



"IPS UNIVERSITARIA"
Servicios de Salud
Universidad de Antioquia

CLINICA LEON XIII

FORMATO F3

Calle 69 No. 51C-24 - Teléfono: 516 7300
Antioquia - Medellín

DATOS DEL PACIENTE				
Paciente	GUILLERMO OCARIS YEPES MESA		Identificación	8385210
Fecha Nacimiento	28/09/1944		Tipo Identificación	CC - Cédula de Ciudadanía
Edad	74 Años		Género	Masculino
Teléfono Domicilio	3122674224		Teléfono Celular	3022923835
Servicio que Admite	Hospitalización		Contrato ERP	1473-MEDIMAS EPS 2018
Nro de Atención	4429081		Nro de Ingreso	2516150
Fecha/hora Ingreso	14/11/2018 15:16:57		Código de Admisión	4429081
Fecha/hora Triaje	14/11/2018 15:31:31		Autorización	Admisión rapida
Fecha/hora Atención	14/11/2018 18:28:17			
Nivel educativo	Profesional			
Pertenencia Etnica	Otras etnias			
Grupo poblacional	Población general			
Credo religioso	Católica			
Datos adicionales				
Tipo Vinculación: Contributivo Estado Civil: Unión Libre Ocupación: Pensionados Acompañante: MARGARITA ARIAS Telefono Acompañante: 3122674224 Autoriza participación de estudiantes: No Aplica		Lugar Residencia: BARRIO LOS ALMENDROS N 14-85 Via de Ingreso: ESPONTANEO Causa Externa: Enfermedad General Responsable: MARGARITA Telefono Responsable: 3122674224 Parentesco: ESPOSA		
Motivo de Consulta				
"estoy muy hinchado"				
Enfermedad Actual				
paciente de 74 años de edad residente de santa barbara, union libre acompañante esposa hijos 4 paciente con cuadro clínico de una semana de iniciar con edema de miembros inferiores que a progresado con disnea de reposo, tos productiva diaforesis no dolor en el torax, adinamia astenia ortopnea disnea parosistica nocturna por lo que consulto en primer nivel de atención donde iniciaron manejo diuretico y por retención urinaria le dejaron sonda vesical en el momento fue dado de alta.				
Revisión por Sistemas		Signos vitales		
niega		PA: 122/54 - FC: 85 - FR: 20 - Glasgow: 15/15 - Peso: 86 - Talla: - SaO2: 98 - Dextrometer: - Temp:		
Antecedentes Personales		Antecedentes Familiares		
patológicos: DM IR, neuropatia diabetuica HTA ERC falla cardica hipotiroidismos IAM en el 2011 cardiopatia isquemica EPOC oxigeno requiriente 16 horas al dia. Quirúrgicos: Fx de arco cicomatico alergias: no refiere tóxicos: exfumador y consumo de licor		no refiere		
Alérgicos		No		
Consumo medicamentos naturales		NO		
Tratamiento Actual				
losartan 25mg cada dia amlodipino 10mg cada dia asa 100mg cada dia levotiroxina 150mcg cada dia furosemida 80mg cada dia isordil 10mg cada dia ins glulisina 10U cada 8 horas ins glargina 30U cada dia				
Exámen Físico				
Aspectos Generales	paciente en aceptables condiciones generales alerta sin esfuerzo respiratorio conectado a toma de oxigeno sat 92%	Cabeza y cuello	Normal	
Ojos	Normal	Otorrinolaringología	No aplica	
Cardiovascular	Normal	Pulmonar	Normal	
Abdomen	Normal	Genitourinario	Anormal	
Osteomuscular	Normal	Piel	No aplica	
Neurológico	Normal	Tacto Rectal	No aplica	
Tacto vaginal	No aplica	Tacto vaginal	No aplica	



Cabeza: normocefalo sin rigidez de cuello Ojos: conjuntivas rosadas escleras anictericas Otorrinolaringologia: mucosa oral seca Cardiovascular: RSCrs sin soplos Pulmonar: MV disminuido sin agregados en ambos campos pulmonares Abdomen: blando depresible con abundante panico adiposo sin masas palpables Genitourinario: portador de sonda vesical Osteomuscular: edema grado III con fovea de miembros inferiores llenado capilar distal presente menor de 2seg Neurológico: alerta orientado en las 3 esferas sin deficit motor o sensitivo			
Plan		paciente en la octava década de la vida con antecedente de DM IR, neuropatia diabetuica HTA ERC falla cardiaca hipotiroidismo IAM en el 2011 cardiopatia isquemica EPOC oxigeno requiriente 16 horas al dia. en el momento con signos de sobrecarga hidrica se ingresa con sospecha de falla cardiaca agudizada interconsulta a medicina interna se inicia manejo medico se solicita Bun cr ionograma ekg rx de torax gases arteriales concilio medicación orden de gastroproteccion y tromboprofilaxis se solicita curaciones de la herida de miembro inferior derecho se solicita concepto urologia por retenciones urinarias	
Impresión Diagnóstica			
Diag. principal	I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA		
Diag. relacionado 1	N189 - ENFERMEDAD RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA		
Diag. relacionado 2			
Diag. relacionado 3			
Funcionario	Registro	Enviado a	Firma
Inyerma Giraldo Gomez - Doc. 8431100 - Medicina General	23-2003-11	OBSERVACION	





"IPS UNIVERSITARIA"
Servicios de Salud
Universidad de Antioquia

CLINICA LEON XIII
Calle 69 No. 51C-24 - Teléfono: 516 7300
Antioquia - Medellín

**NOTA RONDA E
INTERCONSULTA**

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente	GUILLERMO OCARIS YEPES MESA	Identificación	8385210
Fecha Nacimiento	28/09/1944	Tipo Identificación	CC - Cédula de Ciudadanía
Edad	74 Años	Género	Masculino
Teléfono Domicilio	3122674224	Teléfono Celular	3022923835
Servicio que Admite	Hospitalización	Contrato ERP	1473-MEDIMAS EPS 2018
Nro de Atención	4429081	Nro de Ingreso	2516150

NOTA	
Fecha	15/11/2018 02:13
Servicio	Bloque 3 - Urgencias - Camillas Sala 4 Urgencias

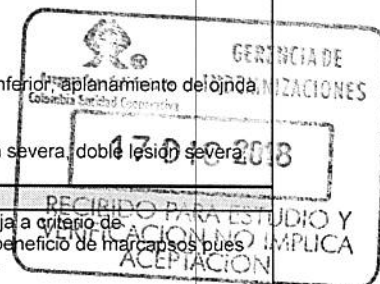
Subjetivo
Paciente de 74 años de edad residente de santa barbara, unión libre acompañante esposa hijos 4 CLase funcional III/IV Antecedentes: patológicos: * DM IR *neuropatía diabética *HTA *ERC *falla cardíaca FEVI 24% del 24/07/2018 *hipotiroidismo *IAM en el 2011 *cardiopatía isquémica *EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. Quirúrgicos: Fx de arco cigomático alergias: no refiere tóxicos: exfumador y consumo de licor Ecocardiograma del 24/07/2018: *Disfunción diastólica del ventrículo izquierdo FEVI 24% *insuficiencia moderada de válvula mitral *estenosis severa de válvula aórtica con insuficiencia leve *válvula tricúspide con insuficiencia leve paciente con cuadro clínico de una semana de iniciar con edema de miembros inferiores que a progresado con disnea de reposo, tos productiva diaforesis, no dolor en el tórax, adinamia astenia ortopnea disnea paroxística nocturna por lo que consulto en primer nivel de atención donde iniciaron manejo diurético y por retención urinaria le dejaron sonda vesical en el momento fue dado de alta. en el momento refiere leve mejoría de los síntomas: disminución de la sensación de disnea
Objetivo



Regulares condiciones generales alerta sin esfuerzo respiratorio PA: 122/54 - FC: 60- FR: 20 - SaO2: 98 Cabeza: normocefalo sin rigidez de cuello Ojos: conjuntivas rosadas escleras anictericas Otorrinolaringología: mucosa oral seca Cardiovascular: RsCrs sin soplos Pulmonar: MV disminuido sin agregados en ambos campos pulmonares Abdomen: blando depresible con abundante panico adiposo sin masas palpables Genitourinario: portador de sonda vesical Osteomuscular: edema grado III con fovea de miembros inferiores llenado capilar distal presente menor de 2seg Neurológico: alerta orientado en las 3 esferas sin déficit motor o sensitivo Paraclinicos: BUN 119.3 Creatinina 3.72 Na 142 K 5.59 Cl 107.9 TFG 16 ml/min Leucos 11440 neutrofilos 65% Hgb 11.3 plaquetas 227000 RX de tórax: proyección AP únicamente silueta cardiaca severamente dilatada signos de derrame pleural derecho sin signos de consolidación EKG: F 46 ritmo sinusal eje normal sin supra o infradesnivel del ST Gases arteriales: PH 7.326 Po2 107 Pco2 34 Hco3 17.4 lactato 1 PAfi 334			
Analisis			
Paciente masculino de 74 años con antecedentes de cardiopatía isquemia y falla cardiaca FEVI 24% según ecocardiograma del 24/07/2018 quien ingreso por cuadro de 1 semana de evolución de clínica de falla cardiaca descompensada, ademas hoy presento episodio de retención urinaria por lo cual se le aplico sonda vesical. en el momento refiere mejoría de la disnea, con adecuada diuresis en cistoflo edemas en miembros inferiores paraclínicos con función renal que indica falla cardiaca con TFG 16 se considera paciente con falla cardiaca descompensada, ademas con falla renal estadio IV-V , tiene pendiente valoración por medicina interna y urologia por hallazgos en función renal se solicita valoración por nefrologia, se inicia manejo con salbutamol como manejo para hiperkalemia			
Plan a seguir			
*se inicia salbutamol 2 puff cada 20 minutos *se solicita valoración por nefrologia			
Justificacion			
Falla cardiaca descompensada/falla renal posiblemente cronica agudizada - Escala Severidad: 8.Estado cardiaco inaceptable.			
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Edwar Arley Suarez Sanabria	Firma	 UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia 1E98AFA714643CF2616A36AEE33C1166
	Registro: Nroidentificacion: 1049609547		
Especialidad	Medicina General		
INTERCONSULTA			
Fecha	15/11/2018 09:59		
Servicio	Bloque 3 - Urgencias - Camillas Sala 4 Urgencias		
Subjetivo			

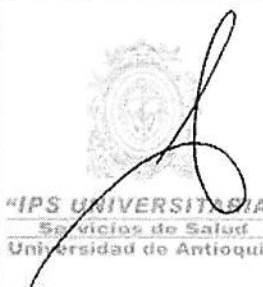


RONDA DE MEDICINA INTERNA	
Guillermo.	
Paciente de sexo masculino 74 años de edad residente de santa barbara, union libre acompañante esposa hijos 4	
AP:	
: DM IR, neuropatia diabetica HTA ERC falla cardica hipotiroidismo IAM en el 2011 cardiopatia isquemica EPOC oxigeno requiriente 16 horas al dia. Quirúrgicos: Fx de arco cicomatico alergias: no refiere tóxicos: exfumador y consumo de licor	
Tto ambulatorio:	
losartan 25mg cada dia amlodipino 10mg cada dia asa 100mg cada dia levotiroxina 150mcg cada dia furosemida 80mg cada dia isordil 10mg cada dia ins glulisina 10U cada 8 horas ins glargina 30U cada dia	
Dx hospitalario: 1. ICC.	
MC y EA:	
n cuadro clínico de una semana de iniciar con edema de miembros inferiores que a progresado con disnea de reposo, tos productiva diaforesis, no dolor en el torax, adinamia astenia ortopnea disnea parosistica nocturna por lo que consulto en primer nivel de atención donde iniciaron manejo diuretico y por retención urinaria le dejaron sonda vesical en el momento fue dado de alta. Paciente valorado por cardiólogo ambulatorio quien remite para valoración por cardiólogía y Qx cardiovascular.	
RxS: Negativo	
Objetivo	
EF:	
Paciente en aparentes buenas condiciones generales, disnea en reposo , hidratada. Fc 185/minuto, PA: 70/40 mmHg, FR: 18 minuto, T: Afebril, Sat 92%	
Cabeza y cuello Sin hallazgos patológicos, corazón rítmico, soplos holosistólico/diastólico audible en todos los focos, pulmones murmullo vesicular inadecuado disminuido bilateralmente crépitos bilaterales, abdomen sin masas no doloroso, miembros inferiores edemas grado III, sin deficit focal neurológico, paciente adecuada memoria y calculo, buen introspección, sin compromiso de pares craneanos, sin rigidez nuchal.	
Paciente que según control de enfermería pasala noche afebril, estable, adecuada saturación, hipotenso y bradico en las tomas de signos vitales	
Reporte de parámetros 15-11-2018: leucocitos 11440, hb 11.3, vcm 89fl, plaquetas 227.000, neutrofilos 7440, linfocitos 2650, sedimento urinario que hematurico, sugiere trauma	
RX detorax con gran cardiomegalia, cefalización del flujo hallazgos que sugiere sobrecarga pulmonar.	
EKG 14-11-2018: ritmo sinusal fc 46 minuto, pr 288 ml segundos, qrs 94 ml segundos, qtc 376 ml segundos, QS cara inferior, aplanamiento de onda t que sugiere sobrecarga.	
Ecocardiograma 24-7-2018: ICC FEV 24%, dilatación ventrículo derecho, insuficiencia mitral moderada, calcificación aórtica severa, doble lesión severa tricúspide con insuficiencia leve	
Análisis	
Paciente con ICC descompensada, severa valvulopatía,, se solicita concepto de cardiología y Qx cardiovascular, se deja a criterio de subespecialidades el beneficio de prueba inductora de isquemia, por bradicardia persisten creo se puede considerar beneficio de marcapasos pues el bloqueo es completo avanzado y es posible que genere bajo gasto, en paciente que no consume bradicardizantes.	
Solicito TSH	
Se procede a hospitalizar paciente se explica el plan de manejo a seguir	
Plan a seguir	
Ver análisis	
Justificación	
ICC descompensada, enfermedad coronaria, valvulopatía severa, hipertensión pulmonar, bloqueo AV grado 1 avanzado sintomático. - Escala Severidad: 8. Estado cardíaco inaceptable.	
Diagnostico	
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	



Funcionario	Andres Humberto Ospina Perez Registro: 5-2245-06 Nroidentificacion: 3399701	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia
Especialidad	Medicina Interna		

NOTA	
Fecha	15/11/2018 10:02
Servicio	Bloque 3 - Urgencias - Camillas Sala 4 Urgencias
Subjetivo	
Suspendop amlodipino y dinitrato de isosorbide por cifras tensionales severamente disminuidas	
Objetivo	
.	
Analisis	
.	
Plan a seguir	
.	
Justificacion	
. - Escala Severidad: 8.Estado cardiaco inaceptable.	
Diagnostico	
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	

Funcionario	Andres Humberto Ospina Perez Registro: 5-2245-06 Nroidentificacion: 3399701	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia
Especialidad	Medicina Interna		

INTERCONSULTA	
Fecha	15/11/2018 11:15
Servicio	Bloque 3 - Urgencias - Camillas Sala 4 Urgencias
Subjetivo	

