCLASIFICACION FACTOR Rh FACTOR D POR  
**Justificación** : 2 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS  
**Fecha** : 15.07.2013 **Hora** : 00:53  
**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA  
0000903020 HAPTOGLOBINA POR IDR  
**Fecha** : 15.07.2013 **Hora** : 04:10  
**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA  
0000902034 PROTEINA C DE LA COAGULACION  
0000902036 PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TO  
**Fecha** : 15.07.2013 **Hora** : 04:10  
**Responsable** : CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO  
0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT  
0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903854 MAGNESIO  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
**Fecha** : 15.07.2013 **Hora** : 14:42  
**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA  
0000906309 Citomegalovirus ANTIGENO POR PCR  
**Fecha** : 16.07.2013 **Hora** : 00:51  
**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO  
0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL  
0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT  
0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903810 CALCIO POR COLORIMETRIA  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903854 MAGNESIO  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES  
**Fecha** : 16.07.2013 **Hora** : 01:13  
**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO  
0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : BARRIDO  
0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO  
0000901221 HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO  
0000901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIE  
**Justificación** : PUNTA DE CATETER



**Historia Clínica General**

0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO  
0000901002 ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 17.07.2013 **Hora** : 00:09

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903810 CALCIO POR COLORIMETRIA  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903854 MAGNESIO  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 18.07.2013 **Hora** : 01:10

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

878900-001 PORTATIL Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES  
0000871121 RADIOGRAFIA DE TORAX P A O A P LATERAL

**Fecha** : 18.07.2013 **Hora** : 01:11

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 19.07.2013 **Hora** : 15:15

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000903803 ALBUMINA

**Fecha** : 20.07.2013 **Hora** : 00:04

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

0000903864 SODIO  
**Justificación** : CONTROL PARACLINICOS PARA EL 20 07  
0000903859 POTASIO  
**Justificación** : CONTROL PARACLINICOS PARA EL 20 07  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
**Justificación** : CONTROL PARACLINICOS PARA EL 20 07  
0000903854 MAGNESIO  
**Justificación** : CONTROL PARACLINICOS PARA EL 20 07  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
**Justificación** : CONTROL PARACLINICOS PARA EL 20 07  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
**Justificación** : CONTROL PARACLINICOS PARA EL 20 07  
0000903813 CLORO CLORURO  
**Justificación** : CONTROL PARACLINICOS PARA EL 20 07  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
**Justificación** : CONTROL PARACLINICOS PARA EL 20 07

**Fecha** : 22.07.2013 **Hora** : 00:01

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO

**Fecha** : 23.07.2013 **Hora** : 00:07

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

0000903864 SODIO  
0000903859 POTASIO

## Historia Clínica General

0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 25.07.2013 **Hora** : 06:00

**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

0000903821 CREATIN QUINASA TOTAL CK CPK

**Fecha** : 26.07.2013 **Hora** : 01:29

**Responsable** : REBOLLEDO BRICEÑO, INGRID

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Justificación** : MAÑAN 6 AM

**Fecha** : 27.07.2013 **Hora** : 09:04

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 29.07.2013 **Hora** : 01:21

**Responsable** : CALLE URIBE, XIMENA

0000907106 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URI

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

0000903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASP

0000903866 TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO

0000903864 SODIO

0000903863 PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUID

0000903859 POTASIO

0000903854 MAGNESIO

0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS

0000903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA

0000903803 ALBUMINA

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 31.07.2013 **Hora** : 12:29

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

0000901236 UROCULTIVO ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

**Fecha** : 02.08.2013 **Hora** : 01:50

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 05.08.2013 **Hora** : 00:50

**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 10.08.2013 **Hora** : 00:12

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

0000903864 SODIO

0000903859 POTASIO

0000903854 MAGNESIO

0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 12.08.2013 **Hora** : 02:53

**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 14.08.2013 **Hora** : 00:02

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 15.08.2013 **Hora** : 05:18

**Responsable** : PAREDES MARIN, DIANA MARCELA

0000872102 RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE

0000872105 RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE

0000877400 SINOGRAMA O FISTULOGRAFIA DE PARED ABDO

**Fecha** : 19.08.2013 **Hora** : 00:18

**Historia Clínica General****Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE

0000903864 SODIO  
0000903859 POTASIO  
0000903854 MAGNESIO  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 21.08.2013 **Hora** : 05:55**Responsable** : PAREDES MARIN, DIANA MARCELA

0000890406 INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA

**Fecha** : 24.08.2013 **Hora** : 23:01**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903803 ALBUMINA  
0000903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA  
0000903810 CALCIO POR COLORIMETRIA  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903859 POTASIO  
0000903863 PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUID  
0000903864 SODIO  
0000903866 TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO  
0000903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASP

**Fecha** : 28.08.2013 **Hora** : 02:16**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 08.09.2013 **Hora** : 04:23**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO

0000903864 SODIO  
0000903859 POTASIO  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 13.09.2013 **Hora** : 00:40**Responsable** : CANO ALVAREZ, JENNIFFER

0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT  
0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000903803 ALBUMINA  
0000903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA  
0000903810 CALCIO POR COLORIMETRIA  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000903825 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903854 MAGNESIO  
0000903856 NITROGENO UREICO BUN  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO  
0000903866 TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO  
0000903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASP

**Fecha** : 16.09.2013 **Hora** : 00:26**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

0000903813 CLORO CLORURO  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903859 POTASIO  
0000903864 SODIO

**Fecha** : 17.09.2013 **Hora** : 03:19**Responsable** : REBOLLEDO BRICEÑO, INGRID

0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO  
0000902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT  
0000902045 TIEMPO DE PROTROMBINA PT

**Justificación** : MAÑANA 6 AM**Fecha** : 20.09.2013 **Hora** : 08:00

## Historia Clínica General

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

0000906913 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA  
0000903864 SODIO  
0000903859 POTASIO  
0000903839 GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO  
0000903835 FOSFORO INORGANICO FOSFATOS  
0000903813 CLORO CLORURO  
0000902209 HEMOGRAMA III METODO AUTOMATICO

**Fecha** : 24.09.2013 **Hora** : 12:35

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

0000907106 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URI

## Ordenes Clínicas de Cirugía

**Fecha** : 26.05.2013 **Hora** : 11:35

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

0000541200 LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SOD  
0000541400 LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO SOD  
0000541301 DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL PO

**Fecha** : 26.05.2013 **Hora** : 11:35

**Responsable** :

0000546100 NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA

**Fecha** : 28.05.2013 **Hora** : 21:10

**Responsable** :

0000546100 NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA

**Fecha** : 28.05.2013 **Hora** : 21:10

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

0000541301 DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL PO  
0000541400 LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO SOD  
0000541200 LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SOD

**Fecha** : 30.05.2013 **Hora** : 10:25

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

0000389101 IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO

**Fecha** : 31.05.2013 **Hora** : 15:50

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

0000541301 DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL PO  
0000541400 LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO SOD  
0000546200 CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN  
0000541200 LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SOD

**Fecha** : 20.06.2013 **Hora** : 12:03

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

0000389101 IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO

**Fecha** : 09.07.2013 **Hora** : 14:44

**Responsable** : MOSQUERA CHONILLO, RICARDO PABLO

0000332000 BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA CON PUNCION ASP

**Justificación** : LAVADO BRONCOALVEOLAR

**Fecha** : 17.09.2013 **Hora** : 13:50

**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

0000460200 RESECCION DE SEGMENTO EXTERIORIZADO DE I  
0000465101 CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO PO  
0000545000 LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LA  
0000459100 ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTES

## Indicaciones

**Fecha** : 25.05.2013 / 05:00

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Indicación** :

**Clase Indicación** : GENERAL

**Historia Clínica General**

TRASLADO A UCIN NVO SSN 100 CC HORA DIPIRONA 2 GR IV CADA 6 HORAS RANITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS ENOXAPARINA 40MG SC CADA DIA OCTEOTRIDE 0.1 MG SC CADA 12 HORAS ERTAPENEM 1GR EV CADA 24 HORAS AMPICILINA 1 GR EV CADA 6 HORAS SS UROCULTIVO, BB, ALBUMINA, PROT TOTALES, PERFIL LIPIDICO, GASES ARTERIALES, FOSFORO, RX DE TORAX COTROL Estricto de lo eliminado por VACUM PACK Y DE LA DIURESIS GLUCOMETRIA CADA 8 HORAS TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA VAL POR NUTRICION E INFECTOLOGIA CSV IC

**Fecha** : 25.05.2013 / 13:13

**Responsable** : CERON DAZA, JAIR

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. CONTINUAR IGUAL NUTRICION PARENTERAL A IGUAL GOTE: OLICLINOMEL N7- 1000E A 40 CC HORA POR CATETER SUBCLAVIO.