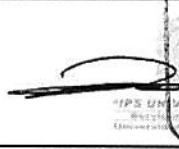


CX CARDIOVASCULAR paciente 74 años, masculino Enterado del caso DX Estenosis aortica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% DM Obesidad EPOC oxigeno dependiente Falla renal AP: : DM IR, neuropatia diabetuica HTA ERC falla cardica hipotiroidismo IAM en el 2011 cardiopatia isquemica EPOC oxigeno requiriente 16 horas al dia. Quirúrgicos: Fx de arco cicomatico alergias: no refiere tóxicos: exfumador y consumo de licor Tto ambulatorio: losartan 25mg cada dia amlodipino 10mg cada dia asa 100mg cada dia levotiroxina 150mcg cada dia furosemida 80mg cada dia isordil 10mg cada dia ins glulisina 10U cada 8 horas ins glargina 30U cada dia			
Objetivo			
Regulares condiciones En el momento sin oxigeno FC: 80 afebril Ruidos cardiacos ritmicos con soplo aortico sistolico Murmulo vesicular disminuido en ambos campos Obeso morbindo			
Analisis			
Paciente de 74 años, masculino, multiples comorbilidades como obesidad, EPOC oxigeno dependiente; falla renal, DM ahora con estenosis aortica CRITICA, el paciente es funcional Ordeno coronariografia y sera presentado en staff medico con resultado para definir TAVI vs cirugia			
Plan a seguir			
coronariografia Nueva valoracion con resultado			
Justificacion			
Estenosis aortica CRITICA por area y gradiente medio - Escala Severidad: 8.Estado cardiaco inaceptable.			
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Rafael Jose Meza Jimenez Registro: 5-2011-03 Nroidentificacion: 71335419	Firma	 IPS UNIVERSITARIA Servicio de Salud Universidad de Antioquia
Especialidad	Cirugia Cardiovascular		

INTERCONSULTA	
Fecha	15/11/2018 12:14
Servicio	Bloque 3 - Urgencias - Camillas Sala 4 Urgencias
Subjetivo	

17 DIC 2018

RECIBIDO PARA ESTUDIO Y VERIFICACION NO IMPLICA ACEPTACION

NEFROLOGIA			
Guillermo Yepes, 74 años, Clase funcional III/IV MC y EA: Paciente con ERC ingresa por cuadro clínico de una semana de iniciar con edema de miembros inferiores que a progresado con disnea de reposo, tos productiva diaforésis, adinamia, astenia, ortopnea, disnea paroxística nocturna, niega dolor torácico, consulto en primer nivel de atención donde iniciaron manejo diurético y por retención urinaria le dejaron sonda vesical. Antecedentes: -Patológicos: *DM IR *Neuropatía diabética *HTA *ERC *falla cardíaca FEVI 24% del 24/07/2018 *hipotiroidismo *IAM en el 2011 *cardiopatía isquémica *Valvulopatía aórtica: estenosis severa *EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. -Quirúrgicos: Fx de arco cigomático -Alergias: no refiere -Tóxicos: exfumador y consumo de licor			
Objetivo			
Paciente en aceptables condiciones generales, alerta PA: 70/35, FC: 47, FR: 20, SaO2: 97% Mucosa seca, cuello sin IY RsCsRs sin soplos Murmulo vesicular disminuido sin agregados en ambos campos pulmonares Extremidades edema grado III con fovea de miembros inferiores llenado capilar distal menor de 2seg Neurológico: alerta orientado en las 3 esferas sin déficit motor o sensitivo Paraclínicos: Hb 11.3 Leucos 11440 N: 65% plaquetas 227000, Uroanálisis: nitritos negativos, proteínas: 30, sedimento: leucos: 10-20 ap, hemates: >60AP, moco cantidad escasa. Gram: no se observan bacterias, respuesta leucocitaria moderada 14/11/18: BUN 119.3 Creatinina 3.72 Na 142 K 5.59 Cl 107.9 Extrahospitalario: Ecocardiograma del 24/07/2018: *Disfunción diastólica del ventrículo izquierdo FEVI 24% *insuficiencia moderada de aorticamitral *estenosis severa de válvula aórtica con insuficiencia leve *válvula tricúspide con insuficiencia leve			
Análisis			
Paciente de 74 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, con doble antiagregación, falla cardíaca con estenosis crítica aórtica, ya valorada por Cx cardiovascular quien ordena coronariografía y staff médico para definir TAVI vs cirugía, cursa con ERC agudizada con uremia, hiperkalemia, con requerimiento de inicio de TRR tipo hemodialisis, solicito inserción de catéter yugular tunelizado por radiología intervencionista, serología predialisis y se deja orden de hemodialisis			
Plan a seguir			
*TP-TPT -Inserción de catéter yugular tunelizado por radiología intervencionista -Hemodialisis cuando tenga acceso vascular -VIH, VDRL, Ag HBs, Ac VHC			
Justificación			
Estenosis aórtica CRÍTICA por área y gradiente medio/ ERC agudizada - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnóstico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Juan Sebastian Gomez Villalobos	Firma	 17 DIC 2018 RECIBIDO PARA ESTUDIO Y VERIFICACION NO IMPLICA ACEPTACION
	Registro: 18-0304-10 Nroidentificacion: 80875849		
Especialidad	Nefrología		
Preparo	Giseth Juliana Tavera Restrepo	Firma	
	Registro: 05-1263-11 Nroidentificacion: 1017142120		
Especialidad	Medicina General		
INTERCONSULTA			
Fecha	15/11/2018 12:18		
Servicio	Bloque 3 - Urgencias - Camillas Sala 4 Urgencias		
Subjetivo			

UROLOGIA Paciente de 74 años -ICC descompensada AP: DM IR, neuropatía diabética HTA ERC falla cardíaca hipotiroidismo IAM en el 2011 cardiopatía isquémica EPOC oxígeno requeriente 16 horas al día IC porque presentó episodio de RAO. Paciente con cuadro de LUTS obstructivos refiere disminución de calibre del chorro intermitencia nicturia 4 sin pujo uicio episodio de RAO hace 8 años niega episodios de hematuria o ITU asociada ya derivado son sonda vesical disneico ortopnea no tolera decubito			
Objetivo			
Regulares condiciones disneico no tolera decubito Abdomen sin globo vesical sonda uretrovesical con orina clara funcional *4/11 CR 3.7, NA 142, K 5.59, BUN 119, GB 11440, HB 11.3, PLAQ227000, N 65% PO GB 10-20, GR >60 GRAM sin bacterias			
Análisis			
Paciente hospitalizado por ICC descompensada presentó episodio de RAO, consideramos requiere estudios de HPB ambulatorios por condiciones actuales del paciente. Debe continuar con sonda vesical y dar alta con la misma se dejan ordenes ambulatorias de ecografía renal y de vías urinarias cita control ambulatoria por urología se explica al paciente e hijo de acuerdo entiende y acepta			
Plan a seguir			
Alta por urología se dejan ordenes de prealta Alta con sonda vesical			
Justificación			
Alta por urología - Escala Severidad: 8. Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnóstico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Alina Giraldo Arismendi	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia
	Registro: 5-1137-04 Nro identificación: 43158450		
Especialidad	Urología		
NOTA			
Fecha	15/11/2018 15:27		
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte		
Subjetivo			
Ingreso a piso - Cama 524 Guillermo Yepes, 74 años, Clase funcional III/IV, residente de Santa Bárbara, unión libre, Casado, 4 hijos, cesante, independiente de ABC básico e instrumentado. FI 15/11/2018 Dx - Falla cardíaca descompensada Stevenson B -- Estenosis aórtica CRÍTICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmHg FE: 24% - ERC agudizada *criterios de hemodialisis -- Hiperuremia -- Hiperkalemia - DM -- Insulinorrequiriente Antecedentes personales: * Patológicos: *DM IR *Neuropatía diabética *HTA *ERC *falla cardíaca FEVI 24% del 24/07/2018 *hipotiroidismo *IAM en el 2011 *cardiopatía isquémica *Valvulopatía aórtica; estenosis severa *EPOC oxígeno requeriente 16 horas al día. * Quirúrgicos: fx arco sigomático *Alérgicos: Niega * Transfusionales: Niega *Familiares: desconoce *Toxicológicos: exfumador *. Tto ambulatorio: losartan 25mg cada día - amlodipino 10mg cada día -asa 100mg cada día -levotiroxina 150mcg cada día -furosemida 80mg cada día -isordil 10mg cada día -insulina glulisina 10U cada 8 horas -ins glargina 30U cada día EA paciente que consultó por cuadro de 7 días de evolución de aumento de la disnea, ahora en reposo, ortopnea, tos nocturna sin fiebre, asociado a retención urinaria. Subjetivo: refiere estar en mejores condiciones generales, mejoría de la disnea, sin dolor torácico, tos seca ocasional, no picos febriles, tolera vía oral.			
Objetivo			



Ex físico
P/A 80/42 Fc 49xmin FR18xmin So2 95% Fio2 32%
Orientado, tranquilo, se encuentra en compañía de su esposa.
CYC: No edema en cara, mucosa oral algo seca sin lesiones, no IY
CP: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin agregados.
Abd: Gran pániculo adiposo, blando depresible no doloroso a la palpación
GU: sonda vesical sin hematuria
Ext: Edema grado III con fovea movimiento de dedos presente, pulsos distales +.

Paraclínicos:
15/11/2018 Hb 11.3 HTC 34.8% Leucos 11440 N: 65% plaquetas 227000.
TSH 1.57
Troponina I 0.329 (0-0.060)
Gases arteriales:
PH 7.326 Po2 107 Pco2 34 Hco3 17.4 lactato 1 Pafi 334
Uroanálisis: nitritos negativos, proteínas: 30, sedimento: leucos: 10-20 ap, hematíes: >60AP, moco cantidad escasa. Gram: no se observan bacterias, respuesta leucocitaria moderada
14/11/18: BUN 119.3 Creatinina 3.72 Na 142 K 5.59 Cl 107.9

Imágenes
RX de tórax: proyección AP únicamente silueta cardíaca severamente dilatada signos de derrame pleural derecho sin signos de consolidación
15/11/2018 02:00 EKG: F 46 ritmo sinusal eje normal sin supra o infradesnivel del ST
Extrahospitalario: Ecocardiograma del 24/07/2018: *Disfunción diastólica del ventrículo izquierdo FEVI 24% *insuficiencia moderada de aorticamitral *estenosis severa de válvula aórtica con insuficiencia leve *válvula tricúspide con insuficiencia leve.

Analisis

Guillermo 74 años, ingresa al servicio de hospitalización desde el servicio de urgencias por cuadro de descompensación de falla cardíaca por estenosis aórtica severa, además con IRC agudizada con criterios de hemodiálisis, ahora paciente con mejoría de la disnea, le ordenan troponinas las cuales son positivas, pero en el contexto de paciente renal puede ser un falso positivo, además no tiene dolor precordial ni inestabilidad hemodinámica, se ordena EKG para evaluar cambios dinámicos, ya fue valorado por cardiología, quienes ordenan cateterismo cardíaco y staff para definir TAVI vs cirugía, el paciente y su esposa entienden, por ahora continúa igual manejo médico, IC a nutrición, se explica.

Plan a seguir

+ Hospitalizar por medicina interna -Nefrología- Cardiología
- IC nutrición
- Control glicémico
- EKG control
- Control de peso diario
- Control de signos vitales cada 6 hrs
- Pendiente paraclínicos y hemodialisis

Justificación

Ingreso a piso. Hospitalizado por medicina interna. ERC agudizada. Estenosis aórtica. - Escala Severidad: 8. Estado cardíaco inaceptable.

Diagnostico

I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Funcionario Sara Maitte Trujillo Castro
Registro:
Nro identificación: 1128392619

Firma



Especialidad Medicina General

NOTA

Fecha 15/11/2018 18:12

Servicio Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte

Subjetivo

Pendiente realización de EKG

Objetivo

.

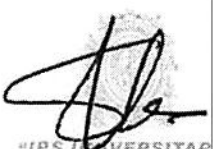
Analisis

.

Plan a seguir

Paciente con troponina positivas, paciente sin dolor precordial, sin inestabilidad hemodinámica, posible falso positivo, a la espera de EKG para evaluar cambios dinámicos, se explica al paciente y su esposa.

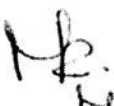
Justificación

Nota adicional - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Sara Maitte Trujillo Castro Registro: Nroidentificacion: 1128392619	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia 1CB33B18DE33092350F35E2DA69C9739
Especialidad	Medicina General		

NOTA	
Fecha	15/11/2018 18:58
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte
Subjetivo	
Lectura de EKG	
Objetivo	
EKG: FC45xmin bloqueo AV sin supra o infradesnivel, no alteracion en la onda T	
Analisis	
Paciente de 74 años con estenosis aortica severa y ERC agudizada con criterios de diálisis, sin dolor torácico, se ordenaron troponicas las cuales son positivas, posiblemente falso positivo por patologias de base del paciente, sin cambios dinamicos en EKG, continua vigilancia intrahospitalaria, pendiente Hemodialisis y cateterismo cardiaco.	
Plan a seguir	
- Continua igual manejo - Pendiente hemodialisis y cateterismo cardiaco	
Justificacion	
Lectura EKG - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.	

Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Sara Maitte Trujillo Castro Registro: Nroidentificacion: 1128392619	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia 1CB33B18DE33092350F35E2DA69C9739
Especialidad	Medicina General		

NOTA	
Fecha	16/11/2018 00:07
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte
Subjetivo	
VALORACION POR hipoglicemia de 42	
Objetivo	
paciente hiporexico asociado a hipoglicemia	
Analisis	
paciente que estuvo sin via oral durante el día , presentando hipoglicemia ; queda sin via oral por cateterismo con glucometria de 42 ; SE REQUIERE VIGILANCIA YA QUE LE APLICARON INSULINAS DEL DIA	
Plan a seguir	
se pasa bolo de dextrosa al 10% 250CC Y SE DEJA FLUJO CALORICO mientras inicia su via oral	
Justificacion	
VALORACION POR hipoglicemia de 42 - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.	

Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Monica Echavarria Ruhle Registro: 1153589 Nroidentificacion: 42873898	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia

Especialidad	Medicina General
---------------------	------------------

INTERCONSULTA

Fecha	16/11/2018 09:34
--------------	------------------

Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte
-----------------	---

Subjetivo

Se le explicó al pte y a su hijo la coronariografía, así como sus riesgos y complicaciones, incluyendo: muerte, ACV, IAM, daño vascular, falla renal, arritmias, sangrado, hematoma, etc. El pte y su hijo dicen entender y voluntariamente aceptan la realización del procedimiento.

Objetivo

Se llevó al laboratorio de cateterismo cardíaco, y se canuló la AFCD con un introductor 5Fr y se usaron catéteres de Judkins izq y der 5Fr asa 4, con los cuales se obtuvieron imágenes diagnósticas del árbol coronario, encontrando: TPI: Lesión distal de 90%. ADA: Calcifica. Lesión ostial suboclusiva y lesión suboclusiva en tercio medio, con aceptable lecho distal. Diagonales: Sin lesiones significativas. LCx: Lesión ostial 90%, excéntrica, con oclusión después de origen de gran OM2. ACD: Dominante, ocluida en tercio medio y llena distalmente por colaterales heterocoronarias. ADP y APL: Sin lesiones aparentes en el presente estudio.

Una vez terminado el procedimiento, se trasladó pte a la unidad de recuperación sin complicaciones iniciales.

Análisis

Pte con estenosis valvular aórtica crítica por ecocardiografía y con enfermedad coronaria severa de tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular.

Plan a seguir

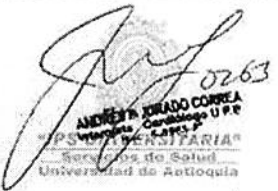
1. Decanular ya
2. Reposo absoluto hasta por 6 hrs post decanulación
3. Sin Salina a 0.5 ml/kg/hr hasta 1000 ml
4. Vigilar signos de sangrado/hematoma/pulsos distales MID
5. Resto de manejo por MDs tratantes.
6. Ev. por CxCV y Nefrología.

Justificación

Post coronariografía. - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.

Diagnostico

I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Funcionario	Andres Felipe Jurado Correa	Firma	
	Registro: 5-8263 Nroidentificacion: 71726692		

Especialidad	Hemodinamia
---------------------	-------------

INTERCONSULTA

Fecha	16/11/2018 10:16
--------------	------------------

Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte
-----------------	---

Subjetivo

...

Objetivo

...

Análisis

...

Plan a seguir

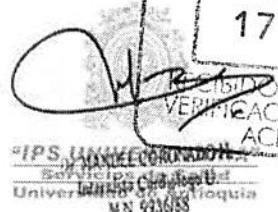
Se sube a la habitación y el paciente se encuentra en hemodinamia al momento de la IC.

Justificación

Se sube a la habitación y el paciente se encuentra en hemodinamia al momento de la IC. - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.

Diagnostico

I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

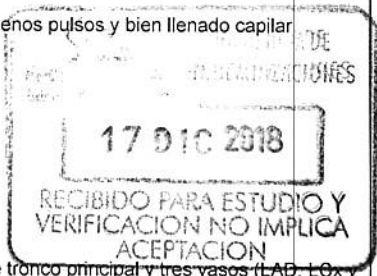
Funcionario	Manuel Coronado Hoyos	Firma	
	Registro: 9936-88 Nroidentificacion: 15042750		

Especialidad	Cardiología
---------------------	-------------

NOTA

Fecha	16/11/2018 11:45
--------------	------------------

Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte
-----------------	---

Subjetivo	
CAMA 503AS	
GUILLERMO OCARIS YEPES MEZA Paciente de 74 años, Clase funcional III/IV, residente de santa Bárbara, unión libre, Casado, 4 hijos, cesante. Independiente de ABC básico e instrumentado No aislado con acompañante Ingreso 15/11/18 DIAGNOSTICO - Falla cardiaca descompensada Stevenson B * Estenosis aortica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% - ERC agudizada con criterios de hemodialisis * Hiperuremia * Hiperkalemia - DM Insulinorrequiriente ANTECEDENTES - Patológicos: DM IR Neuropatia diabética HTA ERC falla cardíaca FEVI 24% del 24/07/2018 hipotiroidismo IAM en el 2011 cardiopatía isquémica Valvulopatía aortica; estenosis severa EPOC oxigeno requiriente 16 horas al día. - Quirúrgicos: fx arco sigomático Alérgicos: Niega - Transfusionales: Niega - Familiares: desconoce - Toxicológicos: exfumador - Medicación ambulatoria: losartan 25mg c día amlodipino 10mg día asa 100mg día levotiroxina 150mcg día furosemida 80mg día isordil 10mg día insulina glulisina 10U cada 8 horas -insulina glargina 30U día TTO MEDICO dextrosa al 10% a 30 cc/ hora enoxaparina 40 mg día furosemida 20 mg cada 8 horas insulina glargina 30 UI día insulina glulisina 10UI cada 8 horas levotiroxina 150 mcg día omeprazol 20 mg día salbutamol 2 puff cada 4 horas Se siente muy bien	
Objetivo	
Paciente en buenas condiciones generales Afebril PA 122/65 PAM 84 FC 51 FR 16 SaO2 100% T 36.5 Hemodinámicamente estable Cabeza normocéfalo Ojos PINR escleras hipocrómicas movimientos oculares conservados Orl mucosas húmedas anictéricas sin lesiones en la boca Cuello móvil no rigidez de nuca sin adenopatías y sin ingurgitación yugular Tórax expansible sin SDR bien ventilado sin ruidos sobreagregados Rs cs rs sin soplos Abdomen blando depresible peristaltismo presente sin irritación peritoneal Neurológico glasgow 15/15 sin déficit ni motor ni sensitivo no focalización Extremidades inferiores en la región inguinal derecha no hay sangrado tiene gasa limpia sin edemas con buenos pulsos y bien llenado capilar --- REPORTES --- Glucometrias 15/11/18 6:00 63 12:00 139 18:00 127 22:00 45 16/11/18 00:00 90 6:00 85 Bun 116.2 cr 3.26 na 143.8 k 4.85 cl 111.0 CATETERISMO Análisis Pte con estenosis valvular aórtica crítica por ecocardiografía y con enfermedad coronaria severa de tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular	
Análisis	
Paciente de 74 años, ingresa al servicio de hospitalización desde el servicio de urgencias por cuadro de descompensación de falla cardiaca por estenosis aortica severa, además con IRC agudizada con criterios de hemodiálisis, ahora paciente con mejoría de la disnea, le ordenan troponinas las cuales son positivas, pero en el contexto de paciente renal puede ser un falso positivo, se ordena EKG para evaluar cambios dinámicos, ya fue valorado por cardiología, quien realiza cateterismo en el día de hoy: estenosis valvular aórtica crítica por ecocardiografía y con enfermedad coronaria severa de tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular por el momento continua con igual manejo la función renal no ha mejorado	
Plan a seguir	
---PENDIENTES---	
Que programen para revascularización y cambio valvular	
Justificación	
ERC agudizada. Estenosis aortica - Escala Severidad: 8. Estado cardíaco inaceptable.	
Diagnostico	
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	

Funcionario	Claudia Victoria Sánchez Gálvez Registro: 66-0997-95 Nroidentificacion: 43066491	Firma	
Especialidad	Medicina General		
RONDA			
Fecha	16/11/2018 13:24		
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte		
Subjetivo			
MEDICINA INTERNA GUILLERMO OCARIS YEPES MEZA Paciente de 74 años, Clase funcional III/IV, residente de santa Bárbara, unión libre, Casado, 4 hijos, cesante. Independiente de ABC básico e instrumentado No aislado con acompañante Ingreso 15/11/18 DIAGNOSTICO - Falla cardíaca descompensada Stevenson B * Estenosis aórtica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% - ERC agudizada con criterios de hemodialisis * Hiperuremia * Hiperkalemia - DM Insulinorrequiriente ANTECEDENTES - Patológicos: DM IR Neuropatía diabética HTA ERC falla cardíaca FEVI 24% del 24/07/2018 hipotiroidismo IAM en el 2011 cardiopatía isquémica Valvulopatía aórtica; estenosis severa EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. - Quirúrgicos: fx arco cigomático Alérgicos: Niega - Transfusionales: Niega - Familiares: desconoce - Toxicológicos: exfumador - Medicación ambulatoria: losartan 25mg c día amlodipino 10mg día asa 100mg día levotiroxina 150mcg día furosemida 80mg día isordil 10mg día insulina glulisina 10U cada 8 horas -insulina glargina 30U día Refiere sentirse bien, post coronariografía, sin complicaciones Bradicárdico, hoy con PA medias mayores de 65			
Objetivo			
Paciente en buenas condiciones generales Afebril PA 122/65 PAM 84 FC 51 FR 16 SaO2 100% T 36.5 Hemodinámicamente estable Cabeza normocéfalo Ojos PINR escleras hipocrómicas movimientos oculares conservados Orl mucosas húmedas anictéricas sin lesiones en la boca Cuello móvil no rigidez de nuca sin adenopatías y sin ingurgitación yugular Tórax expansible sin SDR bien ventilado sin ruidos sobreagregados Rs cs rs sin soplos Abdomen blando depresible peristaltismo presente sin irritación peritoneal Neurológico glasgow 15/15 sin déficit ni motor ni sensitivo no focalización Extremidades inferiores en la región inguinal derecha no hay sangrado tiene gasa limpia sin edemas con buenos pulsos y bien llenado capilar --- REPORTES --- Glucometrias 15/11/18 6:00 63 12:00 139 18:00 127 22:00 45 16/11/18 00:00 90 6:00 85 Bun 116.2 cr 3.26 na 143.8 k 4.85 cl 111.0 CATETERISMO Análisis Pte con estenosis valvular aórtica crítica por ecocardiografía y con enfermedad coronaria severa de tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular			
Análisis			

AGENCIA DE
EVALUACIONES

2018

PARA ESTUDIO Y
CON NO IMPLICA
CITACION

*Paciente que ingresa con falla cardíaca descompensada en contexto de valvulopatía (estenosis aórtica grave) y enfermedad coronaria multivascular, ya fué sometido a coronario donde se confirma necesidad de revascularización quirúrgica además de reemplazo valvular por lo que quedamos pendientes de programación

*En cuanto a nefropatía, tiene lesión renal aguda en contexto probablemente de cardiorrenal, se inicio por uremia e hiperkalemia terapia de reemplazo renal, a definir continuidad día a día por nefrología

*En cuanto a manejo de glucometrías, hoy con hipoglucemia secundario a aplicación de basal completa cuando estaba sin vía oral, no modifiqué esquema pues la vía oral está próxima a reanudarse.

-En caso de retirar vía oral nuevamente para nuevo procedimiento se debe modificar esquema así:

*Aplicar la mitad de la basal la noche anterior

*No aplicar prandiales, aplicar según glucometría que debe hacerse cada 6 horas

Plan a seguir

Lo anotado

Justificación

ERC agudizada. Estenosis aórtica - Escala Severidad: 8. Estado cardíaco inaceptable.

Diagnostico

I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Funcionario	Juan David Romero Marin Registro: Nroidentificacion: 1040736904	Firma	 IPS UNIVERSITARIA Servicios de Salud Universidad de Antioquia DE6EA517193FE3029F8513FAE9D6CA18
-------------	---	-------	--

Especialidad	Medicina Interna
--------------	------------------

Preparo	Sara Catalina Paredes Perez Registro: RG 5-7575-11 Nroidentificacion: 32208656	Firma	 IPS UNIVERSITARIA Servicios de Salud Universidad de Antioquia
---------	--	-------	--

Especialidad	Nutricion
--------------	-----------

INTERCONSULTA

Fecha	16/11/2018 14:46
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte

Subjetivo

NEFROLOGIA

Guillermo Yepes, 74 años.

Diagnósticos

- Falla cardíaca descompensada
- * Estenosis crítica de valvular aórtica
- * Enfermedad coronaria severa: Tronco y tres vasos
- Lesion renal aguda sobre ERC requiriendo TRR.

Antecedentes:

-Patológicos:

*DM IR

*Neuropatía diabética

*HTA

*ERC

*falla cardíaca FEVI 24% del 24/07/2018

*hipotiroidismo

*IAM en el 2011

*cardiopatía isquémica

*Valvulopatía aórtica| estenosis severa

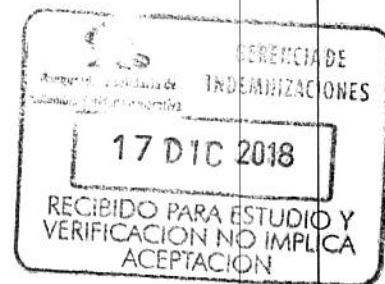
*EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día.

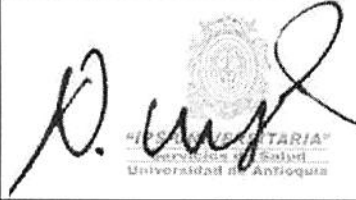
-Quirúrgicos: Fx de arco cigomático

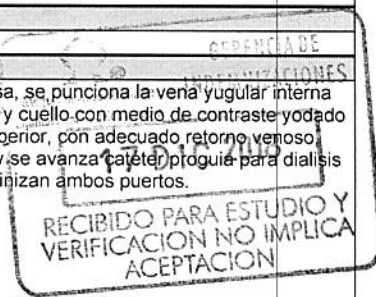
-Alergias: no refiere

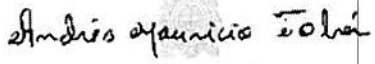
-Tóxicos: exfumador y consumo de licor.

Objetivo

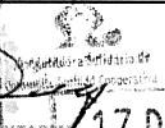


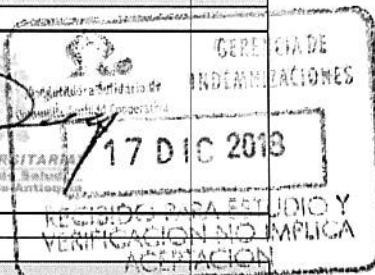
Paciente en aceptables condiciones, alerta, orientado, sin SDR. PA: 116/68, FC: 61 x/min Mucosa oral húmeda, conjuntivas rosadas, anictérico RsCsRs sin soplos Murmullo vesicular disminuido sin agregados en ambos campos pulmonares Abdomen blando, no doloroso Extremidades con edema de MMs. Diuresis: 2100cc, Balance: -1490cc *Laboratorios hoy: BUN: 115, Cr: 3.2, Na: 143, K: 4.8, Cl: 111.			
Análisis			
Paciente de 74 años de edad, antecedentes y diagnósticos anotados, se espera nueva valoración por Cx cardiovascular para definir conducta quirúrgica. Tiene lesión renal aguda sobre ERC de etiología multifactorial, expuesto a medio de contraste y probablemente vaya a cirugía cardíaca, lo que lo pone en alto riesgo de requerir terapia dialítica de forma indefinida, persiste con uremia significativa, a la espera de inscrición de catéter por radiología intervencionista para inicio de hemodialisis, tiene antígenos predialisis negativos.			
Plan a seguir			
-Pendiente inserción de catéter yugular tunelizado por radiología -Hemodialisis hoy 4 horas, UF: 1000, sln: 32/90, sin heparina -Valoración por nefrología mañana.			
Justificación			
Estenosis crítica de valvular aórtica, enfermedad coronaria / Lesión renal aguda sobre ERC. - Escala Severidad: 8. Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnóstico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Jose Nelson Carvajal	Firma	
	Registro: 085-95 Nroidentificacion: 15401840		
Especialidad	Nefrología		
Preparo	Juan Camilo Franco Alzate	Firma	
	Registro: Nroidentificacion: 1040733323		
Especialidad	Medicina General		
NOTA			
Fecha	16/11/2018 18:39		
Servicio			
Subjetivo			
GUÍA ECOGRÁFICA DOPPLER COLOR, VENOGRAFÍA DIAGNÓSTICA DE CUELLO E IMPLANTACIÓN DE CATÉTER PERMANENTE PARA HEMODIÁLISIS			
Objetivo			
Insuficiencia renal crónica. Solicitan catéter tunelizado yugular.			
Análisis			
Previa asepsia, anestesia local con lidocaina, guía ecográfica Doppler color confirmando permeabilidad venosa, se punciona la vena yugular interna derecha set de micro punción (aguja-guía-cateter microdilataador), se realiza venografía diagnostica de cabeza y cuello con medio de contraste yodado no ionico (50cc Optiray) demostrando permeabilidad de vena yugular interna derecha, vena cava inferior y superior, con adecuado retorno venoso, colocando guía regular 0.035 del set la cual se avanza hasta la vena cava inferior. Se crea túnel subcutáneo y se avanza catéter por guía para dialisis cronico de 23 x 28cm hasta la aurícula derecha sobre el introductor pelable. Se comprueban flujos y se heparinizan ambos puertos. Sin complicaciones inmediatas.			
OPINIÓN			
Catéter tunelizado para hemodiálisis vía vena yugular interna derecha con extremo distal en aurícula derecha, sin complicaciones.			
Plan a seguir			
Cuidados de cateter segun protocolo de Nefrología			
Justificación			
Patología no resuelta - Escala Severidad: 8. Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnóstico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			