**Fecha** : 26.05.2013 / 02:47

**Responsable** : URREGO GRUESO, GUSTAVO

**Tipo Indicación** : DIETA

**Clase Indicación** : NADA VIA ORAL

**Indicación** :

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

CONTINUAR NUTRICION PARENTERAL A IGUAL GOTE

**Fecha** : 27.05.2013 / 12:37

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. Suspender antibioticoterapia

**Tipo Indicación** : DIETA

**Clase Indicación** : LIQUIDA COMPLETA

**Indicación** :

1. Dieta liquida completa baja en residuo, rica en pectina, libre de lacteos

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : TRASLADO

**Indicación** :

1. TRASLADO A PISO A CARGO DE CIRUGIA GENERAL 2. DIETA LIQUIDA COMPLETA, NO LACTEOS, RICA EN PECTINA 3. SSN A 100CC HORA 4. ENOXAPARINA 40MG SC DIA 5. DIPIRONA 2 GRAMOS CADA 6 HORAS EV 6. RANITIDINA AMP 50MG 1 AMP CADA 8 HORAS EV 7. VIGILANCIA DE PRODUCIDO POR VACUM PACK ( IDEALMENTE MENOR A 500) 8. CUIDADOS DE HERIDA QUIRURGICA 9. MANTENER SUCCIÓN DE VACUM A 25MMHG 10. POSIBLE CIRUGIA EL MIERCOLES 29 05 2013 ---> DRA. PAOLA HORMIGA

**Fecha** : 30.05.2013 / 07:49

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

COLOCACION DE CVC PARA TPN SS TP TTP INR SUSPENDER VO REVAL POR NUTRICION REPOSICION DE K DESPUES DE COLOCACION DE CVC ASI SS 450 CC + KATROL 50 CC PASAR A 30 CC HORA ELECTROLITOS DE CONTROL DIARIOS

**Fecha** : 31.05.2013 / 00:36

**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

OXIGENO POR VENTURY AL 50% RX TORAX EN 6 HORAS.

**Fecha** : 31.05.2013 / 01:00

**Responsable** : BARJUN PALOMINO, YAMIL

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1 dejar fios de 50% o mas 2 terapia fisica y respiratoria 3 valoración por psiquiatria 4 rx de control en la mañana 5 en caso de no mejoría se debe pensar en colocación de pigtail por radiología

**Fecha** : 31.05.2013 / 08:15

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

RX DE TORAX AHORA COLOCAR PIGTAIL EN HEMITORAX IZQDO PARA DRENAR NEUMOTORAX TRANSFUNDIR 2 U DE GR FOSFORO 10 CC + SSN 90 CC PASAR EN 6 HORAS... 3 REPOSICIONES SUSPENDER REPOSICION DE K TURNO PARA CX

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : TRASLADO

**Indicación** :

TRASLADAR A HABITACION 416 NVO HARTMAN 40 CC HORA SSN 90 CC + 10 CC PASAR EN 6 HORAS ... COMPLETAR 3 REPOSICIONES SUSPENDER REPOSICION DE K SS RX DE TORAX PA Y LATERAL FAVOR TOMAR ELECTROLITOS CH Y PCR MAÑANA A LAS 5 AM

**Fecha** : 01.06.2013 / 07:33

## Historia Clínica General

<b>Responsable</b>	: HORMIGA, PAOLA ANDREA	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS		
<b>Indicación</b>	VAL URGENTE POR TEO - TAPONAMIENTO DE FISTULA FAVOR SOLICITAR DIARIO ELECTROLITOS CH Y PCR SUSPENDER REPOSICION DE FOSFORO		
<b>Fecha</b>	: 02.06.2013 / 14:44		
<b>Responsable</b>	: AYALA VARELA, JULIANA	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS		
<b>Indicación</b>	INICIAR ESCITALOPRAM HEMOGRAMA DE CONTROL MAÑANA CUANTIFICAR PERDIDAS		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	BISACODILO EN LA NOCHE 1 TAB ONDASETRON 1 AMP EV CADA 8 HORAS SI EMESIS		
<b>Fecha</b>	: 03.06.2013 / 12:52		
<b>Responsable</b>	: AYALA VARELA, JULIANA	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS		
<b>Indicación</b>	MAÑANA CONTROL DE ELECTROLITOS SUSPENDER NET		
<b>Fecha</b>	: 04.06.2013 / 12:50		
<b>Responsable</b>	: AYALA VARELA, JULIANA	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS		
<b>Indicación</b>	SUSPENDER REPOSICION DE POTASIO POR VIA ORAL INICIAR REPOSICION DE POTASIO POR CATETER VENOSO CENTRAL POTASIO, SODIO Y FOSFORO PARA MAÑANA		
<b>Fecha</b>	: 05.06.2013 / 06:23		
<b>Responsable</b>	: HORMIGA, PAOLA ANDREA	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS		
<b>Indicación</b>	NVO NO NET TPN IGUAL REPONER 100% DE LO ELIMINADO POR FISTULAS CON HARTMAN CADA 4 HORAS PDTE RTDO DE ELECTROLITOS TERAPIA FISICA Y RESPIRATORIA		
<b>Fecha</b>	: 05.06.2013 / 12:59		
<b>Responsable</b>	: AYALA VARELA, JULIANA	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS		
<b>Indicación</b>	REPONER EL 100% DE LO ELIMINADO POR FISTULAS INTESTINALES ELECTROLITOS DIARIOS SUSPENDER REPOSICION DE POTASIO COMPLETAR 2 SEMANAS CON FLUCONAZOL Y 8 DIAS DE TIGECICLINA		
<b>Fecha</b>	: 08.06.2013 / 12:16		
<b>Responsable</b>	: HORMIGA, PAOLA ANDREA	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS		
<b>Indicación</b>	OCTEOTRIDE 0.1 MG SC CADA 12 HORAS RETIRAR SNY REPOSICION DE K SSN 450 CC + KATROL 50 CC PASAR A 30 CC HORA POR CVC ELECTROLITOS DIARIOS RESTO IGUAL		
<b>Fecha</b>	: 10.06.2013 / 07:00		
<b>Responsable</b>	: HORMIGA, PAOLA ANDREA	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS		
<b>Indicación</b>	OMEPRAZOL 40 MG IV CAD 12 HORAS SUSPENDER RANITIDINA SOLICITAR PROTEINAS TOTALES TRANSAMINASAS ALBUMINA BB Y ELECTROLITOS CON FOSFORO PARA MAÑANA 5 AM CONTINUAR ORDENES IGUAL		
<b>Fecha</b>	: 11.06.2013 / 09:12		
<b>Responsable</b>	: HORMIGA, PAOLA ANDREA	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS		
<b>Indicación</b>	PO UROCULTIVO + GOSC AHORA MAÑANA TOMAR CH Y ELECTROLITOS A LAS 5 AM		
<b>Fecha</b>	: 12.06.2013 / 10:33		
<b>Responsable</b>	: OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS		
<b>Indicación</b>	BOLO DE 250 CC SSN		
<b>Fecha</b>	: 13.06.2013 / 13:34		
<b>Responsable</b>	: HORMIGA, PAOLA ANDREA	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS		
<b>Indicación</b>			

**Historia Clínica General**

TOMAR LAB DE CONTROL MAÑANA CH Y ELECTROLITOS PDTE CURACION POR TEO

**Fecha** : 14.06.2013 / 08:00**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA**Tipo Indicación** : OTROS**Clase Indicación** : GENERAL**Indicación** :

SS TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO PREVIA TOMA DE CR SSN 450 + 50 CC KATROL A 30 CC HORA POR CVC OCTEOTRIDE 0.1 MG SC CADA 8 HORAS RESTO IGUAL

**Tipo Indicación** : OTROS**Clase Indicación** : TRASLADO**Indicación** :

CAOLIN PECTINA 10 CC VO CADA 8 HORAS LOPERAMIDA 2 MG VO CADA 8 HROAS

**Fecha** : 15.06.2013 / 14:49**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA**Tipo Indicación** : OTROS**Clase Indicación** : GENERAL**Indicación** :

ss punción percutánea + colocación de pigtail - tp ttp inr inciar preparación ya con medio de hidrosoluble

**Fecha** : 16.06.2013 / 10:22**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO**Tipo Indicación** : OTROS**Clase Indicación** : GENERAL**Indicación** :

SUSPENDE REPOSICION DE POTASIO

**Fecha** : 16.06.2013 / 13:53**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA**Tipo Indicación** : OTROS**Clase Indicación** : GENERAL**Indicación** :TRANFUNDIR 2 U DE GR COMPATIBLES RX DE TORAX PA Y LAT DE PIE SUSPENDER REPOSICION DE K MAÑANA A LAS 5 AM  
TOMAR PERFIL NUTRICIONAL, CH ELECTROLITOS Y FOSFORO**Fecha** : 18.06.2013 / 13:37**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA**Tipo Indicación** : OTROS**Clase Indicación** : GENERAL**Indicación** :

BB Y ELECTROLITOS MAÑANA 5 AM CURVA TERMICA

**Fecha** : 19.06.2013 / 05:07**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA**Tipo Indicación** : OTROS**Clase Indicación** : GENERAL**Indicación** :

ORDENA POLICULTIVAR, RX DE TORAX, CH, PCR, GASES ARTERIALES, VAL POR INFECTOLOGIA

**Fecha** : 20.06.2013 / 08:22**Responsable** : OCAMPO MAZO, ALVARO MAURICIO**Tipo Indicación** : OTROS**Clase Indicación** : GENERAL**Indicación** :

FOWLER 45% , VIGILAR SAO2 Y SIGNOS VITALES , SI SAO2 &lt; 94% PASAR A MASCARILLA PARA ADMINISTRAR OXIGENO Y AVIZAR MEDICO

**Tipo Indicación** : OTROS**Clase Indicación** : GENERAL**Indicación** :

REPOSICION 475CC SSN + 25 CC KATROL A 30 CC HORAS

**Fecha** : 20.06.2013 / 11:46**Responsable** : JARAMILLO VILLAFÑE, MARIA ISABEL**Tipo Indicación** : OTROS**Clase Indicación** : GENERAL**Indicación** :

- ANGIOTAC PROTOCOLO PARA TEP - ANTICOAGULACION ENOXAPARINA 40 MG CADA 12 HORAS - VANCOMICINA 1 GR CADA 12 HORAS - CEFEPIME 1 GR CADA 8 HORAS - EN CASO DE DETERIORO RESPIRATORIO O HEMODINAMICO COMENTAR A LA UCI

**Fecha** : 20.06.2013 / 20:06**Responsable** : NARVAEZ ZULETA, JORGE**Tipo Indicación** : OTROS**Clase Indicación** : TRASLADO**Indicación** :

TRASLADO A UCI.

**Fecha** : 21.06.2013 / 01:17**Responsable** : OSUNA PEREZ, MÓNICA**Tipo Indicación** : OTROS**Clase Indicación** : GENERAL**Indicación** :

## Historia Clínica General

1. HOSPITALIZAR EN UCI 2. VENTILACION MECANICA NO INVASIVA 3. CABECERA A 45° 4. SSN 0.9% 100 CC/H 5. CEFEPIMI 2 GR IV CADA 8 HORAS INICIO 20/06/2013 6. VANCOMICINA 1 GR IV CADA 12 HORAS INICIO 20/06/2013 7. GENTAMICINA 45 MG IV CADA 8 HORAS INICIO 20/06/2013 8. OMEPRAZOL AMP 40 MG/ DIA 9. ENOXAPARIAN 40 MG SC / DIA 10. LOPERAMIDA TAB CADA 8 HORAS 11. OCTEOTRIDE SC CADA 8 HORAS 12. SE SOLICITA HEMOGRAMA, AZOADOS, ELECTROLITOS, TIEMPOS DE COAGULACION, GASES ARTERIOVENOSOS, PERFIL HEPATICO, P.O RX DE TORAX PORTATIL 13. VALORACION INFECTOLOGIA 14. CONTROL DE LA/LE 15. GLUCOMETRIA CADA 6 HORAS 16. TERAPIA RESPIRATORIA 17. CSV- AC

**Fecha** : 21.06.2013 / 11:17

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. MIDAZOLAM 2MG HORA 3. FENTANILO 20MCG HORA 3. CULTIVO SOT

**Fecha** : 21.06.2013 / 14:19

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. SE SUSPENDE CEFEPIME 2, SE SUSPENDE GENTAMICINA 3. MEROPENEM AMP 1 GRM EV C 8H

**Fecha** : 22.06.2013 / 00:22

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. CABECERA A 30 GRADOS 2. NADA VIA ORAL 3. CUIDADOS DE CVC 4. TERAPIA RESPIRATORIA 5. VENTILACION MECANICA 6. TPN A 69 CC H 7. LEV HARTMAN A 40 CC H 8. TRANSFUNDIR 2 U GR 9. SS CH CR BUN ELECTROLITOS GASES ARTERIO VENOSOS ACIDO LACTICO RX TORAX AP PORTATIL ECOGRAFIA ABDOMEN TOTAL 10. SEDOANALGESIA RASSS MENOS 3 11. FENTANYL DE LA DILUCION A 10 CC H 12. DORMICUM DE LA DILUCION A 5 CC H

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

CABECERA A 30 GRADOS VENTILACION MECANICA TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA NADA VIA ORAL TPN A 69 CC H LEV HARTMAN A 40 CC H FENTANYL A 10 CC H DORMICUM A 10 CC H DORIPENEM AMP 500 MG APLICAR 2 AMP EV C 8H INSUSION PARA 4 H AMIKACINA AMP 500 MG APLICAR 2 AMP EV C DIA COLISTINA AMP VIAL DE 150 MG APLICAR MEDIO VIAL C 8H ( 5 MG/K/DIA) EN INFUSION CONTINUA PARA 4 H SE SUSPENDE MEROPENEM SS CH CR BUN GASES ARTERIALES VENOSOS ELECTROLITOS SS VALORACION POR INFECTOLOGIA PENDIENTE ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL