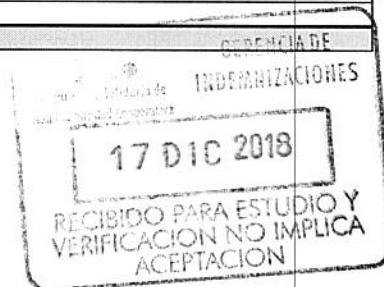
Funcionario	Mauricio Franco Registro: 5-3663-10 Nroidentificacion: 98773157	Firma	 IPS UNIVERSITARIA Escuela de Medicina Universidad de Antioquia E694629D91D1DDCF6E191534273
Especialidad	Radiología Intervencionista		
RONDA			
Fecha	17/11/2018 08:32		
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte		
Subjetivo			
Medicina interna GUILLERMO. 74años, Clase funcional III/IV, residente de santa Bárbara, unión libre, Casado, 4 hijos, cesante. Independiente Diagnósticos: - Falla cardíaca descompensada Stevenson B * Estenosis aórtica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% - ERC agudizada con criterios de hemodiálisis -HPB y retención de orina *Sonda vesical permanente ANTECEDENTES -Diabetes mellitus tipo 2 Neuropatia diabética -HTA. -ERC -Falla cardíaca FEVI 24% -hipotiroidismo } -IAM en el 2011 -cardiopatía isquémica -Valvulopatía aórtica, estenosis severa -EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. - Quirúrgicos: fx arco cigomatico - Alérgicos: Niega - Transfusionales: Niega - Familiares: desconoce - Toxicológicos: exfumador - Medicación ambulatoria: losartan 25mg c día amlodipino 10mg día asa 100mg día levotiroxina 150mcg día furosemida 80mg día isordil 10mg día insulina glulisina 10U cada 8 horas -insulina glargina 30U día			
Objetivo			
Aceptables condiciones PA 100/60 Fc 70 Ruidos cardíacos rítmicos con soplo sistólico aórtico Ruidos respiratorios normales sin agregados Abdomen sin masas sin megalias sin dolor *Glucometrías en metas			
Analisis			
Paciente con dx anotados, a la espera de decisión por grupo de cx cardiovascular de TAVI vs cambio valvular dx. PO medicina interna sin cambios.			
Plan a seguir			
Lo anotado			
Justificacion			
ERC agudizada. Estenosis aortica - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Andres Mauricio Tobon Isaza Registro: 5-1864-10 Nroidentificacion: 98696977	Firma	 IPS UNIVERSITARIA Escuela de Medicina Universidad de Antioquia
Especialidad	Medicina Interna		
INTERCONSULTA			
Fecha	17/11/2018 09:55		
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte		
Subjetivo			

NEFROLOGIA CLÍNICA Interconsulta Guillermo Yepes, 74 años. DIAGNÓSTICOS - Falla cardíaca descompensada * Estenosis crítica de válvula aórtica * Enfermedad coronaria severa: Tronco y tres vasos - Lesión renal aguda sobre ERC requiriendo TRR. ANTECEDENTES - Patológicos: * DM IR * Neuropatía diabética * HTA * ERC * Falla cardíaca isquémica FEVI 24% del 24/07/2018 * Hipotiroidismo * Valvulopatía aórtica: estenosis severa * EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. - Quirúrgicos: Fx de arco cigomático - Alergias: no refiere - Tóxicos: exfumador y consumo de licor SUBJETIVO Se siente bien, toleró diálisis. No nuevos síntomas Se puso ayer catéter yugular tunelizado por radiología sin complicaciones. ENFERMERIA Presiones bien, no fiebre, tendencia a la bradicardia Diuresis 4700, GU 1.3			
Objetivo			
EXAMEN FISICO Aceptables condiciones, alerta, orientado, sin SDR. Mucosa oral húmeda, conjuntivas rosadas, anictérico RsCsRs sin soplos Murmullo vesicular disminuido sin agregados en ambos campos pulmonares Abdomen blando, no doloroso Extremidades con edema de Mills. PARACLINICOS 17/11/2018 - Hb 11.3, Hto 34%, VCM 88, plq 236000 - Leucocitos 11580, PMN 7980, linf 2250 16/11/2018 - BUN: 115, Cr: 3.2 - Na: 143, K: 4.8, Cl: 111.			
Análisis			
Paciente de 74 años de edad, antecedentes y diagnósticos anotados. Tiene enfermedad coronaria de 3 vasos y estenosis aórtica crítica, a la espera nueva valoración por Cx cardiovascular para definir conducta quirúrgica. Tiene lesión renal aguda sobre ERC de etiología multifactorial, ayer se puso catéter y se inició hemodialis que toleró de forma adecuada. Función renal mañana. Se explica.			
Plan a seguir			
* Función renal mañana - Pendiente concepto de cirugía cardiovascular - Se indica hemodialis hoy, tiempo 4 horas, UF 1000, sin heparina, estandar			
Justificación			
ERC con necesidad de TRR // Estenosis aórtica crítica // Enfermedad coronaria de 3 vasos - Escala Severidad: 8 Estado cardíaco inaceptable			
Diagnóstico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Juan Sebastian Gomez Villalobos Registro: 18-0304-10 Nroidentificacion: 80875849	Firma	
Especialidad	Nefrología		
Preparo	Laura Maria Uribe Arango Registro: Nroidentificacion: 1152197656	Firma	

Especialidad	ESTUDIANTE		
INTERCONSULTA			
Fecha	17/11/2018 19:01		
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte		
Subjetivo			
CUIDADO INTEGRAL DE PIEL. PACIENTE DE 74 AÑOS. Diagnósticos: - Falla cardíaca descompensada Stevenson B * Estenosis aórtica CRÍTICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% - ERC agudizada con criterios de hemodiálisis -HPB y retención de orina *Sonda vesical permanente ANTECEDENTES -Diabetes mellitus tipo 2 Neuropatía diabética -HTA. -ERC -Falla cardíaca FEVI 24% -hipotiroidismo } -IAM en el 2011 -cardiopatía isquémica -Valvulopatía aórtica; estenosis severa -EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. - Quirúrgicos: fx arco cigomatico Alérgicos: Niega - Transfusionales: Niega - Familiares: desconoce - Toxicológicos: exfumador - Medicación ambulatoria: losartan 25mg c día amlodipino 10mg día asa 100mg día levotiroxina 150mcg día furosemida 80mg día isordil 10mg día insulina glulisina 10U cada 8 horas -insulina glargina 30U día			
Objetivo			
Paciente con dx anotadosm se observa consciente y orientado en sis tres planos, con obesidad morbida, coxígeno por canula nasal sin dificultad respiratoria, cateter yugular por el cual le estan realizando dialisis, vena canalizada para tratamiento, miembros inferiores con edema grado II, pulsos distales presentes, llenado capilar normal, piel color ocre desde las piernas hasta los dedosM se moviliza en la habiacion con ayuda. Escala de braden de 17 puntos para bajo riesgo de lesiones por presion. Interconsultan para manejo de ulceras en pierna derecha cara anterior tercio inferior, se retiran apositos y se observan tres lesiones de 1x1cm separadas, tipo flicteñas desnudasm cin tejido de granulacion del 100%, bordes irregulares, secrecion serosa escasa, probablemente por edema???o insuficiencia venosa???, el paciente informa que son de varios meses.			
Analisis			
Con porevia medidas de bioseguridadn autrizacion del paciente y su hijas se evalua lesionm se deja cubierta con gasa impregnada en nitrofurazona y cinta tipo tela.			
Plan a seguir			
Se da educacion sobre los cuidados de los apositos tratamiento instaurado y cuidado de los pies. se da la bienvenida al servicio, se informa sobre los derechos de confidencialidad, privacidad y horario de visita durante la hospitalizacion.			
Justificacion			
Se sugiere exámenes vasculares para descartar compromiso venoso. Se sugiere continuar curaciones c/3 dias con oxido de zinc y cubri con gasa seca por jefe del servicio. Se sugiere solicitar tubo de oxido de zinc mas calamina como protecto cutaneo. Nueva evaluacion a criterio del especialista tratante. - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Elva Melida Duque . Registro: 5-07129 Nroidentificacion: 43435325	Firma	  IPS UNIVERSITARIA Servicio de Salud Universidad de Antioquia
Especialidad	Cuidado Integral de Piel		
RONDA			
Fecha	18/11/2018 08:36		
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte		
Subjetivo			



Medicina interna GUILLERMO. 74años, Clase funcional III/IV, residente de santa Bárbara, unión libre, Casado, 4 hijos, cesante. Independiente Diagnósticos: - Falla cardíaca descompensada Stevenson B * Estenosis aórtica CRÍTICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% - ERC agudizada con criterios de hemodiálisis -HPB y retención de orina *Sonda vesical permanente ANTECEDENTES -Diabetes mellitus tipo 2 Neuropatia diabética -HTA. -ERC -Falla cardíaca FEVI 24% -hipotiroidismo } -IAM en el 2011 -cardiopatía isquémica -Valvulopatía aórtica; estenosis severa -EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. - Quirúrgicos: fx arco cigomatico - Alérgicos: Niega - Transfusionales: Niega - Familiares: desconoce - Toxicológicos: exfumador - Medicación ambulatoria: losartan 25mg c día amlodipino 10mg día asa 100mg día levotiroxina 150mcg día furosemida 80mg día isordil 10mg día insulina glulisina 10U cada 8 horas -insulina glargina 30U día			
Objetivo			
Aceptables condiciones PA 100/60 Fc 70 Ruidos cardíacos rítmicos con soplo sistólico aórtico Ruidos respiratorios normales sin agregados Abdomen sin masas sin megalias sin dolor			
Análisis			
Paciente con dx anotados, a la espera de decisión por grupo de cx cardiovascular de TAVI vs cambio valvular qx. POR medicina interna sin cambios.			
Plan a seguir			
Lo anotado			
Justificación			
ERC agudizada. Estenosis aórtica - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnóstico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Andres Mauricio Tobon Isaza	Firma	 IPS UNIVERSITARIA Servicio de Salud Universidad de Antioquia
	Registro: 5-1864-10 Nroidentificacion: 98696977		
Especialidad	Medicina Interna		
NOTA			
Fecha	18/11/2018 16:11		
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte		
Subjetivo			

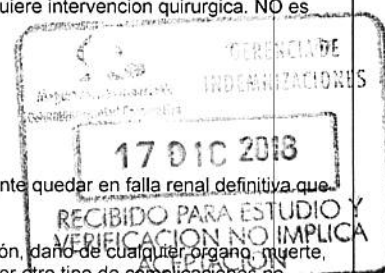


nota medica			
GUILLERMO. 74 años, Clase funcional III/IV, residente de santa Bárbara, unión libre, Casado, 4 hijos, cesante. Independiente Diagnósticos: - Falla cardiaca descompensada Stevenson B * Estenosis aórtica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% - ERC agudizada con criterios de hemodiálisis -HPB y retención de prina *Sonda vesical permanente ANTECEDENTES PERSONALES -Diabetes mellitus tipo 2 Neuropatia diabética -HTA. -ERC -Falla cardiaca FEVI 24% -hipotiroidismo } -IAM en el 2011 -cardiopatía isquémica -Valvulopatía aórtica; estenosis severa -EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. - Quirúrgicos: fx arco cigomatico - Alérgicos: Niega - Transfusionales: Niega - Familiares: desconoce - Toxicológicos: exfumador - Medicación ambulatoria: losartan 25mg c día amlodipino 10mg día asa 100mg día levotiroxina 150mcg día furosemida 80mg SUBJETIVO: SIN SÍNTOMAS DE NOVO			
Objetivo			
ARTERIOGRAFÍA CORONARIA SELECTIVA 16/11/2018 VÍA DE ACCESO: Arteria femoral común derecha CORONARIA IZQUIERDA: Tronco Principal: Lesión distal del 90%. DESCENDENTE ANTERIOR (LAD): Calcifica. Lesión ostial suboclusiva y lesión suboclusiva en tercio medio, con aceptable lecho distal. Diagonales: Sin lesiones significativas. ARTERIA CIRCUNFLEJA (CX): Lesión ostial 90%, excéntrica, con oclusión después de origen de gran OM2 ARTERIA CORONARIA DERECHA: Dominante, ocluida en tercio medio y llena distalmente por colaterales heterocoronarias. Una vez terminado el procedimiento, se trasladó pte a la unidad de recuperación sin complicaciones iniciales concluye: 1. Paciente con estenosis valvular aórtica crítica por ecocardiografía y con enfermedad coronaria severa de tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular			
Análisis			
Paciente con diagnostico de Falla cardiaca descompensada Stevenson B, Estenosis aórtica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24%, ERC agudizada con criterios de hemodiálisis, paciente quien se encontraba a la espera de decisión por grupo de cx cardiovascular de TAVI vs cambio valvular quirúrgico, previamente se había conceptualizado valoración por cirugía cardiovascular para definir ello con reporte de coronariografía, ya llega reporte, hago orden de valoración por cirugía cardiovascular en contexto de coronariografía que concluye estenosis valvular aórtica crítica por ecocardiografía y con enfermedad coronaria severa de tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular. Previamente se había solicitado valoración por Cardiología, sin embargo al momento se valorar paciente no encuentran en habitación por lo que no se ha definido concepto por cardiología, solicito valoración por cardiología.			
Plan a seguir			
IC a Cirugía cardiovascular IC cardiología			
Justificación			
nota médica - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	JAMES YALEISON ARIAS CORDOBA Registro: 1017198097 Nroidentificacion: 1017198097		Firma 
Especialidad	Medicina General		
RONDA			



Fecha	19/11/2018 08:34		
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte		
Subjetivo			
Medicina interna GUILLERMO. 74años, Clase funcional III/IV, residente de santa Bárbara, unión libre, Casado, 4 hijos, cesante. Independiente Diagnósticos: - Falla cardíaca descompensada Stevenson B * Estenosis aórtica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% - ERC agudizada con criterios de hemodiálisis * Enfermedad coronaria severa de 3 vasos tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular -HPB y retención de orina *Sonda vesical permanente ANTECEDENTES -Diabetes mellitus tipo 2 Neuropatia diabética -HTA. -ERC -Falla cardíaca FEVI 24% -hipotiroidismo } -IAM en el 2011 -cardiopatía isquémica -Valvulopatía aórtica, estenosis severa -EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. - Quirúrgicos: fx arco cigomatico Alérgicos: Niega - Transfusionales: Niega - Familiares: desconoce - Toxicológicos: exfumador - Medicación ambulatoria: losartan 25mg c día amlodipino 10mg día asa 100mg día levotiroxina 150mcg día furosemida 80mg día isordil 10mg día insulina glulisina 10U cada 8 horas -insulina glargina 30U día S / En el momento sin dolor torácico , no disnea			
Objetivo			
conciente alerta orientado PA 136/75 Fc 69 FR 20 cateter de hemodialisis glucometrias 134-131-90 Ruidos cardíacos rítmicos con soplo sistólico aortico Ruidos respiratorios normales sin agregados Abdomen sin masas sin megalias sin dolor, extremidades edema grado II de miis			
Analisis			
Paciente de 74 años con comorbilidades descritas quien cursa con enfermedad coronaria severa de tronco y 3 vasos (LAD, LCx y RCA), adicionalmente estenosis aortica severa , se espera concepto de cirugía cardiovascular se determinara si es candidato a reemplazo valvular y revascularización miocárdica.			
Plan a seguir			
concepto de cirugía cardiovascular			
Justificación			
ERC con necesidad de TRR // Estenosis aortica critica // Enfermedad coronaria de 3 vasos - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Janeth Leal Bello	Firma	
	Registro: 85-924-03 Nroidentificación: 52149000		
Especialidad	Medicina Interna		
INTERCONSULTA			
Fecha	19/11/2018 09:37		
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte		
Subjetivo			