**Fecha** : 24.06.2013 / 12:38

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. suspender vancomicina 2. continuar con cefepime 2 gramos EV cada 8 horas 3. daptomicina 350mg cada día EV por 45 días 4. linezolid 600mg cada 12 horas EV por 45 días 5. tomar CPK, pruebas hepáticas 6. tomar cultivo de orina, sangre y SOT para hongos 7. pendiente reporte de cultivos de ayer + eco de abdomen

**Fecha** : 25.06.2013 / 15:40

**Responsable** : ZAPATA MEDINA, JOSE WALTER

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

MANEJO INTEGRAL UCI DESTETE VENTILATORIO DISMINUCION SEDO ANALGESIA TERAPIA RESPIRATORIA

**Fecha** : 25.06.2013 / 23:54

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. lactato ringer a 10cc hora 2. paraclínicos de rutina

**Fecha** : 26.06.2013 / 23:50

**Responsable** : MONTES CIFUENTES, LINA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. DIPIRONA 1 AMP IV DOSIS UNICA 2. LEV 60 CC HORA 3. ROM IGUAL

**Fecha** : 27.06.2013 / 12:39

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. ECO TRASESOFAGICO

**Fecha** : 28.06.2013 / 11:04

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :



## Historia Clínica General

1. Acetaminofen 500mg 1 tab cada 6 horas via enteral 2. Suspender midazolam 3. Dejar fentanilo a 50mcg hora 4. Realizar controles para mañana de CPK, pruebas hepáticas, P y Mg 5. Si presentase temperatura mayor a 38.3C policultivar 6. pendiente eco trasesofagico

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. Reposición de Mg 3 amp a 90cc pasar a 5cc hora hasta finalizar mezcla 2. Tomar ahora pruebas hepáticas, Mg Y p

**Fecha** : 29.06.2013 / 01:48

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. CABECERA A 30 GRADOS 2, TERAPIA RESPIRATORIA 3, TERAPIA FISICA 2 VECES AL DIA 4. LEV HARTMAN A 20 CC H 5. TPN 69 CC H 6. FENTANYL A 5 CC H 7. SE SUSPENDE REOSICION DE MAGNESIO 8. EXTUBACION PROGRAMADA 9. SS CH CR BUN GASES ARTERIALES RX TORAX AP PORTATIL PERFIL LIPIDICO BILIRRUBINAS ALBUMINA PT PTT CPK 10. PENDIENTE ECG CARDIAGRAMA TE

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. CABECERA A 30 GRADOS 2, NADA VIA ORAL 3. TPN A 69 CC H 4. LEV HARTMAN A 20 CC H 5. FENTANYL A 5 CC H 6. KATROL A 30 CC H 7. AMLODIPINO TAB 5 MG C 12H VO 8. VALORACION POR FONOAUDIOLOGIA 9. SS CH CR BUN ELECTROLITOS GASES ARTERIALES PCR 10. TERAPIA ENTOROSTOMAL

**Fecha** : 30.06.2013 / 20:53

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

- losartan tab 50mg 2 tab cada 12 horas - resto del manejo igual - paraclínicos de rutina

**Fecha** : 01.07.2013 / 12:35

**Responsable** : ERAZO CORAL, JORGE ARTURO

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

AMLODIPINO 10 MG VO CADA 12 HORAS HIDROCORTISONA DISMINUIR A 50 MG IV CADA 12 HORAS RESTO IGUAL

**Fecha** : 02.07.2013 / 12:32

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. preparación para cambio de CVC 2. tomar cultivo de barrido y de punta de CVC 3. tomar eco torax

**Fecha** : 03.07.2013 / 13:18

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. TAC torax \* considerar por radiología drenaje \* 2. reposición de K a 4meq/ hora 3. reposición de Mg 3 amp + 90cc a 5cc ora 4. suspender hidrocortisona 5. metoprolol 25mg cada 12 horas via enteral 6. loperamida 2mg cada 4 horas via enteral 7. retirar SV 8. Tomar PT PTT 9. Control por infectología 10. Pendiente reporte de cultivos del 01 y 02 de julio 11. rayos x de torax pos colocación de CVC

**Fecha** : 03.07.2013 / 16:15

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. LEV SSN 0,9% A 60 CC H 2. PENDIENTE TAC TORAX 3. PENDIENTE RX TORAX AP PORTATIL

**Fecha** : 04.07.2013 / 06:14

**Responsable** : CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

Se realiza CTC de barrera de colostomía y bolsa de colostomía N°100

**Fecha** : 04.07.2013 / 12:04

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. TAC torax 2. iniciar dieta líquida clara 3. Paraclínicos de control 4. Pendiente reporte de cultivo de Líquido pleural

**Tipo Indicación** : DIETA

**Clase Indicación** : LIQUIDA CLARA

**Indicación** :

1. líquida clara

**Fecha** : 04.07.2013 / 17:52

**Responsable** : JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO

**Historia Clínica General**

<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	1. SS TAC DE ABDOMEN CON DOBLE CONTRASTE		
<b>Fecha</b>	: 05.07.2013 / 00:31		
<b>Responsable</b>	: JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	1. CABECERA A 30 GRADOS 2, TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA 3, LEV HARTMAN A 20 CC H 4, TPN A 69 CC H 5. DIETA LIQUIDOS CLAROS 6. KATROL A 20 CC H 7. PENDIENTE REPORTE DE TAC TORAX Y ABDOMEN 8 . SS CH CR BUN ELECTROLITOS PARCIAL DE ORINA GASES ARTERIALES		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	1. CABECERA A 30 GRADOS 2, TERAPIA FISICA Y RESPIRATORIA 3, LEV SSN 0,9% A 20 CC H 4. TPN A 70 CC H 5. DIETA LIQUIDA ESPESA 6. ENOXAPARINA AMP 40 MG SC C 12H 7. SS CH CR BUN ELECTROLITOS		
<b>Fecha</b>	: 07.07.2013 / 23:22		
<b>Responsable</b>	: SIERRA, NICOLAS ANDRES		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	SS: UROCULTIVO, UROANALISIS+ GRAM SS: PARACLINICOS DE RUTINA UCIN DIPIRONA AMP 1 G EV C/6H EV DILUIDA LENTA SOLO SI ACETAMINOFEN Y MEDIOS FISICOS NO FUNCIONAN Y CON T°> 38.5		
<b>Fecha</b>	: 08.07.2013 / 18:07		
<b>Responsable</b>	: CALDERON MARIN, FERNANDO AUGUSTO		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	ION K 15CC CADA 8 HRS. SUSPENDER REPOSICION DE POTASIO PERIFERICA.		
<b>Fecha</b>	: 10.07.2013 / 13:03		
<b>Responsable</b>	: GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	1- Hepatitis A, B, C, CMV E. BARR 2- Suspende losartan, omeprazol, hidroxycina 3- Acetaminofen tab 500mg 1 tab en caso de fiebre, no superar mas de 3g día 4- Dieta semiblanda 5- Reposicion de Mg 3 amp + 90 cc a 5cc hora 6- Procalcitonina si es necesario tomar controles		
<b>Fecha</b>	: 10.07.2013 / 14:47		
<b>Responsable</b>	: JARAMILLO TRUJILLO, GILBERTO		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	SE RELIZA CTC DE AGUJA PARA ASPIRADO DE MEDULA OSEA		
<b>Fecha</b>	: 11.07.2013 / 20:42		
<b>Responsable</b>	: RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	ORDENES DE LABORATORIO POR HEMATOLOGIA: -CARIOTIPO EN MEDULA OSEA BANDEO G. -INMUNOFENOTIPIFICACION DE MEDULA OSEA POR CITOMETRIA DE FLUJO. (DETERMINACION BASICA PARA LEUCEMIA, LINFOMA Y MIELOMA, INCLUIR -ESTUDIO PARA PATOLOGIA DE MEDULA OSEA - BIOPSIA. VERIFICAR:HIPOPLASIA/APLASIA. BAAR - MICOBACTERIAS. INFILTRACION MALIGNA. HISTOPLASMA CAPSULATUM. MICOSIS - GRANULOMAS. CMV - TOXOPLASMA. -CULTIVOS - ASPIRADO DE MEDULA OSEA. -AVISAR CAMBIOS.		
<b>Fecha</b>	: 13.07.2013 / 23:40		
<b>Responsable</b>	: LENIS OREJUELA, JOHANA LIZBETH		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	- SS LABORATORIOS DE CONTROL.		
<b>Fecha</b>	: 14.07.2013 / 10:29		
<b>Responsable</b>	: MONTES CIFUENTES, LINA		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	SSN 40 CC HORA OMEPRAZOL 20 MG VO CADA 12 H SUSPENDER LOPERAMIDA SE SOLICITA PTT CORREGIDO BILIRRUBINAS RETICULOCITOS LDH HAPTOGLOBULINA PENDIENTE PRUEBAS INMUNOLOGICAS		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	TRANSFUNDIR 2 UNIDADES DE GR LENTO ROM IGUAL		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>			

**Historia Clínica General**

GANCICLOVIR 5 MG X KG CADA 12 HORAS SE SOLICITA PROTEINA C Y S SE SOLICITA IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS Y PRUEBAS CRUZADAS ABIERTAS (BANCO DE SANGRE ) ROM IGUAL

**Fecha** : 15.07.2013 / 12:42

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. Suspender ganciclovir 2. Tomar PCR en sangre para CMV 3. Iniciar NET por SNY alitraq 4. Reposición periférica de K a 2meq/ hora 5. Control de procalcitonina

**Fecha** : 15.07.2013 / 15:49

**Responsable** : ERAZO CORAL, JORGE ARTURO

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

REPOSICION CENTRAL DE POTASIO A 20 CC HORA SUSPENDER GANCICLOVIR SS PCR PARA CITOMEGALOVIRUS RESTO IGUAL

**Fecha** : 16.07.2013 / 09:07

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. loperamida tab 2 mg dar vo 2 tab c 8h 2. pendientes reportes de cultivos y pcr citomegalovirus 3. net alitraq a 20 cc h 4. se suspende vía oral 5. se suspende filgastrim

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. CABECERA A 30 GRADOS 2, TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA 3, NADA VIA ORAL 4, TPN SUSPENDIDA 5, FILGASTRIM SUSPENDIDO 6, LEV SSN 0,9% A 50 CC H 7, NET ALITRAC A 20 CC H 8. SS CH CR BUN ELECTROLITOS PCR

**Fecha** : 17.07.2013 / 13:33

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. TRASLADO PISO COHORTIZADA ( AEROGENES EN ORINA RESISTENTE A CARBAPENEMS) A CARGO DE CIRUGÍA GENERAL ( DR. HORMIGA). CONTINUAR EN CONTROLES CON INFECTOLOGÍA ( DR. MARTINEZ) Y DR. URIBE (HEMATOLOGO) 2. NUTRICION ENTERAL, VO Y TPN SUSPENDIDOS: 2.1 NUTRICION ENTERAL POR SNY: ALITRAQ A 20 CC HORA META 40CC HORA 2.2 GLUTAPACK SOBRE 1 CADA 8 HORAS VIA ENTERAL 3. SSN A 60CC HORA 4. ANTIBIOTICOS: 4.1 DAPTOMICINA FRASCO 350MG 1 CADA DIA A LAS 14 HORAS EV ( DESDE EL 24 06 POR 6 SS HASTA EL 04 08) 4.2 DORIPENEM FRASCO 500MG 2 FRASCOS CADA 8 HORAS A LAS 8 - 16- 24 HORAS ( DESDE EL 11 07 HASTA EL 21 07) 5. ENOXAPARINA AMP 40MG 1 CADA 12 HORAS SC 6. OMEPRAZOL CAP 20MG 1 CADA 12 HORAS VIA ENTERAL 7. LOPERAMIDA TAB 2MG 1 CADA 8 HORAS VIA ENTERAL 8. ACETAMINOFEN TAB 500MG 2 TAB SI HAY TEMPERATURA MAYOR A 38.3C O DOLOR 9. TERAPIA ENTEROSTOMAL EN CASO DE NECESIDAD 10. CUANTIFICAR LIQUIDOS ELIMINADOS Y ADMINISTRADOS, CUANTIFICAR PRODUCCIÓN POR FISTULA 11. REALIZAR CONTROLES DE CURVA TERMICA, CONTROLAR PA ( TUVO PA ELEVADAS) 12. GLUCOMETRIAS CADA 12 HORAS 13. PENDIENTE REPORTE DE: B2 MICROGLOBULINA, MIELOCULTIVO PARA HONGOS Y BACTERIAS, ELECTROFORESIS DE PROTEINAS, CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA EN ORINA Y SANGRE, CARIOTIPO EXTENDIDO, INMUNOFENOTIPIFICACIÓN POR CITOMETRIA DE FLUJO ( TOMADOS DEL 11 07 2013 EN AMO), PROTEINAS C Y S DE LA COAGULACIÓN Y HAPTOGLOBINA ( TOMADOS EL 15 07), PCR PARA CMV ( TOMADO EL 15 07). 14. CUIDADOS DE PIEL

**Fecha** : 21.07.2013 / 11:44

**Responsable** : CASTILLO, JOSE LUIS

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. Aumentar dosis de loperamida - 2 mg cada 6 horas VO/SNE

**Fecha** : 22.07.2013 / 18:18

**Responsable** : GIRALDO VINASCO, LEYDI ALEJANDRA

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

1. Alitraq subir hasta 60cc hora 2. Pendiente traslado a PISO 3. IC hematología/ oftalmología ( servicios avisados)

**Fecha** : 23.07.2013 / 08:01

**Responsable** : RUMBO VEGA, EDUARDO ALBERTO

**Tipo Indicación** : OTROS

**Clase Indicación** : GENERAL

**Indicación** :

TRASLADO A PISO 420 1. CABECERA A 30 GRADOS 2. TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA 3. CUANTIFICACION DE LA Y LE 4. CUIDADOS DE FISTULA ENTEROCUTANEA POR TEO 5. LEV SSN 0,9% A 5 CC H 6. OMEPRAZOL CAP 20 C12 H 7. ACETAMINOFEN TAB 500 MG VO SOLO SI FIEBRE 8. DAPTOMICINA AMP 350 MG EV C DIA 9. ENOXAPARINA AMP 40 MG SC C 12H 10. LOPERAMIDA TAB 2 MG VO 2 TAB C 6 H 11. GLUTOPACK SOBRE C 8H VO 12. NET ALITRAQ A 60 CC H 13. PACIENTE A CARGO DE CIRUGIA GENERAL Y MEDICINA INTERNA