GUILLERMO. 74 años, Clase funcional III/IV, residente de Santa Bárbara, unión libre, Casado, 4 hijos, cesante. Independiente Diagnósticos: - Falla cardíaca descompensada Stevenson B * Estenosis aórtica CRÍTICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmHg FE: 24% - ERC agudizada con criterios de hemodiálisis * Enfermedad coronaria severa de 3 vasos tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular -HPB y retención de orina *Sonda vesical permanente ANTECEDENTES -Diabetes mellitus tipo 2 Neuropatía diabética -HTA -ERC -Falla cardíaca FEVI 24% -hipotiroidismo } -IAM en el 2011 -cardiopatía isquémica -Valvulopatía aórtica, estenosis severa -EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. - Quirúrgicos: fx arco cigomático Alérgicos: Niega - Transfusionales: Niega - Familiares: desconoce - Toxicológicos: exfumador - Medicación ambulatoria: losartan 25mg c día amlodipino 10mg día asa 100mg día levotiroxina 150mcg día furosemida 80mg día isordil 10mg día insulina glulisina 10U cada 8 horas -insulina glargina 30U día Relata estar en mejores condiciones que cuando llegó. No disnea, no dolor precordial.	
Objetivo	
Paciente en aceptables condiciones generales, sin oxígeno, sin disnea Hemodinámicamente estable CP soplo de estenosis aórtica grado III, no crepitos pulmonares no signos de falla Abd bien. No dolor en HD como signo de congestión hepática Ext edema grado I	
Análisis	
STAFF MEDICO QUIRURGICO Paciente que requiere 1. Cambio valvular aórtico por válvula biológica 2. Cirugía de revascularización miocárdica de 3 vasos ASISTENTES 1. Nefrología : Sebastian Gomez Villalobos - Jose Nelson Carvajal 2. UCI : Erick Valencia 3. Cirugía Cardiovascular: Alejandro Escobar Paciente en octava década de la vida con enfermedad coronaria severísima, estenosis aórtica severa que requiere intervención quirúrgica. NO es candidato a TAVI debido a la enfermedad coronaria tan severa que requiere revascularización quirúrgica. Tiene como factores de riesgo: 1. FEVI 24% 2. EPOC 3. DM con neuropatía diabética Se hace cálculo del EUROSCORE 20.6 lo cual es un valor de alto riesgo de tener complicaciones especialmente quedar en falla renal definitiva que requiera diálisis. Explico la cirugía, los riesgos y complicaciones inherentes al procedimiento (Sangrado, infección, reintervención, daño de cualquier órgano, muerte, bloqueo de la electricidad del corazón y que requiera marcapaso, muerte). Además se explica que puede haber otro tipo de complicaciones no prevenibles ni previsibles que pueden alterar la evolución postoperatoria de un paciente y llegar a tener complicaciones fatales. El paciente acepta la cirugía Explico los tipos de válvula existentes MECANICA Y BIOLOGICA explico las diferencias entre cada una de ellas. Elige válvula: BIOLOGICA	
Plan a seguir	
Solicito autorización de cirugía Evaluación por terapia respiratoria Ecocardiografía Institucional para ver estado actual de la función ventricular luego de la compensación	
Justificación	
Estenosis aórtica severa - Enfermedad coronaria severa - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.	
Diagnóstico	
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	



Funcionario	Alejandro Escobar Uribe Registro: 91-0017-96 Nroidentificacion: 98555532	Firma	
Especialidad	Cirugia Cardiovascular		

INTERCONSULTA	
Fecha	19/11/2018 11:17
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte

Subjetivo

NEFROLOGIA Guillermo Yepes, 74 años. Diagnósticos - Falla cardíaca descompensada * Estenosis crítica de válvula aórtica * Enfermedad coronaria severa: Tronco y tres vasos - Lesión renal aguda sobre ERC * Inicio TRR 16/11/18 Antecedentes - Patológicos: * DM IR * Neuropatía diabética * HTA * ERC * Falla cardíaca isquémica FEVI 24% del 24/07/2018 * Hipotiroidismo * Valvulopatía aórtica, estenosis severa * EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. - Quirúrgicos: Fx de arco cigomático - Alergias: no refiere - Tóxicos: exfumador y consumo de licor Refiere que persiste con edemas, menos disnea

Objetivo

Paciente en aceptables condiciones, alerta, sin SDR. PA: 136/75, FC: 69, FR: 20, SatO2: 93% Mucosa oral húmeda, conjuntivas rosadas, anictérico Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos Murmulo vesicular disminuido sin agregados en ambos campos pulmonares Abdomen blando, no doloroso Extremidades con edema grado III I: 1640, Diuresis: 2200 Glucometrias: 141-134-131 Hpy: 90
--

Analisis

Paciente de 74 años de edad, con antecedentes anotados, hospitalizado por sobrecarga hídrica con ERC avanzada que requirió inicio de hemodialisis, además con estenosis crítica de la válvula aórtica y enfermedad coronaria de 3 vasos ya valorado por Cx cardiovascular en staff se decide que requiere cambio valvular aórtico por válvula biológica y cirugía de revascularización miocárdica de 3 vasos, por el momento solicita ecocardiografía institucional para ver estado actual de la función ventricular luego de la compensación. Al momento persiste con signos de sobrecarga se ordena hoy hemodialisis como soporte vital y se deja diálisis por programa L-W-V, se evalúa por nefrología el próximo miércoles.

Plan a seguir

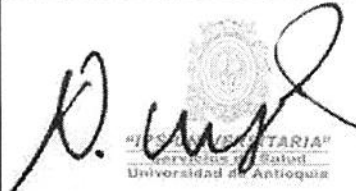
- Hemodialisis UF: 1500, sin estándar, 4 horas, sin heparina - Valoración por nefrología el miércoles - Pendiente ecocardiograma TT 3D - Pendiente manejo quirúrgico

Justificacion

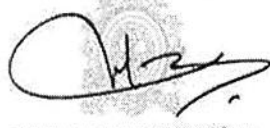
ERC con necesidad de TRR // Estenosis aórtica crítica // Enfermedad coronaria de 3 vasos - Escala Severidad: 8. Estado cardíaco inaceptable.
--

Diagnostico

I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
--

Funcionario	Jose Nelson Carvajal Registro: 085-95 Nroidentificacion: 15401840	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia
Especialidad	Nefrologia		
Preparo	Giseth Juliana Tavera Restrepo Registro: 05-1263-11 Nroidentificacion: 1017142120	Firma	
Especialidad	Medicina General		

INTERCONSULTA	
Fecha	19/11/2018 12:40
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte
Subjetivo	
...	
Objetivo	
...	
Analisis	
...	
Plan a seguir	
El paciente no se encuentra en la habitación al momento de hacer la IC de cardiología	
Justificación	
El paciente no se encuentra en la habitación al momento de hacer la IC de cardiología - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.	

Diagnostico	
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	
Funcionario	Manuel Coronado Hoyos Registro: 9936-88 Nroidentificacion: 15042750
Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia M.N. 9936/88
Especialidad	Cardiologia

INTERCONSULTA	
Fecha	19/11/2018 16:25
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte
Subjetivo	



Paciente con diagnósticos de:			
- Falla cardíaca descompensada Stevenson B * Estenosis aórtica CRÍTICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% - ERC agudizada con criterios de hemodiálisis * Enfermedad coronaria severa de 3 vasos tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular -HPB y retención de orina *Sonda vesical permanente ANTECEDENTES -Diabetes mellitus tipo 2 Neuropatía diabética -HTA. -ERC -Falla cardíaca FEVI 24% -hipotiroidismo } -IAM en el 2011 -cardiopatía isquémica -Valvulopatía aórtica; estenosis severa -EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. - Quirúrgicos: fx arco cigomático Alérgicos: Niega - Transfusionales: Niega - Familiares: desconoce - Toxicológicos: exfumador - Medicación ambulatoria: losartan 25mg c día amlodipino 10mg día asa 100mg día levotiroxina 150mcg día furosemida 80mg día isordil 10mg día insulina glulisina 10U cada 8 horas -insulina glargina 30U día			
Objetivo			
Encuentro paciente en cama, con acompañante, con oxígeno complementario por cánula nasal a 3 lpm, alerta, obedece algunas ordenes, sin dificultad respiratoria, patrón costal superior, ritmo regular, expansibilidad simétrica ausculto murmullo vesicular conservado, no agregados, abdomen blando, depresible, no doloroso, extremidades inferiores con edema grado II.			
FC 58 lpm, SATO2 98%, FR 18 rpm			
Análisis			
Disminuyó cánula nasal a 2 lpm, vigilar evolución			
Plan a seguir			
Educo a paciente y familiar sobre cuidados respiratorios básicos, realizo: Ejercicios diafragmáticos. Ejercicios respiratorios con miembros superiores. Dejo en estables condiciones.			
Justificación			
Continuar tratamiento - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Jennifer Gomez Gutierrez Registro: 05-7549-15 Nroidentificacion: 1039459439	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia
Especialidad	Terapia Respiratoria		
INTERCONSULTA			
Fecha	20/11/2018 08:30		
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte		
Subjetivo			



GUILLERMO. 74años, Clase funcional III/IV, residente de santa Bárbara, unión libre, Casado, 4 hijos, cesante. Independiente Diagnósticos: - Falla cardíaca descompensada Stevenson B * Estenosis aórtica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% - ERC agudizada con criterios de hemodiálisis * Enfermedad coronaria severa de 3 vasos tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular -HPB y retención de orina *Sonda vesical permanente ANTECEDENTES -Diabetes mellitus tipo 2 Neuropatía diabética -HTA. -ERC -Falla cardíaca FEVI 24% -hipotiroidismo } -IAM en el 2011 -cardiopatía isquémica -Valvulopatía aórtica; estenosis severa -EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. - Quirúrgicos: fx arco cigomático Alérgicos: Niega - Transfusionales: Niega - Familiares: desconoce - Toxicológicos: exfumador - Medicación ambulatoria: losartan 25mg c día amlodipino 10mg día asa 100mg día levotiroxina 150mcg día furosemida 80mg día isordil 10mg día insulina glulisina 10U cada 8 horas -insulina glargina 30U día		
Objetivo		
Pte en silla, tranquilo, sin disnea, o2 por CN a 4ltxmin, refiere tos productiva, con ritmo respiratorio regular, expansibilidad tx disminuida, auscultación: MV disminuido: crepitos basales. S.V: FC: 73xmin, FR: 20xmin, SatO2. 97%.		
Análisis		
Previamente realizó higiene de manos, indico beneficios de la terapia.		
Plan a seguir		
Se educa sobre los cuidados respiratorios, se le realiza aceleración de flujo espiratorio, movilización costal, tos dirigida, burbujeo, ejercicio diafragmático, ventilación dirigida mas elevación de Ms con espiración prolongada, queda estable.		
Justificación		
Continuar tto se hace demoste de CN a 2ktxmin, queda con Sato2. 92%-continuar vigilando tolerancia. - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.		
Diagnostico		
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA		
Funcionario	Luz Viviana Londoño Arboleda Registro: 76-1028-05 Nroidentificación: 21533609	Firma  "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia
Especialidad	Terapia Respiratoria	
RONDA		
Fecha	20/11/2018 09:23	
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte	
Subjetivo		



74años, Clase funcional III/IV, residente de santa Bárbara, unión libre, Casado, 4 hijos, cesante. Independiente Diagnósticos: - Falla cardíaca descompensada Stevenson B FEVI 24% secundario a enfermedad isquémica y valvular -Valvulopatía aortica; estenosis severa * Estenosis aórtica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% * Enfermedad coronaria severa de 3 vasos tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular - síndrome cardiorrenal - sobrecarga hídrica secundario a síndrome cardiorenal - ERC agudizada con criterios de hemodiálisis * Inicio TRR 16/11/18 - HPB con episodios de RAO * Sonda vesical permanente - *** ANTECEDENTES - Diabetes mellitus tipo 2 Neuropatía diabética - HTA.-ERC-Falla cardíaca FEVI 24% secundario a enfermedad isquémica y valvular -Valvulopatía aortica; estenosis severa - hipotiroidismo -IAM en el 2011-cardiopatía isquémica-Valvulopatía aortica; estenosis severa-EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día - Quirúrgicos: fx arco cigomático Alérgicos: Niega - Transfusionales: Niega - Familiares: desconoce - Toxicológicos: exfumador - Medicación ambulatoria: losartan 25mg c día amlodipino 10mg día asa 100mg día levotiroxina 150mcg día furosemida 80mg día isordil 10mg día insulina glulisina 10U cada 8 horas -insulina glargina 30U día ** - s// - Disminución de la anasarca - sin angina - insomnio de conciliación que lo angustia ± ayer se realizó hemodiálisis sin complicación	
Objetivo	
TENDENCIAS PA normotenso Fc normal sin fiebre sin hipoxemia dolor no modulado en miembros inferiores , en paciente con parestesias glucometrias estables balance ingresos 450diuresis 1020 uf 1500 balance-2140 cc ** pa 140/60 p 77 fr 19 afebril orientado sin focalización hidratado sin lesiones cuello multiples lesiones de lunares de aspecto seborreico Mucosa oral húmeda, conjuntivas rosadas, anictérico Ruidos cardiacos rítmicos, soplo sistodiastolico aortico iii Murmullo vesicular disminuido sin agregados en ambos campos pulmonares Abdomen blando, no doloroso sin megalias Extremidades con edema grado III homans negativo ** paraclínicos no programados para hoy ** ecocardiograma 3D 1.ventrículo izquierdo de dimensiones: aumentadas 2.función sistólica global: deprimida por trastornos segmentarios 3.fracción de eyección estimada: 24 % 4.función diastólica: disfunción diastólica 5.insuficiencia valvular mitral tricuspídea y pulmonar leve 6.estenosis valvular aortica severa con insuficiencia leve 7.hipertensión arterial pulmonar moderada 8.frecuencia cardíaca: 66 /min 9.presión arterial sistólica: 132 mm[hg]	
Análisis	



AP -Diabetes mellitus tipo 2 Neuropatía diabética
 -HTA.-ERC-Falla cardíaca FEVI 24% secundario a enfermedad isquémica y valvular -Valvulopatía aórtica; estenosis severa-hipotiroidismo -.IAM en el 2011-cardiopatía isquémica-Valvulopatía aórtica; estenosis severa-EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día

PROBLEMAS
 - Falla cardíaca descompensada Stevenson B FEVI 24% secundario a enfermedad isquémica y valvular -Valvulopatía aórtica; Estenosis aórtica CRÍTICA area: 0.6 cm² gradiente medio 42 mmHg FE: 24% E Enfermedad coronaria severa de 3 vasos troncoprincipal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular valorado por Cx cardiovascular en staff se decide que requiere cambio valvular aórtico por válvula biológica y cirugía de revascularización miocárdica de 3 vasos
 NO es candidato a TAVI debido a la enfermedad coronaria tan severa que requiere revascularización quirúrgica.
 - sobrecarga hídrica secundario a ERC agudizada con criterios de hemodiálisis y síndrome cardiorenal, requiriendo inicio de Terapia de reemplazo renal desde 16/11/18 con buena tolerancia sin complicación
 - HPB con episodios de RAO *Sonda vesical permanente. urologías le realizará seguimiento ambulatorio
 - diabetes mellitus controlada

Plan a seguir

-hemodialisis por programa L-W-V, se evalúa por nefrología el próximo miércoles
 -en proceso autorización de cirugía
 solicito valoración por psiquiatría, insomnio de conciliación, síntomas ansiosos

Justificación

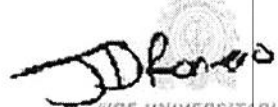
ERC con necesidad de TRR // Estenosis aórtica crítica // Enfermedad coronaria de 3 vasos - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.