**Fecha** : 24.07.2013 / 18:28

**Responsable** : PAREDES MARIN, DIANA MARCELA

**Historia Clínica General**

<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	STOMAHESIVE PASTA TUBO X 56.7 GRAMOS SE REALIZA CTC X 1 DIA		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	FILGRASTIN AMP X 300 MGRS 1 AMP. S.C. SE REALIZA CTC X 20 DIAS		
<b>Fecha</b>	: 26.07.2013 / 15:41		
<b>Responsable</b>	: HORMIGA, PAOLA ANDREA		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	KAOPECTATE 20 CC VO CADA 6 HORAS RESTO IGUAL		
<b>Fecha</b>	: 27.07.2013 / 18:50		
<b>Responsable</b>	: ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	LEV A 120 CC SSN POR HORA Y VER RESPUESTA URINARIA EN 6 HORAS PARA DISMINUIR GOTEO.		
<b>Fecha</b>	: 28.07.2013 / 14:42		
<b>Responsable</b>	: CALLE URIBE, XIMENA		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	bajo lev a 80 cc hrs		
<b>Fecha</b>	: 28.07.2013 / 18:13		
<b>Responsable</b>	: HORMIGA, PAOLA ANDREA		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	TOMAR MAÑANA 5 AM PERFIL NUTRICIONAL		
<b>Fecha</b>	: 28.07.2013 / 19:20		
<b>Responsable</b>	: CALLE URIBE, XIMENA		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	suspender filgatrím por leucos en 33000		
<b>Fecha</b>	: 31.07.2013 / 11:14		
<b>Responsable</b>	: HORMIGA, PAOLA ANDREA		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	REVAL POR INFECTOLOGIA TOMAR UROCULTIVO CH Y PCR		
<b>Fecha</b>	: 10.08.2013 / 10:19		
<b>Responsable</b>	: HORMIGA, PAOLA ANDREA		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	SUSPENDER ENOXAPARINA		
<b>Fecha</b>	: 13.08.2013 / 11:03		
<b>Responsable</b>	: HORMIGA, PAOLA ANDREA		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	LEV SS 40 CC HORA		
<b>Fecha</b>	: 26.08.2013 / 14:24		
<b>Responsable</b>	: HORMIGA, PAOLA ANDREA		
<b>Tipo Indicación</b>	: DIETA	<b>Clase Indicación</b>	: LIQUIDA COMPLETA
<b>Indicación</b>	LIQUIDA COMPLETA NO LECHE ESPESA ALTA EN PECTINA		
<b>Fecha</b>	: 08.09.2013 / 14:27		
<b>Responsable</b>	: HORMIGA, PAOLA ANDREA		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	DIETA BLANDA ASTRINGENTE SUSPENDER NET DE DIA DEJAR CICLICA... SOLO PRENDER EN LA NOCHE		
<b>Fecha</b>	: 12.09.2013 / 08:04		
<b>Responsable</b>	: HORMIGA, PAOLA ANDREA		
<b>Tipo Indicación</b>	: OTROS	<b>Clase Indicación</b>	: GENERAL
<b>Indicación</b>	LAB DE PERFIL NUTRICIONAL MAÑANA 5 AM RESTO IGUAL		
<b>Fecha</b>	: 14.09.2013 / 09:12		

**Historia Clínica General**

**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA  
**Tipo Indicación** : OTROS **Clase Indicación** : GENERAL  
**Indicación** :  
SUSPENDER DIETA BLANDA SOLO DAR COMPOTAS NET A 60 CC HROA POR 24 HORAS RESTO IGUAL

**Fecha** : 17.09.2013 / 17:37  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA  
**Tipo Indicación** : OTROS **Clase Indicación** : GENERAL  
**Indicación** :  
TRASLADAR A HABITACION 423 NVO SNY A DRENAJE HARTMAN A 100 CC HORA RANITIDNA 50 MG IV CADA 8 HORAS  
DIPIRONA 2 GR IV CADA 6 HORAS TRAMAL 50 MG IV CADA 8 HORAS ONDANSETRON AMP POR 8 MG APLICAR 4 MG IV CADA 8  
HORAS ENOXAPARINA 40 MG SC CADA NOCHE SUSPENDER LOPERAMIDA, ALITRAQ, GLUCOPACK, NET CSV IC

**Fecha** : 18.09.2013 / 11:18  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA  
**Tipo Indicación** : OTROS **Clase Indicación** : GENERAL  
**Indicación** :  
NET A ESTIMULO... PERATIVE A 5 CC HORA MEPERIDINA 1 AMP POR 100 MG DILUIR A 10 CC Y APLICAR 3 CC EV CADA 4 HROAS  
RESTO IGUAL

**Fecha** : 19.09.2013 / 10:13  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA  
**Tipo Indicación** : OTROS **Clase Indicación** : GENERAL  
**Indicación** :  
NET A 10 CC HORA MOVILIZAR SILLA - CAMA RESTO IGUAL

**Fecha** : 20.09.2013 / 07:34  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA  
**Tipo Indicación** : OTROS **Clase Indicación** : GENERAL  
**Indicación** :  
MOVILIZAR SILLA - CAMA Y DEAMBULAR NVO SNY A DRENAJE HARTMAN 100 CC HORA DAD 10% A 30 CC HORA MEPERIDINA  
AMP POR 100 MG DILUIR A 10 CC, EXTRAER 2 CC DE LA MEZCLA Y APLICARLOS EN BOLSA DE 100 CC DE SS CADA 6 HROAS  
SUSPENDER DIPIRONA Y TRAMAL RESTO IGUAL SS CH, ELECTROLITOS, PCR Y GASES ARTERIALES VIGILANCIA CLINICA  
ESTRICTA

**Fecha** : 21.09.2013 / 15:12  
**Responsable** : ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER  
**Tipo Indicación** : DIETA **Clase Indicación** : LIQUIDA COMPLETA  
**Indicación** :  
.

**Fecha** : 24.09.2013 / 09:21  
**Responsable** : HORMIGA, PAOLA ANDREA  
**Tipo Indicación** : OTROS **Clase Indicación** : GENERAL  
**Indicación** :  
NOM: DIETA BLANDA NET CICLICA... SOLO EN LAS NOCHES SUSPENDER LEV DEJAR TH ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 6  
HORAS MEPERIDINA SOLO EN CASO DE DOLRO ONDANSETRON SOLO EN CASO DE VOMITO SUSPENDER RANITIDINA  
OMEPRAZOL 1 CAP EN AYUNAS TOMAR PO AHORA

**Fecha** : 25.09.2013 / 10:43  
**Responsable** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA  
**Tipo Indicación** : OTROS **Clase Indicación** : GENERAL  
**Indicación** :  
RETIRO DE SNY SUSPENDER NET, SUSPENDER ENOXAPARINA OXIBUTINA 5 MG VO CADA NOCHE POR 15 DIAS DIETA BLANDA  
ALTA EN FIBRA EDUCACION POR NUTRICION Y TEO SALIDA MAÑANA

**Alta Médica**

**Fecha de Alta** : 26.09.2013 **Hora** : 08:56  
**Tipo de Alta** : Mejoria  
**Condición al Egreso** : Vivo **Destino** : Casa  
**Complicación Principal** : .

Paciente : MELISSA GALLEGO QUINCHIA

Identificación

: CC - 1115068198

## Historia Clínica General

**Recomendaciones y Signos de Alarma :** SALIDA CON SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR COMO DOLRO ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE, VOMITO, AUSENCIA DE EXPULSION DE FLATOS O DE DEPOSICION. FAMILIAR Y PCTE ENTIENDEN. SE DA INCAPACIDAD MEDICA POR 20 DIAS MAS A PARTIR DEL ALTA, CITA AMBULATORIA CON CX GRAL, UROLOGIA, TERAPIA FISICA, NUTRICION Y TERAPIA ENTEROSTOMAL.

**Responsable Alta** : HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

**Registro Médico:** 194723-04A

**Fecha** : 24.05.2013 / 23:45

**Responsable** : ARCHBOLD, JILL STEPHANIE

**Codigo** : Z988

**Diagnostico** : OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

**Responsable** : ARCHBOLD,JILL STEPHANIE

**Registro Profesional** : 19-02289

**Profesión** : MEDICINA GENERAL

Santiago de Cali, 27 de abril de 2023

**Érika Sánchez Melenje**

Practicante Jurídico

Regional Cali - Colombia

practicantejuridico@comfandi.com.co

Asunto: Concepto Auditoria Médica

De acuerdo con el asunto de la referencia me permito dar respuesta a la solicitud recibida el día el 25 de abril de 2023 vía correo electrónico, en la cual se solicita:

“Considerando que la audiencia se realizará el día viernes 28 de abril de 2023 a las 8:30am, solicito por favor remitir la información y el concepto requerido lo más pronto posible con el fin de realizar la preparación de la audiencia”, procedemos a dar respuesta.

Se trata de las complicaciones presentadas por la paciente MELISSA GALLEGO QUINCHIA, identificada con cédula de ciudadanía 1115068198, posterior a la colecistectomía laparoscópica que le realizaron; a continuación se relacionan las atenciones prestadas a la paciente en IPS Comfandi Buga e IPS Comfandi Clínica Amiga. Es de anotar, que las atenciones realizadas en el Hospital San José de Buga no fueron tenidas en cuenta, toda vez que también están vinculados en el proceso de conciliación, como tal deberán dar respuesta a las peticiones de la paciente.

**Fec. Registro: 23.04.2013 Hora Reg. : 07:35:29**

**Motivo de Consulta:** DOLOR ABDOMINAL

**Enfermedad Actual:** Paciente con cc de 6 horas de evolución consistente en dolor abdominal localizado en nasogástrico de intensidad moderada no irradiado y no se asocia a otros síntomas como vomito diarrea o irritación uretral. fum 19-04-13.

Al examen físico signos vitales dentro de límites de normalidad, hidratada, abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal.

**Código: R104 Diagnóstico:** Otros Dolores Abdominales y los No Especificados

**Plan:** Manejo médico con antiespasmódico y analgésico, egreso con indicación de signos de alarma para consultar por urgencias.

**Fec. Registro: 23.04.2013 Hora Reg. : 11:15:15**

**Motivo de Consulta:** sigo con el dolor

**Enfermedad Actual:** Paciente con cuadro clínico de 6 horas de evolución consistente en dolor abdominal localizado en mesogastrio de intensidad moderada no irradiado y no se asocia a otros síntomas como vomito diarrea o irritación uretral. fum 19-04-13, paciente consulto hace 2 horas se colocó dosis de hioscina ahora reconsulta por persistencia del dolor y escalofrió.

Al examen físico signos vitales dentro de límites de normalidad, hidratada, abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal.

**Análisis y Conducta:** Paciente que reconsulta, no encuentro signos de irritación peritoneal pero considero pertinente la toma de paraclínicos y observación clínica por seguridad de paciente.

**Hora: 13:50**

**Tipo:** Evolución

**Subjetivo:** con mucho dolor y vómitos.

**Objetivo:** TA: 110/70 mm hg, FC: 80 lat/min, FR: 20 resp/min, consciente, alerta, mucosa oral húmedas, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación generalizado, signos de Blumberg (+), Rovsing (+), reporte de paraclínicos: Hemograma: Leucocitos 11.930 mm<sup>3</sup>, Neutrófilos 86%, Linfocitos 8.7 %, plaquetas 245.000 mm<sup>3</sup>, Hemoglobina 13.2 gr/dl, Hematocrito 37.9%. Uroanálisis: PH: 6.0, Proteínas 20 mg/dl, estearasa de leucocitos 75 leu/l, cuerpos cetónicos 20 mg/dl, sangre ++, microscópico gérmenes +, leucocitos: 4-6 por campo, eritrocitos: 2-4 por campo.

**Análisis:** Paciente femenina de 24 años de edad quien cursa con dolor abdominal con puntos positivos para apendicitis aguda; valorada con reporte de paraclínicos en donde se evidencia discreta leucocitosis, con neutrofilia; se decide por ser reingreso y cursa con hallazgos al examen físico comentar con la central de referencia de la SOS para valoración por cirugía general.

**Código:** R104 **Diagnostico:** Otros Dolores Abdominales y los No Especificados

**Código:** K359 **Diagnostico:** Apendicitis Aguda, No Especificada

**Plan:** Se cometa con la central de referencia de la SOS (Alexandra Giraldo) quien comenta que la paciente es aceptada en Hospital San José De Buga.

**Fec. Registro: 27.04.2013 Hora Reg. : 17:36:01**

**Motivo de Consulta:** la operaron de la vesícula y ahora, tiene, vómitos, fiebre.

**Enfermedad Actual:** Paciente femenina de 24 años de edad posoperatorio de colecistectomía por laparoscopia el día 23-04-2013 en Hospital San José De Buga, sin embargo, desde el día 25-04-2013 cursa con cuadro malestar general, dolor



abdominal, vómitos continuos, dolor a nivel de la región dorsolumbar, deposiciones líquidas fétidas (aprox. 10-15 por día), no moco, no sangre, picos febriles no cuantificados tratado con dosis de Acetaminofen tableta y Hiosina tableta 10 mg sin mejoría clínica.

Al examen físico en buen estado general, hidratada, febril (38°C), taquicardica (102 /min.), **abdómen:** cicatriz quirúrgicas sin signos de infección, dolor a la palpación generalizada, no masas no visceromegalias.

**Código:** R509 **Diagnóstico:** Fiebre, No Especificada

**Análisis y Conducta:** Paciente con cuadro febril y posoperatorio de hace 4 días, se comenta al Hospital San José De Buga para traslado y valoración para descartar infección nosocomial de origen gastrointestinales vs urinarios. Valoración por cirugía general y apoyo medicina interna.

**Fec. Registro : 24.05.2013 Hora Reg. : 22:45:15**

Ingresa a Clínica Amiga Cali, remitida del Hospital San José De Buga. Paciente de 25 años de edad a quien el día 23.04.2013 llevan a colecistectomía laparoscópica por coledocitis, dan salida al día siguiente, posteriormente el día 27.04.2013 reconsulta por dolor abdominal encontrándose con abdomen agudo por lo cual deciden realizar laparotomía encontrando con apendicitis + peritonitis generalizada, realizan apendicetomía, dejan abdomen abierto con múltiples lavados ( 29.04.2013, 30.04.2013, 02.05.2013, 04.05.2013) con cierre de cavidad abdominal el 06.05.2013, dan salida el 11.05.2013. La paciente reconsulta el 18.05.2013 por fiebre, diarrea y dolor abdominal, deciden reintervenir encontrando con peritonitis, 500 cc de material purulento fétido en pelvis y goteras parietocolicas derecha e izquierda, 3 fistulas en íleon en segmentos diferentes, dejan nuevamente con vacum pack e intervienen de nuevo el 20.05.2013 y el 23.05. 2013. Reportan aislamiento de Klebsiella, E. Coli y Enterococcus faecalis en cultivo de cavidad abdominal, hemocultivos negativos. Manejada a día 8 hoy de Ertapenem, Ampicilina y Octeotride, remitida de UCI para " manejo con terapia enterostomal",

**Fecha: 26.09.2013 Hora: 08:50**

Egreso de Clínica Amiga.

**Subjetivo:** cirugía general paciente femenina de 25 años posoperatorio de cierre fistula enterocutánea, 10° día, buena tolerancia a la vía oral, leve dolor perilesional en sitio de herida quirúrgica, no dolor abdominal, no vómito, no fiebre, expulsa flatos y hace deposiciones.

**Objetivo:** FC 72/min, FR 16/min, afebril, mucosas rosadas y húmedas pulmones bien ventilados ruidos cardiacos rítmicos no soplos abdomen blando con herida quirúrgica sana escasa salida de líquido serohemático no fuido, no colecciones, no

Blumberg diuresis espontanea adecuada extremidades sin edemas, Sistema nervioso central: alerta, no déficit.