Diagnostico

I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Funcionario
 Juan David Romero Marín
 Registro:
 Nroidentificación: 1040736904

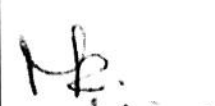
Firma


 "IPS UNIVERSITARIA"
 Servicios de Salud
 Universidad de Antioquia
 DE6EA517193FE3029F8513FAE9D8CA18

Especialidad
 Medicina Interna

Preparo
 Monica Echavarría Ruhle
 Registro: 1153589
 Nroidentificación: 42873898

Firma


 "IPS UNIVERSITARIA"
 Servicios de Salud
 Universidad de Antioquia

Especialidad
 Medicina General

INTERCONSULTA

Fecha
 20/11/2018 09:39

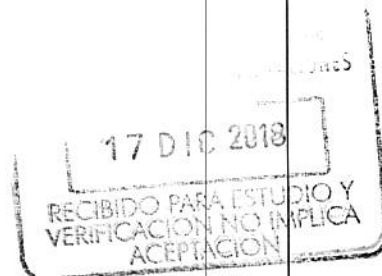
Servicio
 Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte

Subjetivo

Paciente de 74 años con Diagnósticos:
 - Falla cardíaca descompensada Stevenson B
 * Estenosis aórtica CRÍTICA area: 0.6 cm² gradiente medio 42 mmHg FE: 24%
 - ERC agudizada con criterios de hemodiálisis
 * Enfermedad coronaria severa de 3 vasos tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular
 -HPB y retención de orina
 *Sonda vesical permanente
ANTECEDENTES
 -Diabetes mellitus tipo 2 Neuropatía diabética
 -HTA.
 -ERC
 -Falla cardíaca FEVI 24%
 -hipotiroidismo
 -IAM en el 2011
 -cardiopatía isquémica
 -Valvulopatía aórtica; estenosis severa
 -EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día.
 - Quirúrgicos: fx arco cigomático
 Alérgicos: Niega
 - Transfusionales: Niega
 - Familiares: desconoce
 - Toxicológicos: exfumador

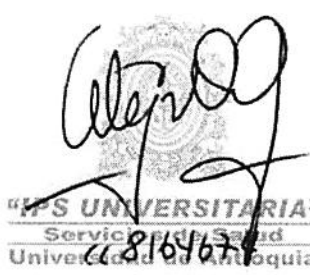
Objetivo

PA 120/60 FC 78 lpm. Con R1 R2 en los cuatro focos. No R3. No R4. Soplo sistólico aórtico IV/VI. Con P2 aumentado. Hipoventilación bibasal en este momento. Tolerando el decúbito. No edemas.



Analisis			
Paciente de 74 años con antecedentes de enfermedad coronaria y actualmente con estenosis valvular aórtica crítica e hipertensión pulmonar moderada. Que por sus complicaciones coronarias. No es candidato a TAVI por lo cual se decide cirugía cardiovascular, previo información al paciente y familiares. La cirugía es de alto riesgo. Tiene problemas renales que se podría complicar.			
Plan a seguir			
Alta por cardiología clínica			
Justificacion			
Alta por cardiología clínica - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Manuel Coronado Hoyos Registro: 9936-88 Nroidentificacion: 15042750	Firma	 "IPS UNIVERSIDAD" Servicio de Cardiología Unidad de Cardiología M.N. 9936/88
Especialidad	Cardiología		
INTERCONSULTA			
Fecha	20/11/2018 11:54		
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte		
Subjetivo			
Cirugía Cardiovascular 74años, Clase funcional III/IV, residente de santa Bárbara, unión libre, Casado, 4 hijos, cesante. Independiente Diagnósticos: - Falla cardíaca descompensada Stevenson B FEVI 24% secundario a enfermedad isquémica y valvular -Valvulopatía aórtica; estenosis severa * Estenosis aórtica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% * Enfermedad coronaria severa de 3 vasos tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular - síndrome cardíaco renal - sobrecarga hídrica secundario a síndrome cardiorenal - ERC agudizada con criterios de hemodiálisis * Inicio TRR 16/11/18 - HPB con episodios de RAO *Sonda vesical permanente - ... ANTECEDENTES -Diabetes mellitus tipo 2 Neuropatía diabética -HTA.-ERC-Falla cardíaca FEVI 24% secundario a enfermedad isquémica y valvular -Valvulopatía aórtica; estenosis severa -hipotiroidismo -.IAM en el 2011-cardiopatía isquémica-Valvulopatía aórtica; estenosis severa-EPOC oxígeno requeriente 16 horas al día - Quirúrgicos: fx arco cigomático - Alérgicos: Niega - Transfusionales: Niega - Familiares: desconoce - Toxicológicos: exfumador - Medicación ambulatoria: losartan 25mg c día amlodipino 10mg día asa 100mg día levotiroxina 150mcg día furosemida 80mg día isordil 10mg día insulina glulisina 10U cada 8 horas -insulina glargina 30U día			
Estable, mejoría de disnea y edemas.			
Objetivo			
Analisis			
Se llevara a cirugía el proximo jueves en la mañana. Explico nuevamente cirugía, tipo de valvula recomendad (biologica) Riesgos y posibles complicaciones. Entiende y acepta. Se diligencia consentimiento informado			
Plan a seguir			
Cirugía el jueves am			
Justificacion			
Cirugía jueves am - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			

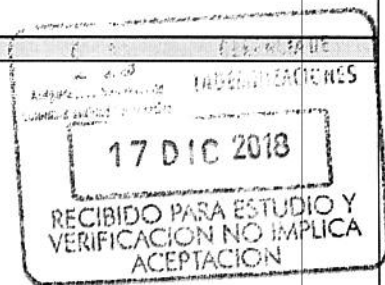


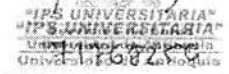
Funcionario	Alberto Alejandro Quintero Gómez Registro: 5-2265-08 Nroidentificacion: 8164674	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicio de Salud Universidad de Antioquia 5111705912323BF472EB21644B36CB11
Especialidad	Cirugía Cardiovascular		

INTERCONSULTA	
Fecha	21/11/2018 09:40
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte
Subjetivo	
PSIQUIATRIA Paciente de sexo masculino, 74 años, natural de Carolina del Príncipe (Antioquia), procedente de Santa Barbara, reside zona urbana con esposa, hijo y nieto, unión libre, 2 hijos, escolaridad 11o grado, administrador de empresas turísticas y hoteleras, pensionado, diestro, católico, clase funcional previa, con su compañera. Ingresa el 14 de Noviembre por cuadro clínico de una semana de iniciar con edema de miembros inferiores, disnea progresiva hasta el reposo, tos productiva, diaforesis, adinamia, astenia, ortopnea, disnea paroxística nocturna sin dolor torácico. Consulto en primer nivel de atención donde iniciaron manejo diurético y por retención urinaria le dejaron sonda vesical en el momento fue dado de alta con diagnósticos de ICC descompensada y ERC. Hallazgo de estenosis aórtica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg NO es candidato a TAVI debido a la enfermedad coronaria tan severa que requiere revascularización quirúrgica. Programado mañana para cirugía de corazón abierto. Solicitan interconsulta por insomnio. Diagnósticos: -Estenosis aórtica crítica -Falla cardíaca descompensada Stevenson B FEVI 24% -ERC agudizada con criterios de hemodiálisis. Inicio TRR 16/11/18 -DM -Obesidad -EPOC oxígeno dependiente Paciente refiere insomnio de reconciliación, despertares fáciles que mejoran en casa con aromática de manzanilla, exacerbados durante la hospitalización con ansiedad e inquietud leve. Anoche logró dormir un poco más, menos ansioso. No manifiesta preocupación por la cirugía, reconoce el procedimiento al cual va a ser sometido. Antecedentes: Patológicos: -DM IR, neuropatía diabética -HTA -ERC -Falla cardíaca -Hipotiroidismo -IAM en el 2011 -Cardiopatía isquémica -EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. -HPB y retención de orina *Sonda vesical permanente. Quirúrgicos: Fx de arco cigomático Alérgicos: no refiere Tóxicos: exfumador y consumo de licor, no bebe hace 7 años Transfusionales: negativo Farmacológicos: losartan 25mg cada día, amlodipino 10mg cada día, asa 100mg cada día, levotiroxina 150mcg cada día, furosemida 80mg cada día, isordil 10mg cada día, ins glulisina 10U cada 8 horas, ins glargina 30U cada día Familiares: DM, coronarios. -Paraclínicos: BUN 119.3 Creatinina 3.72 Na 142 K 5.59 Cl 107.9 TFG 16 ml/min Leucos 11440 neutrofilos 65% Hgb 11.3 plaquetas 227000 -RX de tórax: proyección AP únicamente silueta cardíaca severamente dilatada signos de derrame pleural derecho sin signos de consolidación -EKG: F 46 ritmo sinusal eje normal sin supra o infradesnivel del ST -Gases arteriales: PH 7.326 Po2 107 Pco2 34 Hco3 17.4 lactato 1 PAfi 334 -Ecocardiograma: del 24/07/2018: Disfuncion diastólica del ventrículo izquierdo FEVI 24%, insuficiencia moderada de válvula mitral, estenosis severa de válvula aórtica con insuficiencia leve, válvula tricúspide con insuficiencia leve.	
Objetivo	
EM: adecuada presentación personal, amable, alerta, lúcido, orientado, euprosexico, no alteración de pensamiento ni sensopercepción, afecto modulado y resonante, leve ansiedad reactiva a situación de salud y cirugía próxima, conducta motora normal, buen insight, prospección adecuada, no deterioro cognitivo.	
Análisis	
Paciente con síntomas ansiosos leves e insomnio reactivos a condición actual de salud e internación. No antecedentes de enfermedad mental.	
Plan a seguir	
Adiciono dosis baja de hipnoinductor trazodona.	



Justificacion			
REACCION ADAPTATIVA. INSOMNIO. - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Gabriel Álvarez Registro: 2498 Nroidentificacion: 71677318	Firma	
Especialidad	Psiquiatria		
RONDA			
Fecha	21/11/2018 09:49		
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte		
Subjetivo			
74años Diagnósticos: - Falla cardíaca descompensada Stevenson B FEVI 24% secundario a enfermedad isquémica y valvular -Valvulopatía aórtica; estenosis severa * Estenosis aórtica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% * Enfermedad coronaria severa de 3 vasos tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular - síndrome cardíaco renal - sobrecarga hídrica secundario a síndrome cardiorenal - ERC agudizada con criterios de hemodiálisis * Inicio TRR 16/11/18 - HPB con episodios de RAO *Sonda vesical permanente ANTECEDENTES -Diabetes mellitus tipo 2 Neuropatía diabética -HTA.-ERC-Falla cardíaca FEVI 24% secundario a enfermedad isquémica y valvular -Valvulopatía aórtica; estenosis severa -hipotiroidismo -.IAM en el 2011-cardiopatía isquémica-Valvulopatía aórtica; estenosis severa-EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día - Quirúrgicos: fx arco cigomático - Alérgicos: Niega - Transfusionales: Niega - Familiares: desconoce - Toxicológicos: exfumador se siente bien			
Objetivo			
Aceptables condiciones generales TA 90/60 FC 72 fr 19 afebril SO2 91% fio2 0.28 Mucosa oral húmeda, conjuntivas rosadas C/P: Ruidos cardíacos rítmicos, soplo sistodiastólico aórtico GIII/VI Murmulo vesicular disminuido sin agregados en ambos campos pulmonares Abdomen blando, no doloroso sin megalias Extremidades con edema grado I glucometrias 175-109-96-140 bun 17 k 4.23			
Análisis			
Paciente 74 años , antecedentes mencionados , ahora con los siguientes problemas: - Falla cardíaca FEVI 24% secundario a enfermedad isquémica y valvular -Valvulopatía aórtica, al momento compensado, sin sobrecarga de volumen. -Estenosis aórtica crítica y enfermedad coronaria de 3 vasos , pendiente cirugía de reemplazo valvular y revascularización mañana. - ERC en TRR - Dm tipo 2 buen control metabólico estable hemodinámicamente, sin srs, sin contraindicación para cirugía por parte de medicina interna			
Plan a seguir			
ver análisis			
Justificacion			
ERC con necesidad de TRR // Estenosis aórtica crítica // Enfermedad coronaria de 3 vasos - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			



Funcionario	Alexander Alonso Encarnacion Registro: 5-1465-03 Nroidentificacion: 71768256	Firma	 
Especialidad	Medicina Interna		

INTERCONSULTA	
Fecha	21/11/2018 12:38
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte

Subjetivo	
Cirugia Cardiovascular Diagnósticos: - Falla cardiaca descompensada Stevenson B FEVI 24% secundario a enfermedad isquemica y valvular -Valvulopatía aortica; estenosis severa * Estenosis aórtica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% * Enfermedad coronaria severa de 3 vasos tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular - síndrome cardio renal - sobrecarga hidrica secundario a síndrome cardiorenal - ERC agudizada con criterios de hemodiálisis * Inicio TRR 16/11/18 - HPB con episodios de RAO * Sonda vesical permanente ANTECEDENTES - Diabetes mellitus tipo 2 Neuropatía diabética - HTA.-ERC-Falla cardiaca FEVI 24% secundario a enfermedad isquemica y valvular -Valvulopatía aortica; estenosis severa - hipotiroidismo -IAM en el 2011-cardiopatía isquémica-Valvulopatía aortica; estenosis severa-EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día - Quirúrgicos: fx arco cigomatico - Alérgicos: Niega - Transfusionales: Niega - Familiares: desconoce - Toxicológicos: exfumador	

Objetivo	
r	
Analisis	
Programado para cirugía mañana. Se explica nuevamente procedimiento quirúrgico, alto riesgo, posibles complicaciones. Es consciente. Cirugía mañana.	
Plan a seguir	
Cirugía mañana	
Justificacion	
Cirugía mañana 7 am - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.	

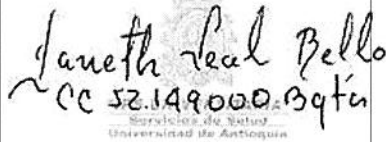
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Alberto Alejandro Quintero Gómez Registro: 5-2265-08 Nroidentificacion: 8164674	Firma	  5111705912323BF472EB21644B36CB11
Especialidad	Cirugia Cardiovascular		

NOTA	
Fecha	21/11/2018 13:55
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte
Subjetivo	

Guillermo, 74 años.			
Diagnósticos: - Falla cardíaca descompensada Stevenson B FEVI 24% secundario a enfermedad isquémica y valvular ** Enfermedad coronaria severa de 3 vasos tronco principal y tres vasos (LAD, LCx y RCA), con adecuados lechos para revascularización Qx y cambio valvular - Valvulopatía aórtica severa ** Estenosis aórtica CRÍTICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% - Síndrome cardio renal - Sobrecarga hídrica secundario a síndrome cardiorenal - ERC agudizada con criterios de hemodiálisis ** Inicio TRR 16/11/18 - HPB con episodios de RAO ** Sonda vesical permanente			
Objetivo			
Aceptable estado general TA 118/70, FC 59, FR 20, SO2 98% Hidratado Auscultación cardiopulmonar con soplo sistólico en foco aórtico. Pulmones hipoventilados sin agregados. Extremidades bien perfundidas, edema grado I simétrico. Sin déficit neurológico 21.11.18 BUN 17, K 4.23			
Análisis			
Paciente de 74 años con falla cardíaca y valvulopatía aórtica severa que será llevado mañana a reemplazo valvular por Cirugía cardiovascular, se revisa lista de chequeo previo a cirugía, se reservan hemoderivados y se actualizan tiempos de coagulación y HLG. Ya tiene EKG, ecocardiografía y Rx de tórax y se suspendió HNF el día de hoy.			
Plan a seguir			
- Se reservan 6U de plaquetas por aféresis, 6U de GR pobres en leucocitos, 6U de PFC. - Se solicita sangrar para: ** TP, TTP, fibrinógeno ** Hemoleucograma ** Ionograma			
Justificación			
Nota adicional - Escala Severidad: 8. Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnóstico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Cristian Camilo Sierra Urrego Registro: 1017231943 Nroidentificacion: 1017231943	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia 70AC33A3085EBE1E0F63F6A00A5A3919
Especialidad	Medicina General		
INTERCONSULTA			
Fecha	21/11/2018 14:01		
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte		
Subjetivo			



NEFROLOGIA			
Guillermo Yepes, 74 años. Diagnósticos - Falla cardíaca descompensada * Estenosis crítica de válvula aórtica * Enfermedad coronaria severa: Tronco y tres vasos - Lesión renal aguda sobre ERC * Inicio TRR 16/11/18 Antecedentes - Patológicos: * DM IR * Neuropatía diabética * HTA * ERC * Falla cardíaca isquémica FEVI 24% del 24/07/2018 * Hipotiroidismo * Valvulopatía aórtica, estenosis severa * EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. - Quirúrgicos: Fx de arco cigomático - Alergias: no refiere - Tóxicos: exfumador y consumo de licor Refiere estar bien, eliminando en mayor cantidad, afebril, sin disnea			
Objetivo			
Paciente en aceptables condiciones, alerta, sin SDR. PA: 91/54, FC: 72, FR: 16, SatO2: 91% Mucosa oral húmeda, conjuntivas rosadas, anictérico Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos Murmullo vesicular disminuido sin agregados en ambos campos pulmonares Abdomen blando, no doloroso Extremidades con edema grado III I: 1230, diuresis: 2050, B: -820 Paraclínicos: BUN. 17, K: 4.2 Ecocardiograma TT: VI de dimensiones: aumentadas. Función sistólica global: deprimida por trastornos segmentarios. FE: 24 %. Función diastólica: disfunción diastólica. Insuficiencia valvular mitral, tricuspídea y pulmonar leve. Estenosis valvular aórtica severa con insuficiencia leve. HTP moderada			
Análisis			
Paciente de 74 años de edad, con antecedentes anotados, hospitalizado por sobrecarga hídrica con ERC avanzada que requirió inicio de hemodialisis, además con estenosis crítica de la válvula aórtica y enfermedad coronaria de 3 vasos ya valorado por Cx cardiovascular programa para reemplazo valvular aórtico por válvula biológica y cirugía de revascularización miocárdica de 3 vasos, hoy con BUN y potasio normal, en paciente que no se dializa hace 48 horas, con diuresis conservada, no tiene indicación de diálisis, sin embargo continua seguimiento de azoados y por el momento no se retira catéter de hemodialisis en espera de vigilar posoperatorio, mañana nueva valoración con paraclínicos			
Plan a seguir			
- No requiere hemodialisis - Control mañana con BUN, creatinina, ionograma			
Justificación			
ERC con necesidad de TRR // Estenosis aórtica crítica // Enfermedad coronaria de 3 vasos - Escala Severidad: 8. Estado cardíaco inaceptable			
Diagnóstico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Juan Carlos Tobon Pereira	Firma	
	Registro: 81530695 Nro identificación: 15348862		
Especialidad	Nefrología		
Preparo	Giseth Juliana Tavera Restrepo	Firma	
	Registro: 05-1263-11 Nro identificación: 1017142120		
Especialidad	Medicina General		
RONDA			
Fecha	22/11/2018 12:36		
Servicio	Bloque 1 - Piso 5 - Piso 5 Medicina Interna Norte		
Subjetivo			
nota	Paciente en cirugía durante la ronda medica		
Objetivo			

nota	Paciente en cirugía durante la ronda medica
Analisis	
nota	Paciente en cirugía durante la ronda medica
Plan a seguir	
nota	Paciente en cirugía durante la ronda medica
Justificacion	
ERC con necesidad de TRR // Estenosis aórtica crítica // Enfermedad coronaria de 3 vasos - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.	
Diagnostico	
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	
Funcionario	Janeth Leal Bello Registro: 85-924-03 Nroidentificacion: 52149000
Firma	 CC 52.149000.394n Servicios de Salud Universidad de Antioquia
Especialidad	Medicina Interna

NOTA	
Fecha	22/11/2018 13:19
Servicio	Bloque 3 - Piso 7 - Piso 7 UCI Cardiovascular
Subjetivo	
NOTA OPERATORIA: Diagnóstico pre operatorio I255 Diagnóstico post operatorio I255 Cirujano ALEJANDRO ESCOBAR URIBE Anestesiologo FREDY ARTURO GONZALEZ AMADO Instrumentador SANDRA MILENA VARGAS	
Objetivo	
PROCEDIMIENTO REALIZADO: implantación de marcapaso con electrodo epicárdico PROCEDIMIENTO REALIZADO: puentes aortocoronarios (con safena o mamaria) hasta tres vasos incluye la endarterectomía y la extracción de injertos venosos o arteriales PROCEDIMIENTO REALIZADO: reemplazo de la válvula aórtica PROCEDIMIENTO REALIZADO: toracostomia cerrada para drenaje	
Analisis	
DESCRIPCIÓN OPERATORIA: Se utiliza: Canula aortica 20 Fr EOPA Canula multiestadio venosa 36/46 Blower CO2 Aguja de raiz Vent Tubo de macro succion Kit custom adulto para circulacion extra corporea Clips metalicos pequeños y medianos multiples Cardioplegia de Del Nido Valvula aortica bioprotesis Hancock II 25 Descripcion Asepsia y antisepsia Campos esteriles Esternotomia media Se obtiene safena mayor izquierda Se obtiene mamaria interna izquierda Anticoagulacion Canulacion aortica y auricular unica Aguja de raiz Inicio de CEC Pinzamiento aortico y paso de Cardioplegia de Del Nido hasta parada cardiaca Se realizan puentes distales de coronaria derecha y obtusa marginal primera con Prolene 7-0 Aortotomia Resecccion de valvula aortica estenotica y decalcificacion Implantacion de Bioprotesis con puntos de Poliester 3-0 con felpa Cierre de aortotomia en 2 planos con Prolene Se realizan puentes proximales de CD y OM1 a aorta con Prolene 6-0	



Anastomosis de mamaria interna DA con prolene 7-0
 Despinzamiento de aorta
 Se corrige sangrado en aorta con Prolene y parche de pericardio autologo
 Retorno a ritmo sinusal
 Se suspende CEC
 Decanulacion
 Control de hemostasia
 Sondas a pleura bilateral y mediastino
 Electrodo epicardico
 Cierre esternal con alambres tecnica Multi Twits
 Cierre por planos
 No complicaciones
 Recuento completo HALLAZGOS OPERATORIOS: Estenosis aortica severa.
 Enfermedad coronaria 3 vasos, lechos regulares.
 Buena funcion biventricular.
 Se hemofiltró durante la cirugía.

Plan a seguir

Justificacion

JUSTIFICACIÓN: bioprotesis 25 hancock ii JUSTIFICACIÓN: coronaria derecha con safena JUSTIFICACIÓN: electrodo epicardico JUSTIFICACIÓN: mamaria interna a da JUSTIFICACIÓN: neumorotax bilateral JUSTIFICACIÓN: om1 con safena - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.

Diagnostico

I255 - CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA

Funcionario	Alejandro Escobar Uribe Registro: 91-0017-96 Nroidentificacion: 98555532	Firma	
--------------------	--	--------------	---

Especialidad Cirugia Cardiovascular

INTERCONSULTA

Fecha	22/11/2018 13:28
Servicio	Bloque 3 - Piso 7 - Piso 7 UCI Cardiovascular

Subjetivo

NEFROLOGIA

Guillermo Yepes, 74 años.
 Diagnósticos
 - Falla cardíaca descompensada
 * Estenosis crítica de válvula aórtica
 * Enfermedad coronaria severa: Tronco y tres vasos
 - Lesión renal aguda sobre ERC
 * Inicio TRR 16/11/18

Antecedentes

-Patológicos:
 *DM IR
 *Neuropatía diabética
 *HTA
 *ERC
 *Falla cardíaca isquémica FEVI 24% del 24/07/2018
 *Hipotiroidismo
 *Valvulopatía aortica, estenosis severa
 *EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día.
 -Quirúrgicos: Fx de arco cigomatico
 -Alergias: no refiere
 -Tóxicos: exfumador y consumo de licor

Objetivo

Paciente en cirugía cuando se va a evaluar
 Reporte en sabana I 70, diuresis: 1150, B. -1080

Paradínicos: BUN: 20.8, cr: 1.54, Na: 141.4, K: 4.6, Cl: 102.5
 21/11/18: BUN: 17, K: 4.2, Hb: 12.2, leucos: 38.4%, leucos: 12340, N: 64.3%, plaquetas: 290000

Analisis

Paciente de 74 años de edad, con antecedentes anotados, hospitalizado por sobrecarga hídrica con ERC avanzada que requirió inicio de hemodialisis, además con estenosis crítica de la válvula aórtica y enfermedad coronaria de 3 vasos se lleva a manejo quirúrgico para reemplazo de válvula aortica biológica y cirugía de revascularización miocárdica de 3 vasos, paraclínicos solicitado con BUN y potasio normal, por el momento continua sin indicación de hemodialisis, continua seguimiento diario y vigilancia de la función renal



Plan a seguir			
-En cirugía -Control mañana de la función renal -Vigilar diuresis			
Justificación			
ERC con necesidad de TRR // Estenosis aórtica crítica // Enfermedad coronaria de 3 vasos - Escala Severidad: 8.Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Juan Carlos Tobon Pereira Registro: 81530695 Nroidentificacion: 15348862	Firma	
Especialidad	Nefrologia		
Preparo	Giseth Juliana Tavera Restrepo Registro: 05-1263-11 Nroidentificacion: 1017142120	Firma	
Especialidad	Medicina General		
NOTA			
Fecha	22/11/2018 16:41		
Servicio	Bloque 3 - Piso 7 - Piso 7 UCI Cardiovascular		
Subjetivo			
Evolucion UCI 24hrs			
Objetivo			
1.Estenosis Aortica			
Analisis			
EVOLUCION UCI CAMA 711 22.11.2018 Paciente masculino YEPES MESA, GUILLERMO OCARIS CC 8385210 Edad 74 años DIAGNÓSTICOS 1. pop inmediato a. implantación de bioprótesis aortica bioprotesis hancock ii 25 b. puentes distales de coronaria derecha y obtusa marginal primera c. Puentes proximales de cd y om1 a aorta d. anastomosis de mamaria interna da e. Tiempos 120/ 98 2. Falla cardíaca descompensada Stevenson B 3. FE: 24% - Falla cardíaca descompensada a. Estenosis aortica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% b. Enfermedad coronaria severa: Tronco y tres vasos c. Enfermedad renal aguda crónica en terapia de remplazo renal. 4. ERC agudizada *criterios de hemodiálisis a. HPB ANTECEDENTES PERSONALES 1. patológicos: DM IR, neuropatia diabetuica HTA ERC falla cardica hipotiroidismo IAM en el 2011 cardiopatia isquemica EPOC oxigeno requiriente 16 horas al dia. 2. Quirúrgicos: Fx de arco cicomatico 3. alergias: no refiere 4. tóxicos: exfumador y consumo de licor 5. medicación losartan 25mg cada dia amlodipino 10mg cada dia asa 100mg cada dia levotiroxina 150mcg cada dia furosemda 80mg cada dia isordil 10mg cada dia ins glulisina 10U cada 8 horas ins glargina 30U cada dia PROCEDIMIENTOS 1. 16.11.2018. Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazon resultados: presiones: el registro de presiones se realizo conectando al monitor de presiones la señal proveniente del paciente a través de los elementos requeridos para tal fin a saber: un transductor de presiones (domo), un conector o extensión, un manifold de tres puertos. Coronaria izquierda: tronco principal: lesión distal del 90%. Descendente anterior (lad): calcifica. Lesión ostial suboclusiva y lesión suboclusiva en tercio medio, con aceptable lecho distal. Diagonales: sin lesiones significativas. Arteria circunfleja (cx): lesión ostial 90%, excéntrica, con oclusión después de origen de gran om2. Informe arteria coronaria derecha: dominante, ocluida en tercio medio y llena distalmente por colaterales heterocoronarias. Adp y apl: sin lesiones aparentes en el presente estudio. Conclusiones 1.paciente con estenosis valvular aórtica crítica por ecocardiografía y con enfermedad coronaria severa de tronco principal y tres vasos (lad, lcx y rca), con adecuados lechos para revascularización qx y cambio valvular			



2. 16.11.2018 inserción de catéter permanente para hemodialisis conclusiones catéter tunelizado para hemodiálisis vía vena yugular interna derecha con extremo distal en aurícula derecha, sin complicaciones.

3. 19.11.2018 ecocardiograma transtorácico 1.ventrículo izquierdo de dimensiones: aumentadas 2.función sistólica global: deprimida por trastornos segmentarios 3.fracción de eyección estimada: 24 % 4.función diastólica: disfunción diastólica 5.insuficiencia valvular mitral tricuspídea y pulmonar leve 6.estenosis valvular aortica severa con insuficiencia leve 7.hipertension arterial pulmonar moderada 8.frecuencia cardiaca: 66 /min 9.presión arterial sistólica: 132 mm[hg]

4. 22.11.2018 hallazgos operatorios: estenosis aortica severa. Enfermedad coronaria 3 vasos, lechos regulares. Buena función biventricular. Se hemofiltró durante la cirugía. Descripción operatoria: se utiliza: canula aortica 20 fr eopa canula multiestadio venosa 36/46 blower co2 aguja de raíz vent tubo de macro succión kit custom adulto para circulación extra corporea clips metalicos pequeños y medianos multiples cardioplegia de del nido valvula aortica bioprotesis hancock ii 25 descripción asepsia y antisepsia campos esteriles esternotomia media se obtiene safena mayor izquierda se obtiene mamaria interna izquierda anticoagulación canulación aortica y auricular unica aguja de raíz inicio de cec pinzamiento aortico y paso de cardioplegia de del nido hasta parada cardiaca se realizan puentes distales de coronaria derecha y obtusa marginal primera con prolene 7-0 aortotomia resecion de valvula aortica estenotica y decalcificación implantación de bioprotesis con puntos de poliester 3-0 con felpa cierre de aortotomia en 2 planos con prolene se realizan puentes proximales de cd y om1 a aorta con prolene 6-0 anastomosis de mamaria interna da con prolene 7-0 despinzamiento de aorta se corrige sangrado en aorta con prolene y parche de pericardio autologo retorno a ritmo sinusal se suspende cec decanulación control de hemostasia sondas a pleura bilateral y mediastino electrodo epicardico cierre esternal con alambres tecnica multi twits cierre por planos no complicaciones recuento completo

PROBLEMAS

1. pop inmediato
2. soporte hemodinámico
3. soporte vasoactivo
4. soporte ventilatorio
5. hiperlactatemia
6. hipocalcemia
7. sagrado por sitio de inserción de sonda de torax
8. alteración primera fase de tromboelastografia
9. hemodinámica con patrón de hipodinamia, hipovolemia, resistencias aceptables

Plan a seguir

Análisis y plan. Paciente masculino 74 años de edad, antecedentes anotados e historia clínica revisada, antecedentes de múltiples comorbilidades durante hospitalización se evidencia Falla cardiaca descompensada Stevenson B, con ecocardiograma con FE: 24% -asociado a Estenosis aortica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24%, se consideró anejo endovascular pero en estudio coronaria se evidencia Enfermedad coronaria severa: Tronco y tres vasos, desarrolla Enfermedad renal aguda crónica con requerimiento de inicio de terapia de remplazo renal. Se realiza junta medica donde se considera manejo quirúrgico, es llevado a cirugía donde realizan implantación de bioprótesis aortica bioprotesis hancock ii 25, puentes distales de coronaria derecha y obtusa marginal primera Puentes proximales de cd y om1 a aorta anastomosis de mamaria interna da Tiempos 120/ 98, ingresa en pop inmediato, en el momento en regulares condiciones generales, respuesta inflamatoria presente marcada, soporte ventilatorio invasivo, índices de oxigenación bajos, se ajustan parámetros ventilatorios, en el momento con presencia de hemodinámica estado hipodinamico, continuamos aporte de inotrópico, hipovolémico, con VVP VVS VS disminuidos se inicia aporte de cristaloides, requerimiento de vasoactivo, se ordena trasfusión de plaquetas dado reporte de trombo elastografia, pendiente resto de pruebas de coagulación y se realiza punto de hemostasia sobre sonda de torax, vigilancia de producción a través de esta y dren mediastinal, por el momento no criterios de diálisis de urgencia seguimiento por grupo de nefrología, se informa a familiares sobre estado actual, pronóstico reservado.