**Análisis:** paciente con posoperatorio favorable tolerando adecuadamente la dieta sin sirs, se considera alta con recomendaciones y signos de alarma, fue valorada por nutrición y terapia enterostomal, dieron educación, se da salida, se explica claramente signos de alarma para reconsultar como dolor abdominal intenso, fiebre, vómito, ausencia de expulsión de flatos o de deposición. Familiar y paciente entienden. Se da incapacidad médica por 20 días más a partir del alta, cita ambulatoria con cirugía general y urología, terapia física, nutrición y terapia enterostomal.

## CONCLUSIÓN:

- Se trata de una paciente que en el mes de abril de 2013 consulto a IPS Comfandi Buga por dolor abdominal, el día 23 consulto a las 7:35 horas, teniendo en cuenta que al examen físico no presentaba signos que hicieran sospechar en una patología abdominal que requiriera cirugía, el médico inicia manejo médico con analgésico y antiespasmódico, da egreso con recomendaciones sobre signos de alarma para reconsultar por urgencias.
- La paciente ante la persistencia del dolor reconsulta el mismo día 23 a las 11:15 horas, en ese momento a la valoración médica no se encuentran al examen físico signos que sugieran un abdomen agudo que requiera valoración por cirugía y llevar a cirugía, sin embargo, el médico, ante la persistencia del dolor con abdomen “negativo”, decide solicitar exámenes de laboratorio y observar su evolución. A las 13:50 horas, revisa el reporte de los exámenes solicitados y revalora la paciente, encuentra que el dolor abdominal persiste, además aparición de vómito, al examen físico con taquicardia, a la valoración de abdomen con Blumberg y Rovsing positivos, que son signos indicativos de irritación peritoneal, de otra parte el hemograma reportaba leucocitosis y neutrofilia, cuadro compatible con Apendicitis, por lo cual inicia proceso de remisión de la paciente para valoración y manejo por cirugía general.
- La paciente reconsulta nuevamente el día 27.04.2013, con cuadro febril y posoperatorio de colecistectomía de hace 4 días, el medico la comenta al Hospital San José De Buga para traslado y valoración para descartar infección nosocomial de origen gastrointestinales vs urinaria y valoración por cirugía general y/o medicina interna.
- El 24.05.2013 es remitida del Hospital San José de Buga a Clínica Amiga para continuar manejo con Terapia Enterostomal, su evolución es lenta

hacia la mejoría, se dio el manejo interdisciplinario requerido para resolver la complicación postquirúrgica presentada por la paciente, se logra cerrar la fístula enterocutánea, el día 26.09.20213 es dada de alta.

- El abordaje manejo dado a la paciente en IPS Comfandi Buga, fue coherente y acorde a lo estipulado en la **GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL ENFOQUE EN CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS EN EL ADOLESCENTE Y EL ADULTO CON DOLOR ABDOMINAL CÓDIGO: ES-GC-0167**
- En IPS Comfandi Clínica Amiga, la paciente también recibió el manejo requerido para las complicaciones presentadas posterior a la cirugía realizada en el Hospital San José de Buga.

Cordialmente,

**IVÁN ALFREDO TAMAYO ACOSTA**

Medico Auditor – Cali

Dirección Salud COMFANDI

**From:** Harold Aristizabal <harold.aristizabal@conava.net>  
**Sent on:** Wednesday, September 6, 2023 9:25:51 PM  
**To:** Juzgado 03 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Guadalajara De Buga <J03ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>  
**CC:** Notificaciones Judiciales <notificacionesjudiciales@comfandi.com.co>; MARTHA STELLA <martha.escallon@conava.net>  
**Subject:** 2023-00060 PODER COMFANDI / ACEPTACION  
**Attachments:** PODER ESPECIAL COMFANDI 761113103003-202300060-00.msg (509 KB)

Señores

**JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUGA**

[J03ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:J03ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E S D

**REF: VERBAL RCMEDICA / PODER Y ACEPTACION DE PODER  
DEMANDANTE MELISSA GALLEGO QUINCHIA Y OTROS  
DEMANDADO CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL  
CAUCA – COMFANDI Y OTROS  
RADICACIÓN 761113103003-202300060-00**

Cordial saludo.

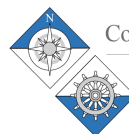
**HAROLD ARISTIZABAL MARIN**, identificado con la C.C. No. 16.678.028, Abogado en ejercicio portador de la T.P. No. 41.291 del C. S. de la Judicatura, dirección electrónica para notificaciones RNA: [harold.aristizabal@conava.net](mailto:harold.aristizabal@conava.net), me permito manifestar que ACEPTO PODER ESPECIAL para que contestar la demanda, formular excepciones, llamar en garantía, proponer incidentes y realice todas las gestiones pertinentes de esta clase de mandato y en defensa de los intereses de la Corporación COMFANDI que me otorga poder **ALEJANDRA JARAMILLO GONZALEZ**, mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificada como aparece en certificado de existencia y representación legal, en su calidad de Director Administrativo suplente (constancia expedida al respecto por la Superintendencia se Subsidio Familiar) y como tal Representante legal de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA- COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**, Corporación de carácter privado, sin ánimo de lucro, con existencia legal y domicilio en Cali, con Nit. 890.303.208-5 y personería jurídica reconocida por Resolución No. 2734 del 3 de octubre de 1957, expedida por el Ministerio de Justicia, dirección electrónica para notificaciones: [notificacionesjudiciales@comfandi.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@comfandi.com.co), y desde el cual se me otorgara el poder, documento que acompaño; consecuentemente solicito en virtud de tal reconocimiento se me de acceso al expediente digital del proceso de la referencia compartiendo el link por este mismo medio electrónico.

Sinceramente.,

Harold Aristizábal Marín  
TP. 41291 CSJ  
CC 16678028  
RNA [harold.aristizabal@conava.net](mailto:harold.aristizabal@conava.net)

**HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN**  
Director General

CEL: +57 315 401 22 01  
EMAIL: ham.conava@gmail.com - conava@conava.net  
PBX: +57 - 2 488 09 99 FAX: +57 - 2 893 31 77 / 893 32 31  
Carrera 3A Oeste No. 2 - 43 Barrio "El peñón"  
Código Postal 760044  
Santiago de Cali - Colombia



Consorcio Aristizábal Velásquez  
Abogados Ltda.

[↓ Descargar](#) ...

02-PODER ESPECIAL COM....msg

[📄 Información](#)| [◀](#) 4 / 22[▶](#)

**From:** Notificaciones Judiciales <notificacionesjudiciales@comfandi.com.co>  
**Sent on:** Wednesday, September 6, 2023 3:11:18 PM  
**To:** Harold Aristizabal <harold.aristizabal@conava.net>  
**Subject:** PODER ESPECIAL COMFANDI || 761113103003-202300060-00  
**Attachments:** Poder Comfandi-Melissa Gallego.pdf (124.92 KB), Certificado de existencia y representación legal Septiembre 2023.pdf (172.78 KB)

Buenos días,

Comedidamente remito poder especial para ejercer la representación de la compañía dentro del proceso del asunto.

Adjunto certificado de existencia y representación legal actualizado.

Cordialmente,



**Aviso de confidencialidad:** La información contenida en este mensaje electrónico y sus anexos es confidencial, no es dominio público y está destinada únicamente a la persona y organización a quien está dirigida. Si este mensaje no está dirigido a usted, por favor tenga presente que no tiene autorización para leer este email, copiarlo, usarlo o derivarlo a cualquier otra persona que no sea aquella a quien está dirigido. Si recibe este mensaje por error, por favor avise de manera inmediata al remitente, luego de lo cual rogamos a usted destruya el mensaje original. Cualquier retención, difusión, distribución, copia y/o de la información contenida en él, está totalmente prohibido y podrá ser objeto de sanción en términos establecidos por la ley.