Justificación

Evolucion UCI 24hrs - Escala Severidad: 8.Estado cardiaco inaceptable.

Diagnostico

1500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Funcionario Luis Alfonso Camacho Ojeda
Registro:
Nroidentificacion: 10291237

Firma

17 DIC 2018

RECIBIDO PARA ESTUDIO Y VERIFICACION NO IMPLICA ACEPTACION

[Firma]
"IPS UNIVERSITARIA"
Servicios de Salud
Universidad de Antioquia

97BE742587839B55BAF0A98970DB14E4

Especialidad Intensivista

NOTA

Fecha 22/11/2018 23:32

Servicio Bloque 3 - Piso 7 - Piso 7 UCI Cardiovascular

Subjetivo

Evolucion UCI 24hrs

Objetivo

1.Estenosis Aortica

Analisis

EVOLUCION UCI CAMA 711 22.11.2018

Paciente masculino
YEPES MESA, GUILLERMO OCARIS
CC 8385210
Edad 74 años

DIAGNÓSTICOS

1. pop inmediato
- a. implantación de bioprótesis aortica bioprotesis hancock ii 25
- b. puentes distales de coronaria derecha y obtusa marginal primera
- c. Puentes prximales de cd y om1 a aorta
- d. anastomosis de mamaria interna da
- e. Tiempos 120/ 98
2. Falla cardíaca descompensada Stevenson B
3. FE: 24% - Falla cardíaca descompensada
- a. Estenosis aortica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24%
- b. Enfermedad coronaria severa: Tronco y tres vasos
- c. Enfermedad renal aguda crónica en terapia de remplazo renal.
4. ERC agudizada *criterios de hemodiálisis
- a. HPB

ANTECEDENTES PERSONALES

1. patológicos: DM IR, neuropatia diabetuica HTA ERC falla cardica hipotiroidismo IAM en el 2011 cardiopatía isquémica EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día.
2. Quirúrgicos: Fx de arco cicomatico
3. alergias: no refiere
4. tóxicos: exfumador y consumo de licor
5. medicación losartan 25mg cada día amlodipino 10mg cada día asa 100mg cada día levotiroxina 150mcg cada día furosemda 80mg cada día isordil 10mg cada día ins glulisina 10U cada 8 horas ins glargina 30U cada día

PROCEDIMIENTOS

1. 16.11.2018. Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazon resultados: presiones: el registro de presiones se realizo conectando al monitor de presiones la señal proveniente del paciente a través de los elementos requeridos para tal fin a saber: un transductor de presiones (domo), un conector o extensión, un manifold de tres puertos. Coronaria izquierda: tronco principal: lesión distal del 90%. Descendente anterior (lad): calcifica. Lesión ostial suboclusiva y lesión suboclusiva en tercio medio, con aceptable lecho distal. Diagonales: sin lesiones significativas. Arteria circunfleja (cx): lesión ostial 90%, excéntrica, con oclusión después de origen de gran om2. Informe arteria coronaria derecha: dominante, ocluida en tercio medio y llena distalmente por colaterales heterocoronarias. Adp y apl: sin lesiones aparentes en el presente estudio. Conclusiones 1.paciente con estenosis valvular aórtica crítica por ecocardiografía y con enfermedad coronaria severa de tronco principal y tres vasos (lad, lcx y rca), con adecuados lechos para revascularización qx y cambio valvular
2. 16.11.2018 insercion de cateter permanente para hemodialisis conclusiones catéter tunelizado para hemodiálisis vía vena yugular interna derecha con extremo distal en aurícula derecha, sin complicaciones.
3. 19.11.2018 ecocardiograma transtoracico 1.ventriculo izquierdo de dimensiones: aumentadas 2.función sistólica global: deprimida por trastornos segmentarios 3.fracción de eyección estimada: 24 % 4.función diastólica: disfunción diastólica 5.insuficiencia valvular mitral tricuspídea y pulmonar leve 6.estenosis valvular aortica severa con insuficiencia leve 7.hipertension arterial pulmonar moderada 8.frecuencia cardiaca: 66 /min 9.presión arterial sistólica: 132 mm[hg]
4. 22.11.2018 hallazgos operatorios: estenosis aortica severa. Enfermedad coronaria 3 vasos, lechos regulares. Buena funcion biventricular. Se hemofiltró durante la cirugía. Descripción operatoria: se utiliza: canula aortica 20 fr eopa canula multiestadio venosa 36/46 blower-co2 aguja de raiz vent tubo de macro succion kit custom adulto para circulacion extra corporea clips metalicos pequeños y medianos-múltiples cardioplegia de del nido valvula aortica bioprotesis hancock ii 25 descripción asepsia y antisepsia campos estériles esternotomia media se obtiene safena mayor izquierda se obtiene mamaria interna izquierda anticoagulacion canulacion aortica y auricular unica aguja de raiz inicio de cec pinzamiento aortico y paso de cardioplegia de del nido hasta parada cardiaca se realizan puentes distales de coronaria derecha y obtusa marginal primera con prolene 7-0 aortotomia reseccion de valvula aortica estenotica y decalcificacion implantacion de bioprotesis con puntos de poliester 3-0 con felpa cierre de aortotomia en 2 planos con prolene se realizan puentes proximales de cd y om1 a aorta con prolene 6-0 anastomosis de mamaria interna da con prolene 7-0 despinzamiento de aorta se corrige sangrado en aorta con prolene y parche de pericardio autólogo retorno a ritmo sinusal se suspende cec decanulacion control de hemostasia sondas a pleura bilateral y mediastino electrodo epicardico cierre esternal con alambres tecnica multi twits/ cierre por planos no complicaciones recuento completo

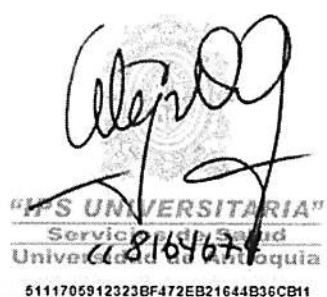
PROBLEMAS

1. pop inmediato
2. soporte hemodinámico
3. soporte vasoactivo
4. soporte ventilatorio
5. hiperlactemia
6. hipocalcemia
7. sagrado por sitio de inserción de sonda de torax
8. alteración primera fase de tromboelastografia
9. hemodinámica con patrón de hipodinamia, hipovolemia, resistencias aceptables

Plan a seguir

Reporte de parámetros Gases arteriales: pH 7.25, pCO2 56, pO2 96, lact 3.2, hCO3 23, eb -1, pafi 193. Monitoria pico: fracción de eyección global 16, índice función cardíaca 3.1, agua extravascular pulmonar 10.5. POP temprano de bioprótesis aórtica y puentes distales de coronaria derecha y primera obtusa marginal. Evolución torpida Continúa con vasoactivos a dosis altas, en el momento con norepinefrina y milrinone, según datos de PiCCO, se adiciona dobutamina y se optimiza terapia diuretica. Continúa vigilancia en UCI Se solicita ecocardiografía portátil para el día de mañana			
Justificación			
Evolución UCI 24hrs - Escala Severidad: 8. Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Andres Felipe Hernandez Jaramillo	Firma	 54980-12 IPS UNIVERSITARIA Servicio de Salud Universidad de Antioquia 6CEDCD1400AAF46CFECB4B2C7120880B
Registro:	1036607401		
Nro identificación:	1036607401		
Especialidad	Urgentología		
INTERCONSULTA			
Fecha	23/11/2018 08:05		
Servicio	Bloque 3 - Piso 7 - Piso 7 UCI Cardiovascular		
Subjetivo			
Cirugía Cardiovascular 74 años AP anotados Pop bypass coronario 3 vasos + Cambio valvular aortico por bioprotesis 22/11/2018 Con soporte ventilatorio Dobutamina 7ug/Kg/m Noradrenalina 0,25ug/Kg/m Milrinone 0,35ug/Kg/m Drenaje por sondas Med 180 cc - Pleura der 300cc - Pleura izq 700cc Hb 8			
Objetivo			
Fc 77 - PA 125/54 - PAM 73 Esternon estable Sondas productiva sSin requerir marcapiasos			
Analisis			
Alto soporte, depurando lactato, anemico. Por ahora sin cambios.			
Plan a seguir			
Transfundir. No se retiran sondas ni electrodos. Se puede dializar hoy			
Justificación			
Pop cirugía cardíaca - Escala Severidad: 8. Estado cardíaco inaceptable.			
Diagnostico			
I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			



Funcionario	Alberto Alejandro Quintero Gómez Registro: 5-2265-08 Nroidentificacion: 8164674	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicio de Salud Universidad de Antioquia 5111705912323BF472EB21644B36CB11
Especialidad	Cirugía Cardiovascular		

INTERCONSULTA	
Fecha	23/11/2018 10:44
Servicio	Bloque 3 - Piso 7 - Piso 7 UCI Cardiovascular
Subjetivo	
NEFROLOGIA	
Guillermo Ocaris, 74 años	
DIAGNÓSTICOS	
- POP de bypass coronario 3 vasos + Cambio valvular aortico por bioprotesis 22/11/2018	
- LRA sobre ERC que requirió inicio de TRR el 16/11/2018	
ANTECEDENTES:	
- DM IR, neuropatía diabética, HTA, ERC G4, Falla cardiaca isquémica FEVI 24%, hipotiroidismo, estenosis aórtica crítica, EPOC oxígeno requiriente	
EVOLUCIÓN ÚLTIMAS 24 HORAS	
- Paciente que fue llevado el día de ayer a cx cardiovascular	
- Está con importante soporte vasoactivo (NE, dobutamina, milrinone)	
- diuresis 1080, GU 0.7, balance +3254	
Objetivo	
EXAMEN FISICO	
Paciente con soporte vasoactivo y ventilatorio	
Sonda mediastinal y pleural bilateral con drenaje escaso	
Palido, hidratado	
Ruidos cardiacos ritmicos. MV disminuido global	
Abdomen distendido	
Extremidades con edema grado II, bien perfundidas	
PARACLINICOS	
23/11/2018	
- BUN 25, Cr 1.6	
- K 6.03, Na 140, Mg 1.9	
- Hb 8 (8.6), plq 273000	
Analisis	
Hombre de 74 años con ERC que requirió inicio de TRR. Llevado ayer a recambio valvular aórtico + angioplastia (3 puentes). En el momento con alto requerimiento de soporte vasoactivo, anémico por lo que transfundirán. Está hiperkalemico y con sobrecarga, conserva diuresis. Se programa para hemodialisis extendida hoy.	
Plan a seguir	
± HD hoy asi: 10 horas, UF 2000, heparina 100 cc/h, estándar	
Justificacion	
POP cirugía cardiaca // ERC en progresión, necesidad de inicio de TRR - Escala Severidad: 8. Estado cardiaco Inaceptable.	
Diagnostico	

1500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			
Funcionario	Dahyana Cadavid Aljure Registro: 5163-08 Nroidentificacion: 31322635	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia 2678FA2DC4476772E97648BF
Especialidad	Nefrologia		

Preparo	Laura María Uribe Arango	Firma	
	Registro: Nroidentificacion: 1152197656		
Especialidad	ESTUDIANTE		
RONDA			
Fecha	23/11/2018 12:08		
Servicio	Bloque 3 - Piso 7 - Piso 7 UCI Cardiovascular		
Subjetivo			
Evolucion UCI 24hrs			
Objetivo			
1. Estenosis Aortica			
Analisis			
1. Posoperatorio inmediato a. Implantación de bioprótesis aortica bioprotesis hancock II 25 b. Puentes distales de coronaria derecha y obtusa marginal primera c. Puentes proximales de CD y OM1 a aorta d. Anastomosis de mamaria interna DA e. Tiempos 120/98 2. Falla cardiaca descompensada Stevenson B 3. FE: 24% - Falla cardiaca descompensada a. Estenosis aortica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24% b. Enfermedad coronaria severa: Tronco y tres vasos 4. ERC agudizada *criterios de hemodiálisis 5. HPB			
ANTECEDENTES PERSONALES			
1. patológicos: DM IR, neuropatia diabetica HTA ERC falla cardiaca hipotiroidismo IAM en el 2011 cardiopatía isquemica EPOC oxígeno requiriente 16 horas al día. 2. Quirúrgicos: Fx de arco aórtico 3. alergias: no refiere 4. tóxicos: exfumador y consumo de licor 5. medicación losartan 25mg cada día amlodipino 10mg cada día asa 100mg cada día levotiroxina 150mcg cada día furosemida 80mg cada día isordil 10mg cada día ins glulisina 10U cada 8 horas ins glargina 30U cada día			
PROCEDIMIENTOS			
1. 16.11.2018. Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazon resultados: presiones: el registro de presiones se realizo conectando al monitor de presiones la señal proveniente del paciente a través de los elementos requeridos para tal fin a saber: un transductor de presiones (domo), un conector o extensión, un manifold de tres puertos. Coronaria izquierda: tronco principal: lesión distal del 90%. Descendente anterior (lad): calcifica. Lesión ostial suboclusiva y lesión suboclusiva en tercio medio, con aceptable lecho distal. Diagonales: sin lesiones significativas. Arteria circunfleja (cx): lesión ostial 90%, excéntrica, con oclusión después de origen de gran om2. Informe arteria coronaria derecha: dominante, ocluida en tercio medio y llena distalmente por colaterales heterocoronarias. Adp y apl: sin lesiones aparentes en el presente estudio. Conclusiones 1. paciente con estenosis valvular aortica critica por ecocardiografía y con enfermedad coronaria severa de tronco principal y tres vasos (lad, lcx y rca), con adecuados lechos para revascularización qx y cambio valvular 2. 16.11.2018 inserción de cateter permanente para hemodialisis conclusiones catéter tunelizado para hemodiálisis vía vena yugular interna derecha con extremo distal en aurícula derecha, sin complicaciones.			
PROBLEMAS			
1. Posoperatorio inmediato 2. soporte hemodinámico 3. soporte vasoactivo 4. soporte ventilatorio 5. hiperlactemia 6. hipocalcemia			
Plan a seguir			
Paciente masculino 74 años de edad, antecedentes de múltiples comorbilidades durante hospitalización se evidencia Falla cardiaca descompensada Stevenson B, con ecocardiograma con FE: 24% asociado a estenosis aortica CRITICA area: 0.6 cm2 gradiente medio 42 mmhg FE: 24%, se consideró manejo endovascular pero en estudio coronarias se evidencia enfermedad coronaria severa: Tronco y tres vasos, desarrolla Enfermedad renal aguda crónica con requerimiento de inicio de terapia de remplazo renal. Se realiza junta medica donde se considera manejo quirúrgico, es llevado a cirugía donde realizan implantación de bioprótesis aortica bioprotesis hancock II 25, puentes distales de coronaria derecha y obtusa marginal primera, puentes proximales de CD y OM1 a aorta anastomosis de mamaria interna da Tiempos 120/98, paciente en el momento bajo sedoanalgesia, con requerimiento soporte inotropico dobutamina, milrinone y vasopresor con norepinefrina, continua compromiso contractilidad y volumen a final diastole con mejoría volumen sistémico, acoplado a la ventilación mecánica con índices de oxigenación conservados, extracción oxígeno comprometida con saturación venosa baja, hiperlactemia e hipercalemia con indicación terapia hemodialisis, balance neutro con gasto conservado, drenaje activo moderado por sondas en disminución del mismo predominio sonda pleural izquierda, hipercalemia leve, sin sangrado activo por mucosas, anemia con criterio de transfusión en el contexto actual del paciente, pendiente ecocardiografía TT control, continuamos reanimación guiada en unidad de cuidados intensivos controles paraclínicos en la tarde.			
Justificación			
Evolucion UCI 24hrs	- Escala Severidad: 8. Estado cardíaco inaceptable.		
Diagnostico			

